

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido(s)	Nombre	Inicial del segundo nombre
<hr/>		
Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Sexo de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<hr/>		
Domicilio	Núm., de Apto.	Ciudad
		Estado
		Código postal
<hr/>		
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Companero(a) de vida <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a)	Esta esto relacionado a un accidente de auto o a un accidente de trabajo? <input type="checkbox"/> Accidente de auto <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> No Aplica
<hr/>		
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Otro número telefónico Celular PAGER FAX
<hr/>		
<u>  </u> Correo electrónico	Farmacia seleccionada	

**EMERGENCIA / INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA MÁS APROPIADA**

Apellido(s)	Nombre	Relación con el paciente
<hr/>		
Domicilio	Núm., de Apto.	Ciudad
		Estado
		Código postal
<hr/>		
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Otro número telefónico

**INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (GARANTE)**

#1 Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro Apellido _____ Nombre _____ <hr/> Fecha de nacimiento _____ Número del seguro social _____ Género: Masculino Femenino <hr/> Dirección _____ No de Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ <hr/> Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____ Otro teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> PAGER <input type="checkbox"/> FAX <hr/> Empleador _____ Teléfono del empleador _____	#2 Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro Apellido _____ Nombre _____ <hr/> Fecha de nacimiento _____ Número del seguro social _____ Género: Masculino Femenino <hr/> Dirección _____ No de Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ <hr/> Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____ Otro teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> PAGER <input type="checkbox"/> FAX <hr/> Empleador _____ Teléfono del empleador _____
---	---

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO**

PORTADOR PRIMARIO: \_\_\_\_\_ No Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_  
 No ID/Cert: \_\_\_\_\_ No Grupo/Plan: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_  
 PORTADOR SECUNDARIO: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_  
 No ID/Cert: \_\_\_\_\_ No Grupo /Plan: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_

**La Reserva de Salud de los E.U., y el Servicio de Administración solicitan la siguiente información:**

**Raza:**  Negra/Afroamericana  Indio Americana/ Nativo de Alaska  Asiática  Nativo Hawaiana  Otra Isleño del Pacifico  Caucásica

**Identidad de Género:**  Femenino  Femenino a Masculino/ Hombre Transgénero/ Hombre Transexual  Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino  
 Masculino  Masculino a Femenino/Mujer Transgénero/ Mujer Transexual  
 Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_  
 No deseo revelarlo

**Orientación Sexual:**  Bisexual  Lesbiana, Gay u Homosexual  Heterosexual  Rehusó reportarlo  
 Desconocido u otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_

**Etnicidad:** Hispano/Latino  SI  NO **Idioma preferido:** \_\_\_\_\_

**Indigente:**  SI  NO **Veterano(a):**  SI  NO **Trabajador agricultor:**  SI  NO

**Número de miembros en el hogar:** \_\_\_\_\_ **Ingreso total familiar:**  Semanal  Anual  Mensual

**EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL HOGAR**

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

Fecha: \_\_\_\_\_

\*Por favor anexe copias de los siguientes documentos: reembolso de impuestos del año anterior, talones de cheque de los dos últimos períodos de pago, los cheques de desempleo del mes anterior, comprobante de cualquier otro ingreso económico en el hogar (seguro social, SSI, manutención infantil, pensión alimenticia, pensión o retiro, beneficios de veterano, compensación laboral del trabajador, asistencia pública o beneficios de desempleo para todos los miembros del hogar). Si es usted un trabajador independiente, por favor anexe el reembolso de los impuestos más recientes. Por favor tenga en cuenta: que al no proveer la documentación completa esto resultará en no aplicarle el descuento apropiado según la tabulación, por lo que el paciente será responsable de todos los cargos en su servicio. **Este es un requisito de subvención y si es posible, denos un estimado de lo que recibe semanalmente, mensualmente o anualmente.**

¿Es usted o algún miembro de su familia un trabajador independiente?  SI  NO

Si dijo que sí, por favor especifique el tipo de negocio y el ingreso neto E incluya una copia de la forma de impuestos 1040 del año pasado:

Negocio: \_\_\_\_\_ Ingreso: \_\_\_\_\_

**Mencione a TODOS los miembros del hogar o dependientes (INCLUYÉNDOSE A USTED), fechas de nacimiento e ingresos:**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	TRABAJA		INGRESO TOTAL	SEMANTAL MENSUAL O ANUAL
		SI	NO		

