

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE

N.º de cuenta: _____ Fecha: _____ Lugar: _____

PRIMER NOMBRE: _____ **SEGUNDO NOMBRE:** _____ **APELLIDO:** _____ **SUFIJO:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **N.º de seguro social:** _____

Dirección: _____ **N.º de apto.** _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Dirección postal (si es diferente): _____ **N.º de apto.** _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

N.º de teléfono: Casa: _____ Celular/Alternativo: _____ Trabajo: _____

Mejor n.º de contacto: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Alternativo (si se selecciona: titular del número: _____)

Correo electrónico: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

¿Su idioma principal? _____

Farmacia de preferencia: _____

Identidad de género: ☐ Masculino ☐ Femenino

☐ Transgénero: Hombre/Mujer a Hombre

☐ Transgénero: Mujer/Hombre a Mujer

☐ Opto por no informarlo ☐ Otro

¿Está interesado en obtener **recetas con descuento de la farmacia de Teche Health**? ☐ Sí ☐ No

¿Cómo se enteró de Teche?: ☐ Anuncio de TV ☐ Radio ☐ Cartelera publicitaria ☐ Familiar/Amigo ☐ Otro: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: (Para ser contactado **solo** en caso de emergencia. Mencione a alguien **que no** viva con el paciente).

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____ 18 o más: ☐ Sí ☐ No

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____ 18 o más: ☐ Sí ☐ No

SOLO PARA MENORES DE EDAD (si el paciente es menor de 18 años):

Padre, madre o tutor legal del menor: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____ **Relación con el menor:** _____

Padre, madre o tutor legal del menor: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____ **Relación con el menor:** _____

Autorizo a otras personas a que acompañen a mi hijo/a a recibir tratamiento en Teche Health en mi ausencia.

☐ Sí (complete el **formulario de consentimiento de padres ausentes**) ☐ No

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

☐ **NO TENGO SEGURO**

SEGURO PRINCIPAL: _____ **SEGURO SECUNDARIO:** _____

N.º de la póliza: _____ **N.º de la póliza:** _____

Nombre del titular de la póliza: _____ **Nombre del titular de la póliza:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

SEGURO DENTAL: _____ **SEGURO DE SALUD MENTAL:** _____

N.º de la póliza: _____ **N.º de la póliza:** _____

Nombre del titular de la póliza: _____ **Nombre del titular de la póliza:** _____

ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

El **ingreso familiar y el tamaño de su familia** pueden calificar para que usted y su familia accedan al programa de **descuento** en servicios de Teche Health. Nuestros representantes de servicio al paciente y trabajadores de salud comunitaria pueden ayudarle con cualquier pregunta y la forma de presentar la solicitud.

¿Le gustaría solicitar un **DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE**? ☐ **SÍ, ME GUSTARÍA.** ☐ **NO, NO ME GUSTARÍA.**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento/N.º de historial médico: _____

NOTA: Como centro de salud calificado en el nivel federal, la ley federal requiere que Teche Health recopile la siguiente información únicamente para fines **estadísticos**. La información personal del paciente **NO** se informará ni divulgará. La recopilación de esta información también nos ayuda a solicitar fondos de subvención para financiar y ampliar los servicios. **¡Gracias por su colaboración!**

Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

¿Cuántas personas viven en su hogar, incluido/a usted? _____

¿Ingreso bruto mensual aproximado del hogar?

☐ Sin ingresos ☐ \$1 - \$1,000 ☐ \$1,000-\$1,499 ☐ \$1,500-\$1,999 ☐ \$2,000-\$2,499 ☐ \$2,500-\$2,999
☐ \$3,000-\$3,499 ☐ \$3,500-\$3,999 ☐ \$4,000-\$4,499 ☐ \$4,500-\$4,999 ☐ \$5,000 +

Otras fuentes de ingresos (marque todas las opciones que correspondan): ☐ SSI ☐ Asistencia para veteranos ☐ AFDC/TANF

☐ Cupones de alimentos ☐ Seguro Social ☐ Beneficios de jubilación ☐ Sección 8: Vivienda ☐ Manutención de los hijos

