



Family Health Centers
of Southern Indiana

(Centros de Salud Familiar del Sur de Indiana)

Solicitud para Nuevos Pacientes

*Necesita que presentar comprobantes de los ingresos económicos de **todos** los que viven en el hogar en adición a un comprobante de domicilio. Comprobantes aceptados incluyen:

- Talones de cheque que corresponda a un mes. (si a usted le pagan en efectivo o todavía no recibe su 1er cheque, debe traer una carta de su patrón(es) indicando cuanto le pagan por hora y cuantas horas trabaja por semana)
- La declaración de Impuestos del año pasado (1040 u otro)
- Correspondencia, como una factura de servicios públicos (electricidad, agua) factura de seguro de auto, estado de cuenta bancario, recibo de pago de la renta, etc.

-LICENCIA DE CONDUCIR O TALONES DE CHEQUE NO SE ACEPTAN COMO COMPROBANTES DE DOMICILIO-

***Si usted tiene seguridad médica, no es un requisito que presente comprobantes. Sin embargo, esta información es muy importante para las subvenciones que la clínica recibe para continuar subministrando nuestros servicios. Además, si su seguro médico fuera a vencerse, y no tenemos su información completa en archivo, no podrá calificar para la tarifa reducida. ***

-Todas las visitas médicas requieren un pago mínimo por los menos de \$15, cuando entregue su paquete pregúntele a la recepcionista sobre la tarifa que va hacer requerido de pagar en el momento de su visita. Gracias.

- Otros cargos dependerán del propósito de la visita
- Se aceptan estas formas de pago: Efectivo, Crédito/Débito. No aceptamos American Express.

Póliza de Retraso:

A todos los pacientes se les dará 5 minutos adicionales para llegar a su cita programada. Si usted llega después de los 5 minutos adicionales, entonces tendrá que hacer otra cita y se le considerara como una falta. Si usted acumula 4 faltas (incluyendo cancelaciones de menos de 24 horas antes de su cita programada) en cualquiera de los Centros de Salud (Clark, Floyd, Harrison) y sus departamentos, usted será dado de alta como paciente y ya no podrá recibir ningún servicio.

Información del Paciente:

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
 Número de Seguro Social _____ Ocupación _____
 Dirección _____ # de Apto: _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Por favor de marcar si le aplica:

- Vivo con amigos
- Vivo en la calle
- Vivo en vivienda publica
- Vivo en un refugio

Número de Teléfono (____) _____ # de Celular(____) _____
 # de Trabajo: (____) _____ E-mail _____

- Podemos dejar un mensaje en cuanto sus resultados, citas, u otra información médica.
- Podemos dejar mensaje de texto en tu celular **SI / NO** Otro número de teléfono **SI / NO**

¿Tiene un Testamento vital? **SI / No** (si ha contestado que si, por favor de traer con usted)
 ¿Tiene un guardián legal? **SI / No** (Si ha contestado que si su nombre y número de teléfono _____)
 ¿Es usted Veterano? **SI / No** (Si ha contestado si, marque con un circulo: Dado de baja/ Retirado/ Activo/ Reservado)

RAZA- Afroamericano, Anglo Americano, Multirracial, Nativo de Hawái, Otra isla del Pacífico, Asiático, Nativo Americano, Nativo de Alaska

ORIGEN ETNICO- Hispano/Latino

LENGUAJE PREFERIDO - Ingles, Español, Árabe, Mongol, Chino, Japonés, u Otro: _____

ESTADO CIVIL- Soltero(a), Casado(a), Divorciado(a), Viudo(a) o legalmente separado(a) Viviendo juntos

NIVEL DE EDUCACION: Menos de la escuela secundaria, GED, Diploma de la escuela secundaria, Colegio, Título Univ.

ORIENTACION SEXUAL: Heterosexual, Gay, Bisexual, Otra, Desconocido, No divulgado

IDENTIDAD DE GENERO: Hombre, Mujer, Hombre transgenero, Mujer transgenero, genderqueer, Algo más, No divulgar

SEGURO MEDICO

Seguro Médico Primario: _____

Suscriptor (si es otro aparte del paciente): _____

Fecha de Nacimiento del suscriptor: _____ Parentesco: _____

Seguro Médico Secundario: _____

Suscriptor (si es otro aparte del paciente): _____

Fecha de Nacimiento del suscriptor: _____ Parentesco: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (ALGUIEN QUE NO VIVA EN LA MISMA CASA)

Nombre _____ Número de Teléfono _____ Parentesco _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Formulario de Consentimiento del Paciente para Divulgar Información

POR FAVOR LEER POR COMPLETO

Fecha _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento _____

Al firmar este formulario, usted está autorizando, **Family Health Centers of Southern Indiana** (Centro de Salud Familiar del Sur de Indiana) a que use y revele su información de salud personal mediante el teléfono, correspondencia, o fax para propósitos de tratamiento, pagos y entidades de servicios de salud. Nuestra Póliza de Practicas Privada provee más información detallada acerca de cómo utilizamos y revelamos esta información para tratamientos, pagos y entidades de servicios salud. Antes de firmar este acuerdo, lo animamos a leerlo.

Nombre de la Persona u Organización

Parentesco

Número de Teléfono/FAX

_____	_____	() _____
_____	_____	() _____
_____	_____	() _____
_____	_____	() _____

Por favor Indique uno, ambos o todos

Medico

Salud Mental

Quiropráctico

Reconocimiento de recibo de la Notificación de Practicas de la Privacidad

- Reconozco que he recibido una copia de la Notificación de Practicas de Privacidad de Family Health Centers of Southern Indiana.

Firma de Paciente o Tutor

Fecha

- Al paciente se le ofreció la Notificación de Practicas de Privacidad pero rehusó aceptarla.

Firma del Medico Clínico

Fecha

- Al paciente no se le ofreció la Notificación de Practicas de Privacidad por la siguiente razón:

Firma del Medico Clínico

Fecha

Acuerdo Narcótico

1. Solamente el Medico que lo/la está tratando o su socio, puede recetar narcóticos u otras sustancias controlados.
2. Su proveedor seguirá o cumplirá con todas las leyes de Estado y Federal respecto a las recetas de narcóticos u otras sustancias controlados.
3. Si usted no cumple con los términos de este acuerdo, su proveedor no le recetara narcóticos u otras sustancias controlados y su proveedor puede terminar con su cuidado. Usted será notificado de forma escrita de tal acción y le será dado 30 días para encontrar Medico. Durante estos 30 días, su proveedor continuara con su cuidado para usted solo en emergencias.

Una farmacia preferida tiene que ser escogida

Nombre de Farmacia

Ubicación de Farmacia

Al firmar así abajo estoy indicando que estoy de acuerdo con las condiciones notadas arriba. **Entiendo que la violación de este acuerdo podrá resultar en que mi proveedor ya no proporcionará recetas para narcóticos u otras sustancias controlados.** También podrá resultar en enjuiciamiento bajo el sistema legal.

Firma del Paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Por la presente, Yo doy permiso de recibir/ dar a mi hijo(a) _____, tratamiento médico por medio de la clínica Family Health Centers of Southern Indiana. Yo entiendo que al aceptar tratamientos de Los centros de la clínica y/o los Especialistas Médicos es mi responsabilidad de cumplir con las visitas de seguimiento, los exámenes recomendados y el uso correcto de los medicamentos recetados.

