

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 Primario: _____ Celular Casa Trabajo (marque uno) →
Teléfono Secundario: _____ Celular Casa Trabajo (marque uno) →

Dirección de Correo Electrónico: _____

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

Género asignado al nacer: Femenino Masculino
Estado Civil: Soltero Casado Other _____

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: _____

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 ENTIENDO 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)

Formulario de Información del Paciente

Por favor escriba claramente

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.

<p>Etnia Eres tú: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> No Hispano</p> <p>Raze: Por favor, marque todas las que correspondan</p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Multirracial</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái</p> <p><input type="checkbox"/> Otro habitante del pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p> <p>Orientación Sexual ¿Cuál es tu orientación sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Derecho o Heterosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay u Homosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no divulgar</p> <p>Identidad de Género ¿Cuál es tu identidad de género?</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre Transexual de Mujer</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer Transexual de Hombre</p> <p><input type="checkbox"/> Género raro o variante</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no divulgar</p>	<p>Comunicación con usted</p> <p>¿Es su primer idioma Inglés? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si no, ¿cuál es su primer idioma? _____</p> <p>¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>¿Tienes problemas auditivos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>¿Necesita de un intérprete de lenguaje de signos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Arreglo de Vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propietario de Casa</p> <p><input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Vivienda de Transición</p> <p><input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Vive con relativo /amigo</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>¿Eres (Marque todos los que correspondan)</p> <p><input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Veterano</p> <p><input type="checkbox"/> Estudiante de medio tiempo <input type="checkbox"/> Trabajador Migrante</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajador de Temporada</p> <p>¿Cómo se enteró de nosotros?</p> <p><input type="checkbox"/> Relativo <input type="checkbox"/> Sitio Web de Lamprey</p> <p><input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Internet/Redes Sociales Noticias</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Anuncio</p> <p><input type="checkbox"/> Otro Proveedor <input type="checkbox"/> Sin Cita Previa</p> <p><input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Agencia de Servicio Social</p> <p><input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> TV/Radio</p> <p><input type="checkbox"/> Directorio de Seguros <input type="checkbox"/> Evento de la Comunidad</p> <p><input type="checkbox"/> Noticia <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
--	--

Formulario de Información del Paciente

Por favor escriba claramente

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

Tamaño de la familia:	De	A	De	A	De	A	De	A
1	\$0-	\$12,490	\$12,490.01	\$16,861.50	\$16,861.51	\$23,106.50	\$23,106.51	\$24,980.00
2	\$0-	\$16,910	\$16,910.01	\$22,828.50	\$22,828.51	\$31,283.50	\$31,283.51	\$33,820.00
3	\$0-	\$21,330	\$21,330.01	\$28,795.50	\$28,795.51	\$39,460.50	\$39,460.51	\$42,660.00
4	\$0-	\$25,750	\$25,750.01	\$34,762.50	\$34,762.51	\$47,637.50	\$47,637.51	\$51,500.00
5	\$0-	\$30,170	\$30,170.01	\$40,729.50	\$40,729.51	\$55,814.50	\$55,814.51	\$60,340.00
6	\$0-	\$34,590	\$34,590.01	\$46,696.50	\$46,696.51	\$63,991.50	\$63,991.51	\$69,180.00
7	\$0-	\$39,010	\$39,010.01	\$52,663.50	\$52,663.51	\$72,168.50	\$72,168.51	\$78,020.00
8	\$0-	\$43,430	\$43,430.01	\$58,630.50	\$58,630.51	\$80,345.50	\$80,345.51	\$86,860.00

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 márkela con un círculo.

SÍGUENOS