¿Usted es veterano? ☐ Sí ☐ No **¿Es fumador?** ☐ Yes ☐ No **Sexo asignado al nacer:** _____

Orientación sexual: ☐ Heterosexual/Hétero convencional ☐ Lesbiana/Gay ☐ Bisexual

☐ Algo más ☐ No lo sé ☐ Prefiere no divulgarlo

¿Vive en una vivienda pública? (La sección 8 no se considera vivienda pública) ☐ Sí ☐ No

¿Se encuentra sin hogar? ☐ No ☐ Sí **Si la respuesta es afirmativa, marque una opción:** ☐ Refugio ☐ Calle ☐ Transitorio

☐ Comparte una habitación (vive con amigos/familiares) ☐ Desconoce (Se niega a contestar) ☐ Otro: _____

Origen étnico: ¿hispano, latino o español? ☐ No ☐ Sí (especifique): _____ ☐ Se niega a informar

Raza: (Marque todas las opciones que correspondan) ☐ Afroamericano/Negro ☐ Nativo americano/Nativo de Alaska

☐ Caucásico/Blanco ☐ Asiático: [especifique: ☐ indio asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Vietnamita]

☐ Nativo de Hawái ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Otro ☐ Se niega a informar

¿Usted es inmigrante? ¿Usted **o un familiar directo** ha vivido fuera del hogar en los últimos 2 años para trabajar en algún tipo de agricultura (trabajo agrícola)? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted un trabajador estacional? ¿Usted **o un familiar directo** ha trabajado en algún tipo de agricultura (trabajo agrícola) en los últimos 2 años, como plantar, recolectar, preparar la tierra, empaquetar, conducir un camión para cualquier tipo de trabajo agrícola, trabajar con animales como vacas, pollos, etc.? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o un familiar directo dejaron de emigrar para trabajar en agricultura (trabajo agrícola) debido a una discapacidad o edad avanzada (demasiado mayor para trabajar)? ☐ Sí ☐ No

¿Tengo wifi en casa? ☐ Sí ☐ No

Mi teléfono celular es un ☐ Android ☐ iPhone

¿Tengo un teléfono financiado por el gobierno federal? ☐ No ☐ No

¿Tengo un plan mensual de datos para mi teléfono celular? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

Nombre del paciente o tutor legal (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente: _____

El personal de Teche debe completar a continuación en caso de que la sección de Aceptación y Derechos y Responsabilidades no esté firmada.

¿Recibió el paciente el Aviso de privacidad? ☐ SÍ ☐ NO Iniciales del empleado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento para recibir tratamiento de atención médica integrada

Antes de dar su consentimiento, asegúrese de entender la información que se proporciona a continuación. Estaremos encantados de responder cualquier pregunta que tenga. Puede solicitar una copia de este formulario.

Entiendo que debo informar al personal si son necesarios los servicios de un intérprete de idiomas para poder comprender la información escrita o verbal que se me brinde durante mis visitas médicas.

Consentimiento para el tratamiento: Solicito a Teche Health **que me brinde a mí (o a mis dependientes menores de edad)** atención médica, dental, de salud conductual (abuso de sustancias, psicológica o psiquiátrica) y/o social. Se me dará información sobre las pruebas, tratamientos, procedimientos y medicamentos que se proporcionarán, incluidos los beneficios, riesgos, posibles problemas o complicaciones, así como opciones alternativas. Entiendo que debo hacer preguntas sobre cualquier cosa que no comprenda. Por la presente, solicito que una persona autorizada por Teche Health proporcione la evaluación, las pruebas y el tratamiento adecuados. Siempre que sea posible y viable, cooperaré totalmente con el prestador y cumpliré con el régimen de tratamiento y los procedimientos de chequeo establecidos. Este consentimiento es válido para los servicios recibidos entre el 1.1.2025 y el 5.31.2026.

Se acuerda en que el ejercicio de la medicina no es una ciencia exacta. No se puede ofrecer ninguna garantía, real o implícita, en cuanto al resultado de los servicios.

Derecho a retirar el consentimiento: Tengo derecho a retirar mi consentimiento para el tratamiento para mí mismo y/o mi(s) hijo(s) en cualquier momento, proporcionando una solicitud por escrito al proveedor tratante.

Caducidad del consentimiento: Este consentimiento expirará 2 meses después de la fecha en que se firme, a menos que se especifique lo contrario.

Iniciales del paciente/tutor legal: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTOS Y CONSENTIMIENTOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

N.º de cuenta: _____ Fecha: _____ Lugar _____

ACEPTACIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso de prácticas de privacidad.

Por la presente, reconozco que he recibido y revisado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Teche Health, que explica cómo se puede usar y divulgar mi información médica protegida. Comprendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre determinados usos y divulgaciones de mi información médica, y puedo tener acceso a una copia de mi expediente médico.

Divulgación de información: Entiendo que se mantendrá la confidencialidad según se describe en el Aviso de privacidad. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica según se describe en el Aviso de privacidad de la información médica. Entiendo que todos los servicios son confidenciales. Sin embargo, en ciertos casos, como emergencias que ponen en peligro la vida, abuso, enfermedades de declaración obligatoria, podrá requerirse a Teche Health que comparta información cuando realicemos una derivación a otra agencia. Además, la información podrá compartirse y revisarse con fines de garantía de calidad con los organismos otorgantes estatales, federales y privados, según sea necesario.

Al firmar este formulario a continuación, reconozco que Teche Health me ha entregado una copia del Aviso de prácticas de privacidad, que explica cómo se manejará su información médica en diversas situaciones y me ha dado la oportunidad de analizar mis inquietudes y preguntas sobre la privacidad de mi información médica.

Iniciales del paciente/tutor legal: _____ Fecha: _____

ACEPTACIÓN DE LA CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Por la presente, reconozco que he recibido una copia de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente, que explica cómo Teche Health reconoce a cada paciente como un individuo con necesidades de atención médica únicas y, debido a la importancia de respetar la dignidad personal de cada paciente, se compromete a brindar atención considerada y respetuosa centrada en las necesidades individuales del paciente. Teche Health asiste al paciente en el ejercicio de sus derechos e informa al paciente sobre cualquier responsabilidad que tenga en el ejercicio de estos derechos. Todos estos derechos se aplican a las personas que pueden tener la responsabilidad de tomar decisiones sobre la atención médica en nombre del paciente.

Iniciales del paciente/tutor legal: _____ Fecha: _____

ACEPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE DIRECTIVAS ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA

Por la presente reconozco que Teche Health me ha proporcionado y explicado la información sobre las directivas anticipadas de atención médica. Comprendo que es mi responsabilidad proporcionar a Teche Health cualquier documento que se requiera para llevar a cabo mis directivas anticipadas de atención médica.

Iniciales del paciente/tutor legal: _____ Fecha: _____

ACEPTACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR

Información del seguro: Por la presente concedo permiso a Teche Health para divulgar documentación de respaldo médico y/o dental a mi compañía de seguros por los servicios prestados a mí y/o dependientes cubiertos. **Cesión de beneficios de seguro:** Por la presente, autorizo el pago directamente a Teche Health de los beneficios que de otro modo se me pagarían, pero que no excedan los cargos habituales de Teche Health por este servicio. Entiendo que soy financieramente responsable ante Teche Health por cualquier cargo que no esté cubierto por mi seguro, incluyendo el saldo de mis cargos después de que se haya aplicado cualquier descuento. **Aceptación de la responsabilidad de los copagos:** Entiendo que soy responsable por el pago de los deducibles, copagos o servicios del seguro de salud o de cualquier servicio que no estén cubiertos por mi seguro.

Accidente automovilístico y compensación al trabajador: Entiendo que soy completamente responsable de la factura del tratamiento por un accidente automovilístico o un incidente de indemnización laboral, y que debo pagar la factura en su totalidad el día en que se realice el tratamiento. También comprendo que es posible que no tenga que

pagar por el tratamiento prestado si mi abogado o perito de siniestros (que representa un reclamo o demanda pendiente) proporciona documentación por escrito en la que se promete pagar la cuenta en su totalidad.