A nadie le será negado un servicio. Los pacientes pueden pedir la escala de costo de servicio si están entre el 200% de las directrices Federales de Pobreza y son residentes del condado de Clark, Floyd or Harrison. **Las cuotas se deben pagarse al momento de recibir un servicio.** Si es necesario, se pueden hacer arreglos de pagos.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

***Este consentimiento de Tratamiento es efectivo solo por un año después de la fecha de arriba**

Formulario de su Historia Médica

Por favor de anotar el nombre de su proveedor preferido si lo tiene _____ Fecha _____

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

*Si esta forma esta sido llenado por alguien más que el paciente su nombre y parentesco _____/_____. **Por favor de contestar las preguntas lo mejor que puedas. Queremos saber sus necesidades para poder proporcionar el mejor cuidado posible. Por favor de marcar la mejor respuesta para usted, "Si", "No", "Fam" (Miembro de Familia). Todas las respuestas son confidenciales y solo para nuestros registros.**

Medico

Sí No

¿Ha tenido un cambio grave en su salud entre este año pasado?.....

Sí, es que si por favor explique: _____

¿Tiene todas las vacunas actualizadas?.....

Alergias a comidas/ medicamentos?.....

Anote a cuáles: _____

¿Estas bajo el cuidado de otro médico?.....

Si es que si: Nombre de Medico _____

Motivo del cuidado _____

Has sido Hospitalizado/Enfermedades graves?.....

Si es que si, explique _____

¿Cirugías en los pasados 3 año?.....

Si es que si, tipo _____

Cuando/En donde (___/___/___) _____

¿Alguna articulación artificial, válvulas, implantes o prótesis?

Si es que si, explica _____

Patient/ Family Medical History

	Yes	No	Fam
Problemas de Habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dieta Especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA/VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta Presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Sicologicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Auditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de la Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuantas copas diarias?	1-3 <input type="checkbox"/>	3-5 <input type="checkbox"/>	>5 <input type="checkbox"/>
Fuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paquetes por dia	<1 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	Unk <input type="checkbox"/>
Enfermedades de Seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medicamentos

Y N

Niños Solamente (Has tenido)

Nombre	Dosis	Tomado para	Sarampión	S/ N	Asma	S/ N
_____	_____	_____	Paperas	S/ N	Amigdalitis	S/ N
_____	_____	_____	Varicela	S/ N	Resfriado Excesivos	S/ N
_____	_____	_____	Escarlatina	S/ N	Infección de oídos	S/ N
_____	_____	_____	Ictericia	S/ N	Prematuro	S/ N
_____	_____	_____				

Formulario de Ingresos

Date: _____

¿Incluyéndose usted, cuantas personas viven en su hogar? _____

(No incluya a los compañeros de cuarto que pagan renta para vivir en su hogar)

¿Llene la siguiente lista con todos los miembros de su hogar? ***(Incluyese a usted y sus hijos)***

Nombre _____ Edad _____ Parentesco _____
 Ingresos: \$ _____ Salario/Sueldo Lugar de Empleo _____
 \$ _____ Intereses/Dividendos
 \$ _____ Manutención de los hijos
 \$ _____ Seguro Social
 \$ _____ TANF
 \$ _____ Beneficios de Veteranos
 \$ _____ Pensión
 \$ _____ Desempleo
 \$ _____ Otro

Staff Use Only
 Sub Total \$ _____

Nombre _____ Edad _____ Parentesco _____
 Ingresos: \$ _____ Salario/Sueldo Lugar de Empleo _____
 \$ _____ Intereses/Dividendos
 \$ _____ Manutención de los hijos
 \$ _____ Seguro Social
 \$ _____ TANF
 \$ _____ Beneficios de Veteranos
 \$ _____ Pensión
 \$ _____ Desempleo
 \$ _____ Otro

Staff Use Only
 Sub Total \$ _____

Nombre _____ Edad _____ Parentesco _____
 Ingresos: \$ _____ Salario/Sueldo Lugar de Empleo _____
 \$ _____ Intereses/Dividendos
 \$ _____ Manutención de los hijos
 \$ _____ Seguro Social
 \$ _____ TANF
 \$ _____ Beneficios de Veteranos
 \$ _____ Pensión
 \$ _____ Desempleo
 \$ _____ Otro

