Fecha:

**Formulario de registro del paciente**

¿**Cómo supiste de nosotros**  búsqueda de internet  Medios de comunicación social  Volantes  Bandera  Sitio web Radio  televisió  Feria de la comunidad Remisión  Periódico  Revista  Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información del Paciente**

**Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_ **Seguridad Social #**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_\_\_ **Código postal**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Farmacia**

**Nombre de Farmacia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono de Farmacia #** \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**Dirección de Farmacia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Código postal de farmacia** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Demografía**

**Estado civil**: **soltero****Casado** **Divorciado****Apartado**

**Su Sexo:**  Masculino  Femenino  Hombre transgénero / Mujer a hombre  Mujer transgénero De hombre a mujer  Otro  Elija no revelar

**Orientación Sexual**:  Lesbiana / gay  hetero Bisexual Otro  No lo sé Elija no revelar

**Lenguaje primario**: Inglés Español francés Otro

**Carrera**  Afroamericano Caucásico  Asiático  Nativo americano Otro

**Ethnicity:** Hispanic/Latino Non-Hispanic/Latino

**¿Tienes seguro médico** Si No Si la respuesta es sí: Compañía de seguros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Titular de la póliza \_\_\_\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_\_ identificación de suscriptor \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿**Tiene una directiva avanzada?** Si No

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**tient Name:**

…………………………………………………..

**Consentimiento médico para el tratamiento**

Al firmar a continuación, autoriza a St. Gabriel Health Clinic Inc. a tratarlo. El tratamiento puede incluir, entre otros, procedimientos de diagnóstico de rutina, exámenes y tratamiento médico (ejemplos: análisis de laboratorio, radiografías, ECG/EKG, administración de medicamentos, etc.). El tratamiento médico, los procedimientos de diagnóstico y los exámenes pueden ser realizados por el personal médico de St. Gabriel Health Clinic, Inc., sus asistentes y otras personas designadas que el personal médico considere calificadas. St. Gabriel Health Clinic, Inc. puede divulgar su información médica a sus compañías de seguros de terceros para fines de presentación ya aquellos que han designado y autorizado como destinatarios de su información médica. Este consentimiento será válido y permanecerá vigente mientras sea paciente de St. Gabriel Health Clinic Inc. Solo firme este formulario de consentimiento si comprende completamente su contenido.

****Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorización para la solicitud y divulgación de información médica**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SS#/ID#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicio #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_City: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State: \_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_**

**Autorizo:**

**Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Persona o centro que tiene información de salud)*

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_City: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State: \_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Para divulgar información de salud a:**

**Clínica de Salud St. Gabriel Gardere Centro de Servicios de Atención Primaria**

**5760 Monticello Dr. 1707 Gardere Lane**

**St. Gabriel, LA 70776 Baton Rouge, LA 70810**

**Teléfono: (225) 642-9676 225-930-4922 oficina**

**Fax: (225) 642-9696, 225-930-4926, fax**

**Información que se dará a conocer y que abarca los períodos de atención de salud**

**Desde (fecha): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta (fecha): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Especifique el tipo de seguro informacion salud que autoriza a ser liberado:**

**Limitaciones a la divulgación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*El propósito de esta divulgación es: a solicitud del paciente, esta información se utilizará para actualizar el registro del paciente en St. Gabriel Health Clinic/Gardere Center for Primary Care Services, evitar la duplicación en la atención y ayudar en el diagnóstico y tratamiento.*

**Por la presente doy mi consentimiento para divulgar los resultados de mi prueba de VIH:\_\_\_\_\_\_\_\_ (Inicial) Tengo derecho a negarme a divulgar los resultados de mi prueba de VIH, excepto cuando la divulgación esté autorizada por la ley sin mi consentimiento.**

**Por la presente doy mi consentimiento para NO divulgar los resultados de mi prueba de VIH:\_\_\_\_\_\_\_\_ (Inicial) Tengo derecho a negarme a divulgar los resultados de mi prueba de VIH, excepto cuando la divulgación esté autorizada por la ley sin mi consentimiento.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vencimiento de la autorización**

**A menos que se revoque lo contrario, esta autorización expira el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Si no se indica ninguna fecha, la autorización caducará 12 meses después de la fecha de mi firma de este formulario.**

**Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*\*Usted tiene derecho a una copia de esta autorización y a revocarla a su discreción\*\***

**Evaluación del Hogar:** Se debe completar la Información del Hogar para todos los pacientes

**Name: Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

**Aplicación de la tarifa móvil**

**Se debe completar la siguiente solicitud de tarifa de descuento para todos los pacientes:**

Por favor, considere todas las fuentes de ingresos, incluyendo: Salarios de empleo, sueldos por cuenta propia, propinas, beneficios por desempleo,  
Beneficios por subempleo, seguridad social, manutención infantil, asistencia pública, etc.

**Empleador o trabajador por cuenta propia**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Salarios brutos por período de pago:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia se le paga?  Diario

Semanal Bi-semanal Dos veces al mes Mensualmente

**Ingreso del Hogar:** (La prueba de ingresos debe ser copiada y adjunta)

**Si está desempleado, anote su fuente primaria de ingresos**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Monto del pago: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Frecuencia de pagos:**  Diario  Semanal  Bi-semanal

 Dos veces al mes  Mensualmente

**Firma del solicitante**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Una vez aprobada, esta solicitud es válida por un período de seis meses y debe renovarse.

**Fecha de vencimiento (1 año desde la fecha de la solicitud):** \_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma del personal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formulario de autodeclaración**

**Información del paciente**

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento:

Dirección: Ciudad, Estado, Código Postal:

Número de teléfono

**Declaración de Empleo**

I declaro que mi principio

El empleo está en y que actualmente: □ estoy trabajando, □ no estoy trabajando

Nombre del empleador:

Dirección del empleado:

**Declaración de Ingresos y Tamaño de la Familia**

Declaro que los ingresos de mi hogar el año pasado fueron $ y que mi ingreso familiar mensual es $ También certifico que un total de personas, incluidos cónyuge, hijos, padres, abuelos, etc. viven en mi hogar

Certifico que la información que proporcioné es correcta y autorizo al Centro de Salud a utilizarla. Entiendo que esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para un descuento de escala móvil y, si soy elegible, recibiré un descuento temporal para los servicios de salud durante 6 meses.

Entiendo que si no proporciono la documentación requerida, puedo continuar recibiendo mis servicios de atención médica en este centro pero tendré que pagar el 100% de mi factura médica.

Firma del solicitante: Fecha: