



Consentimiento para el Tratamiento, Reconocimiento de Privacidad, Acuerdo de Pago y Cuestionario

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Sexo: M / F

Dirección del paciente: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Dirección postal (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de Seguro Social del paciente: _____

Nombre del tutor legal: _____ Relación: _____ Guardian Fecha de nacimiento: ____/____/____

Proveedor de atención primaria: _____ TBCHS ofrece comunicación electrónica. Comparta su dirección de correo electrónico si está interesado en utilizar u obtener más información sobre este servicio.

_____ @ _____

Nombre del seguro: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: ____/____/____

Nombre del suscriptor: _____ Número de Seguro Social del suscriptor: _____ # de identificación del beneficiario: _____ Grupo # _____

Brindamos asistencia para la inscripción a las personas sin seguro o con seguro insuficiente para obtener un seguro de salud. ¿Le gustaría que nos pusiéramos en contacto con usted al respecto? ____Yes ____No

¿Es el inglés tu idioma principal? (Por favor, encierre en un círculo) Sí No
Si la respuesta es no, ¿en qué idioma se le atiende mejor (incluido el lenguaje de señas o la necesidad de un intérprete)? _____

Raza (Por favor, encierre en un círculo)
Asiático
Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
Blanco
Indio americano o nativo de Alaska
Negro o afroamericano

Origen étnico - ¿Es usted hispano o latino? Sí No

¿Eres una persona sin hogar? Sí No
En caso afirmativo, por favor encierre en un círculo.
Refugio
Calle
Vivienda de transición
Duplicado
Otros (hoteles, viviendas cotidianas, viviendas de apoyo)
Desconocido/ninguno de los anteriores

- 1. ¿Es usted un trabajador agrícola estacional o un agricultor migrante? ____Yes (en caso afirmativo, marque con un círculo cuál) ____No
- 2. ¿Eres un veterano? ____Yes ____No

Ingresos familiares totales anuales. (Por favor, marque con un círculo la casilla correspondiente)

1 miembro	0-\$15,650	15,651-20,867	20,868-26,083	26,084-31,300	\$31,301 +
2 miembros	0-\$21,150	21,151-28,200	28,201-35,250	35,251-42,300	\$42,301 +
3 miembros	0-\$26,650	26,651-35,533	35,534-44,417	44,418-53,300	\$53,301 +
4 miembros	0-\$32,150	32,151-42,867	42,868-53,583	53,584-64,300	\$64,301 +
5 miembros	0-\$37,650	37,651-50,200	50,201-62,750	62,751-75,300	\$75,301 +
6 miembros	0-\$43,150	43,151-57,533	57,534-71,917	71,918-86,300	\$86,301 +

Compartir información de salud / contacto de emergencia: Según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), un proveedor o agencia de atención médica puede usar y compartir la mayor parte de su información de salud para brindarle tratamiento, recibir el pago por su atención y administrar/coordinar su atención. Sin embargo, se necesita su consentimiento anual para compartir ciertos tipos de información de salud con otras personas que desee que participen en su atención médica.

****Si el paciente es menor de edad, por favor mencione a alguien que no sea un padre o tutor legal, si lo desea.**

Doy mi consentimiento para compartir información de salud sobre la persona nombrada en este formulario para el manejo de sus necesidades de salud. La información se puede compartir con las siguientes personas nombradas:

Nombre del contacto: _____ Nombre del contacto: _____
 Relación: _____ Relación: _____ Número de
 teléfono: _____ Número de teléfono: _____

Doy mi consentimiento para compartir:

- Toda mi información de salud en cualquier momento para ayudar con la coordinación de **todas mis necesidades de atención médica.** -O-
 Toda mi información de salud **Solo en una situación de emergencia.**

Al firmar este formulario, reconozco lo siguiente:

Autorización para el tratamiento: Doy mi consentimiento para los procedimientos de diagnóstico de rutina, que incluyen, entre otros, radiografías, extracción de sangre, pruebas de laboratorio y administración de medicamentos, y para los servicios de tratamiento médico, tratamiento dental, telesalud y salud conductual prestados por los médicos y el personal de Thunder Bay Community Health Service, Inc. y otros proveedores de atención médica que puedan ser llamados a consultar o ayudar en mi atención según lo considere necesario mi proveedor tratante. Entiendo que por ley, el Código de Salud Pública de Michigan, si un empleado o asociado del Servicio de Salud Comunitario de Thunder Bay recibe una herida abierta, exposición percutánea o de membrana mucosa a mi sangre u otros fluidos corporales, se me puede extraer sangre y se me pueden realizar pruebas de VIH (SIDA) sin mi consentimiento previo por escrito.

Acuerdo de Autorización de Pago: Participamos con muchas compañías de seguros, incluyendo Medicare y Medicaid. Como cortesía para usted, facturaremos directamente a su compañía de seguros por nuestros servicios. Usted puede ser responsable de las tarifas que no cobramos. Autorizo que cualquier beneficio del seguro se pague directamente a Thunder Bay Community Health Service, Inc. al darme cuenta de que soy responsable de pagar los servicios no cubiertos. Si mi saldo sigue sin pagar después de los intentos de cobro, entiendo que mi cuenta puede ser entregada a una agencia de cobro.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Thunder Bay Community Health Service, Inc.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

O

Representante Legal del Paciente: _____ **Fecha:** _____