Solo para uso de Oficina
 Sub Total \$ _____

Nombre _____ Edad _____ Parentesco _____
 Ingresos: \$ _____ Salario/Sueldo Lugar de Empleo _____
 \$ _____ Intereses/Dividendos
 \$ _____ Manutención de los hijos
 \$ _____ Seguro Social
 \$ _____ TANF
 \$ _____ Beneficios de Veteranos
 \$ _____ Pensión
 \$ _____ Desempleo
 \$ _____ Otro

Solo para uso de Oficina
 Sub Total \$ _____

Nombre _____ Edad _____ Parentesco _____
 Ingreso: \$ _____ Salario/Sueldo Lugar de Empleo _____
 \$ _____ Intereses/Dividendos
 \$ _____ Manutención de los hijos
 \$ _____ Seguro Social
 \$ _____ TANF
 \$ _____ Beneficios de Veteranos
 \$ _____ Pensión
 \$ _____ Desempleo
 \$ _____ Otro

Solo para uso de Oficina
 Sub Total \$ _____
 Total \$ _____
 Verified by: _____

Toda la información declarada es verdadera y exacta. Yo entiendo que, si no declare el total de los ingresos, mi residencia y mi estado de seguro médico exacta, yo seré responsable del costo completo de cualquier servicio del Hospital, servicio médico y medicamentos.

Firma : _____

Date: _____



Family Health Centers of Southern Indiana

(CENTROS DE SALUD FAMILIAR DEL SUR DE INDIANA)
1319 Duncan Avenue
Jeffersonville, IN 47130
Teléfono (812)-283-2308 Fax: (812) 283-2309

Reconocimiento de las Obligaciones Financieras

En el caso de que usted necesite análisis o/y exámenes médicos, a usted se le referirá a un hospital del área (Clark, Floyd o Harrison), basado en que condado reside. El Hospital determina los cargos (si hay alguno) que se le impondrán a usted. Cualquier arreglo de pago debe ser entre usted y el Hospital. Es recomendable que usted llame a MedAdvocates al (812) 283-2337 después que reciba su facturo de pago. Una vez que usted llame, ellos comprobaran si usted es elegible para Medicaid. Si usted no es elegible entonces ellos determinaran el descuento correspondiente. Sin embargo, si usted falla en llamar en el periodo de 120 días, el hospital lo mandara al Departamento de Colección. A partir de ese momento, **usted ya no será elegible para ningún descuento.**

Nombres de Contacto para todos los hospitales:

Clark- (812) 283-2337

Floyd- (812) 949-5860

Harrison- (812) 738-7846

Family Health Centers **NO paga** por ninguna factura médica de los pacientes
Yo estoy de acuerdo en que me manden al Hospital para análisis o/y exámenes:

(Marque sí o no)

SI _____ NO _____

Yo verifico que he leído este documento y que entiendo todos los términos de este convenio

Firma: _____ Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____

Reconocimiento de Referencia

Si en cualquier momento usted es referido a un especialista para tratamiento médico, la oficina del especialista determinara que cobro/pago (si hay alguna) le cobraran. Cualquier arreglo de pago tendrán que ser entre usted y la oficina del especialista. Se le recomienda que usted hable con la oficina del especialista donde hacen los cobros antes de su cita para que usted entienda y este de acuerdo con la cuota/tarifa.

El cuidado o tratamiento que usted recibe de cualquier proveedor o médico que **NO SON** empleados por la clínica Family Health Centers of Southern Indiana será **fuera de nuestro control.** Cuando usted ve a un especialista, usted está entrando en un acuerdo con esa oficina.

Family Health Centers of Southern Indiana no paga facturas médicas para nuestros pacientes

Falta de cumplir con una cita o falta de cancelar una cita con un especialista puede resultar en cargos a usted de ese médico. Si usted no llama a cancelar o reprogramar la cita entre 24 horas de su cita, podrá poner en peligro su habilidad de poder buscar futuro tratamiento o cuidado de esa oficina de especialista.

Entiendo las condiciones de este acuerdo

Firma: _____ Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____

Entiendo las condiciones de este acuerdo, pero escojo no ser referido a un especialista

Firma: _____ Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____