

Por favor escriba claramente

**Si es necesario, solicite ayuda para completar este formulario.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Enumere cualquier nombre(s) diferente que ha usado, como un nombre de soltero(a) : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Casilla Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Provincia: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Yo autorizo Lamprey Health Care para comunicarse conmigo mediante correo electrónico.  Sí  No

Género al nacer:  Femenino  Masculino

Estado Civil:  Soltero  Casado  Otro: \_\_\_\_\_

**Si el paciente es un niño, por favor complete esta sección.**

Nombre del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente del paciente): \_\_\_\_\_

Estado de Empleo:  Tiempo completo  Medio tiempo  Desempleado

Incapacitado  Retirado (Fecha): \_\_\_\_\_

Si usted está empleado, por favor proporcione la siguiente:

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Si usted tiene seguro de salud, por favor proporcione cualquier tarjeta(s) para que podamos hacer una copia. Gracias.

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Quién tu compañía de seguro lista como proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

Si usted no tiene seguro, pida hablar con un miembro de nuestro equipo con respecto a sus opciones de asistencia financiera.

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono del Contacto Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Complete ambos lados y vuelva a la recepción**

# LAMPREY HEALTH CARE

Where Excellence and Caring go Hand in Hand

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Paciente : \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO GENERAL PARA DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO DE PACIENTES EXTERNOS**

De manera continua, Yo solicito, consiento, y autorizo Lamprea Health Care, Inc. para realizar pruebas, diagnósticos y procedimientos terapéuticos y proporcionar cuidados generales y tratamiento determinados necesario y / u ordenado por los profesionales de la salud involucrados en mi cuidado. Esto incluye, pero no se limita a, el desempeño de exámenes físicos y rayos X u otros diagnósticos o procedimientos radiológicos, así como la toma de sangre, tejidos, fluidos u otras muestras corporales. También doy mi consentimiento y autorizo Lamprea Health Care para examinar, utilizar para los fines que fueron proporcionados, almacenar y disponer de cualquier sangre, tejidos, fluidos corporales o muestras de acuerdo con los requisitos legales y procedimientos habituales. Entiendo que puedo pedir a mis proveedores de salud acerca de mi atención, tratamiento y procedimientos en cualquier momento y yo soy alentado a hacerlo.

## **SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL**

Lamprey Health Care aplica un método de equipo integrado para la coordinación de la atención primaria y salud conductual. Como un equipo integrado, todos los miembros del personal trabajan juntos, mejorando la comunicación entre los proveedores mediante el intercambio de decisiones y de informaciones usando un expediente médico, así como la responsabilidad colectiva por el plan de atención del paciente. Servicios de salud conductual están disponibles para todas las personas. Entiendo que profesionales de la salud en entrenamiento pueden estar implicados en mi atención y doy mi consentimiento para su participación en ella bajo la supervisión apropiada.

## **ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cobranzas y facturas asociadas con mi cuidado y tratamiento, excepto en la medida en que la totalidad o parte de estas cobranzas o cuentas son pagadas o cubiertas por un seguro de salud, un programa de salud pública (como Medicare o Medicaid), un programa de asistencia financiera, u otra parte responsable de su pago (los cuales son referidos como "tercero pagadores"). Autorizo Lamprey Health Care a someterse facturas o reclamaciones y la información relacionada con respecto a mi estado de salud, la atención, el tratamiento y los pagos realizados por mi cuidado y tratamiento a cualquier tercero pagador aplicable y sus socios de negocios. También autorizo a tal tercero pagadores para realizar pagos directos a Lamprey Health Care en respuesta a estas cobranzas o reclamaciones.

## **SÓLO MEDICARE**

Solicito el pago de beneficios autorizados por Medicare para mí o en mi nombre por cualquier servicio proporcionados por mí o por Lamprey Health Care. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo de información sobre mí para liberar a Medicare ya sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios por servicios relacionados.

\_\_\_\_\_ Si usted tiene Medicare por favor escriba sus iniciales para confirmar que ha leído y entendido esta sección.

## **CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

Lamprey Health Care mantiene registros electrónicos y en otras formas. Estos registros describen, entre otras cosas, mi estado de salud pasado y actual, incluyendo el diagnóstico de cualquier enfermedad y las condiciones, la naturaleza y los resultados de exámenes y pruebas, tratamientos proporcionados, y cualquier plan de cuidado o tratamiento. Además, estos registros incluyen información de facturas, social y otra información de identificación y pueden incluir información confidencial, como los resultados de prueba genéticas, estado de VIH / SIDA y el uso de drogas y alcohol (todos los cuales se conocen como mi "Información de Salud"). Doy mi consentimiento y autorizo Lamprey Health Care, cuando sea necesario para mi tratamiento, pago de mis facturas, o las operaciones comerciales de Lamprey Health Care, para liberar y intercambiar mi Información de salud con otros profesionales de la salud y organizaciones involucradas en mi cuidado y con socios de negocios que Lamprey Health Care ha contratado por las mismas razones.

**CUALQUIER PREGUNTA QUE TENÍA SOBRE ESTE CONSENTIMIENTO HAN SIDO CONTESTADAS. YO ENTENDIENDO LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO Y ESTOY DE ACUERDO A LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS. ESTE CONSENTIMIENTO PERMANECERÁ VIGENTE HASTA QUE YO LO REVOQUE POR ESCRITO, QUE PUEDO HACERLO EN CUALQUIER MOMENTO.**

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

(Paciente o Representante Autorizado)

Relación del Representante Autorizado: \_\_\_\_\_

(Por ejemplo: Padre, Guardián, o Agente de Cuidados de Salud)

#### **Si es necesario, solicite ayuda para completar este formulario.**

*Opcional: Lamprey Health Caree recibe fondos estatales y federales para apoyar a nuestros servicios. De vez en cuando se nos pide que informemos sobre la situación financiera general y la raza / origen étnico de nuestros pacientes. Su ayuda para completar esta información nos ayudará a aplicar para futuros fondos. Toda la información proporcionada es confidencial. Gracias por su cooperación.*

#### **¿Eres .... (Marque todos los que correspondan)**

- Estudiante de tiempo completo    Veterano  
 Estudiante de Medio    Trabajador Migrante  
 Trabajador de Temporada    Tiempo

#### **Etnia**

Eres tú:    Hispanic    No Hispano

#### **Raza: Por favor, marque todas las que correspondan**

- Indio Americano/Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro / Afroamericano  
 Multirracial  
 Nativo de Hawái  
 Otro habitante del pacífico  
 Blanco

#### **Orientación Sexual**

- Usted se considera:  
 Derecho o Heterosexual  
 Lesbiana, Gay u Homosexual  
 Bisexual  
 Otro  
 Desconocido  
 Prefiero no divulgar

#### **Comunicación con usted**

- ¿Es su primer idioma Inglés?    Si    No  
Si no, ¿cuál es su primer idioma? \_\_\_\_\_  
¿Necesita un intérprete?    Si    No  
¿Tienes problemas auditivos?    Si    No  
¿Necesita de un intérprete de lenguaje de signos?  
 Si    No

#### **Arreglo de Vivienda**

- Alquiler    Propietario de Casa  
 Albergue    Vivienda de Transición  
 Calle    Vive con relativo /amigo  
 Otro: \_\_\_\_\_

#### **Identidad de Género**

- Usted se considera:  
 Hombre  
 Mujer  
 Hombre Transexual de Mujer  
 Mujer Transexual de Hombre  
 Género raro o variante  
 Otro  
 Prefiero no divulgar

**Si es necesario, solicite ayuda para completar este formulario.**

*Opcional: Lamprey Health Caree recibe fondos estatales y federales para apoyar a nuestros servicios. De vez en cuando se nos pide que informemos sobre la situación financiera general y la raza / origen étnico de nuestros pacientes. Su ayuda para completar esta información nos ayudará a aplicar para futuros fondos. Toda la información proporcionada es confidencial. Gracias por su cooperación.*

### Estime el Ingreso

A Tamaño de la familia:	B		C		D		E	
	De	A	De	A	De	A	De	A
1	0 -	\$11,770	\$11,771	\$15,890	\$15,891	\$21,775	\$21,776	\$23,539
2	0 -	\$15,930	\$15,931	\$21,506	\$21,507	\$29,471	\$29,472	\$31,859
3	0 -	\$20,090	\$20,091	\$27,122	\$27,123	\$37,167	\$37,168	\$40,179
4	0 -	\$24,250	\$24,251	\$32,738	\$32,739	\$44,863	\$44,864	\$48,499
5	0 -	\$28,410	\$28,411	\$38,354	\$38,355	\$52,559	\$52,560	\$56,819
6	0 -	\$32,570	\$32,571	\$43,970	\$43,971	\$60,255	\$60,256	\$65,139
7	0 -	\$36,730	\$36,731	\$49,586	\$49,587	\$67,951	\$67,952	\$73,459
8	0 -	\$40,890	\$40,891	\$55,202	\$55,203	\$61,744	\$61,745	\$81,779

Marque aquí si su ingreso familiar es superior a los niveles mencionados.

### Instrucciones de la cuadrilla de ingreso

**Paso 1:** Mire abajo la columna A y busque la fila que coincide con el número de personas en su hogar, incluyendo los niños. Si hay más de 8 en su hogar, utilice la fila 8.

**Paso 2:** Siga esa fila al otro lado hasta encontrar el nivel de ingresos que mejor coincide con la de su familia y márquela con un círculo.

### ¿Cómo se enteró de nosotros?

Sólo complete esta sección si es **la primera cita** con nosotros.

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Relativo                         | <input type="checkbox"/> Sin Cita Previa       | <input type="checkbox"/> Evento de la Comunidad     | <input type="checkbox"/> Hospital       |
| <input type="checkbox"/> Amigo                            | <input type="checkbox"/> Escuela               | <input type="checkbox"/> Agencia de Servicio Social | <input type="checkbox"/> Otro Proveedor |
| <input type="checkbox"/> Empleador                        | <input type="checkbox"/> Anuncio               | <input type="checkbox"/> Sitio Web de Lamprey       | <input type="checkbox"/> TV/Radio       |
| <input type="checkbox"/> Internet/Redes Sociales Noticias | <input type="checkbox"/> Directorio de Seguros |   |   |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                       |  |   |   |