**POR FAVOR SEÑALE CUALQUIER OTRO INGRESO:**

FUENTE DE INGRESO	SI	NO	CANTIDAD	SEMANTAL, MENSUAL O ANUAL
Compensación del desempleo				
Seguro Social				
Beneficios por discapacidad				
Compensación laboral del trabajador				
Beneficios de veterano				
Pensión alimenticia				
Manutención infantil				
Otro: Retiro, Intereses, Fideicomiso estatal etc.				

ESTOY DE ACUERDO QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA MENCIONADA ES CORRECTA Y QUE TODAS LAS FUENTES DE INGRESO HAN SIDO REPORTADAS. INFORMARÉ CUALQUIER CAMBIO DE INGRESOS Y VOLVERÉ A APLICAR CADA SEIS MESES AUN CUANDO NO HAYA CAMBIO. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTAS CONDICIONES PUEDE DESCALIFICARME PARA RECIBIR DEDUCCIONES FUTURAS EN KCHC.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Consentimiento para recibir tratamiento

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de cuenta del paciente \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento y autorizo los servicios de cuidado de la salud que incluyen la evaluación, la consejería y otro tratamiento recomendado por los proveedores médicos del Centro de Salud Comunitario de Kenosha, Inc. Comprendo que estos procedimientos pueden incluir diagnósticos rutinarios(pruebas), radiología(Rayos X), pruebas de laboratorio, administración de medicamentos y administración anestésica.

He leído la forma de consentimiento, o se me ha leído y he comprendido su contenido. Las preguntas que he tenido se me han respondido a satisfacción.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (letra impresa)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación del representante con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante (letra impresa)

*Esta sección debe ser completada por el padre, madre o tutor legal de un menor de 18 años.*

Yo certifico ser el padre, madre o tutor legal del menor mencionado anteriormente. Si no me es posible acompañar a mi hijo(a), doy mi permiso para que el(los) individuo(s) nombrado(s) a continuación acompañe(n) a mi hijo(a) en su(s) cita(s) médica(s):

**Para pacientes mayores de 18 años:** Doy permiso a la persona(s) nombrada aquí para llamar a KCHC con respecto a citas y los aspectos financieros

Nombre de Madre: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_

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

Relacion: \_\_\_\_\_

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

Relacion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre, Madre, Paciente o Tutor Legal

**El presente consentimiento deberá ser considerado efectivo hasta que sea rescindido o revocado.**



## Forma para la asignación de beneficios

Por la presente autorizo y dirijo a mi compañía de seguro(s), incluyendo Medicare, Medicaid, seguro privado y cualquier otro seguro de salud, médico o dental, para que emita el o los cheque(s) de pago dirigido(s) al Centro de Salud Comunitario de Kenosha Inc., por los servicios rendidos a mi persona o a mis dependientes independientemente de mis beneficios de seguro, si es que los hubiere. Entiendo que soy responsable por cualquier cantidad que no sea cubierta por el seguro.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (letra impresa)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación del representante con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante (letra impresa)

Yo no tengo seguro



## Acuse de recibo sobre la Notificación de las Prácticas de Privacidad

Mediante la presente reconozco que recibí una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad junto con la información acerca de cómo el Centro de Salud Comunitario de Kenosha Inc. ("KCHC", por sus siglas en inglés) puede utilizar y divulgar mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y sobre mis derechos y deberes de KCHC bajo la Ley de responsabilidad y transferibilidad de los seguros médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act* ["HIPAA"]). Entiendo también que puedo pedir copias adicionales a KCHC de la notificación sobre las prácticas de privacidad si así lo deseo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (letra impresa)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación del representante con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante (letra impresa)

## Recibo de los documentos recibidos

Al firmar esta forma, acepto el haber recibido los siguientes documentos:

1. Carta de bienvenida para el paciente
2. Política de Inasistencias
3. Cita Perdida Si No Confirma
4. Declaración de no Discriminación
5. Acceso después de horas
6. Razones para el cese de servicios del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (letra impresa)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación del representante con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante (letra impresa)