Acuerdo financiero: Acepto pagar todos los cargos que no sean pagaderos por el seguro o por un tercero. Acepto cumplir con los términos y condiciones de la Política de cobranzas de Teche Health. Entiendo que puede haber costos adicionales por suministros y equipos relacionados, pero no incluidos en el copago, deducible o tarifa nominal cobrada al momento de la prestación del servicio. Entiendo que puedo recibir una factura por dichos costos adicionales, de acuerdo con la política de tarifas de Teche Health, y que es mi obligación pagar esas facturas y que se pueden programar acuerdos de pago para los saldos impagos.

Teche Health no es una clínica gratuita y la falta de cumplimiento de su responsabilidad fiscal con nosotros o acordar un cronograma de pago podrá resultar en su baja financiera de nuestros servicios. De acuerdo con la Política de Cobranzas de Teche Health, Teche Health podrá optar por terminar su relación con cualquier paciente que no cumpla con este acuerdo financiero.

Por la presente, acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad de la información médica de Teche Health. También acepto permitir que Teche Health comparta datos demográficos y de ingresos con los organismos otorgantes estatales, federales y privados, según sea necesario. Cualquier información proporcionada que se descubre que es falsa ahora, o en el futuro, podría considerarse un fraude, del cual se me podría considerar responsable.

Iniciales del paciente/tutor legal: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN DEL PACIENTE

Los proveedores y otros aquí en Teche Health queremos hacer todo lo posible para proteger la información médica que tenemos sobre su salud y mantenerla privada y segura. Usted tiene derecho a esa información, y también tiene el derecho de hablar con su equipo de atención médica al respecto.

Cuando necesitemos comunicarnos con usted, solo hablaremos con usted o con las personas que usted haya indicado a continuación. Debe indicar solo los números que desea que utilicemos para comunicarnos con usted.

- Estoy de acuerdo en permitir que Teche Health se comuniquen conmigo a través de los siguientes métodos en relación con mi información médica privada, la evaluación y el tratamiento.

Si he marcado "Sí", autorizo a Teche Health a dejar mensajes para mí cuando no me encuentre disponible.

Es en su mejor interés y en el mejor interés de Teche Health que los proveedores de **salud conductual** no se comuniquen/comunicarán con ningún paciente con respecto a su tratamiento o atención por correo electrónico y/o mensaje de texto. Tampoco iniciaremos comunicación con usted como paciente de esta manera.

Teléfono del hogar _____ ☐ SÍ ☐ NO Teléfono celular _____ ☐ SÍ ☐ NO

Teléfono del trabajo _____ ☐ SÍ ☐ NO Otro teléfono _____ ☐ SÍ ☐ NO

Autorizo a Teche Health y al personal médico a hablar de la información del cuidado de mi salud/la de mi(s) hijo(s) (que puede incluir antecedentes, diagnósticos, análisis de laboratorio, resultados de pruebas, tratamientos y otra información médica) con los contactos que se indican a continuación. Entiendo que al dejar espacios en blanco, estoy indicando mi elección de "Sin información" y no deseo que se divulgue ninguna información sin mi consentimiento expreso.

Nombre:

Relación con el paciente:

Información de contacto:

Con mi firma a continuación, reconozco que he leído y entiendo la información proporcionada en este formulario anterior y autorizo los servicios de Teche Health como paciente o como el representante general del paciente, y acepto

sus términos. Entiendo el riesgo asociado con los diferentes métodos de comunicación, las restricciones y las responsabilidades del paciente descritas anteriormente, así como cualquier otra instrucción que Teche Health pueda imponer.

Entiendo que deberé actualizar esta información por lo menos una vez al año o cuando esta se modifique, lo que ocurra primero.

Al firmar a continuación, declaro que la información que he proporcionado es verdadera, y autorizo a Teche Health a verificar esa información, y divulgarla a los proveedores de atención médica a los que me deriva o mutuos.

Firma del paciente o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Testigo _____ **Fecha:** _____