

# FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Paciente: \_\_\_\_\_

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

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer:  Masculino  Hembra  Elijo no responder

Sexo  Masculino  Hembra  Hombre Transgénero (FTM)  Mujer Transgénero (MTF)  Genderqueer  Elijo no responder

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casado  Soltero  Divorciado  Viudo  Otro

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Relación con el contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Raza:  Afroamericano  Afrolatino  Asian  Caucásico/Blanco  Multiracial  Nativo Americano/Nativo de Alaska/Inuit  
 Isleño del Pacífico  Otro:

Origen étnico:  Latín  Hispánico  No latino/hispano

Estado de veterano:  Soy un veterano  NO soy un veterano

Proveedor de atención primaria anterior: \_\_\_\_\_ Consultorio Dental: \_\_\_\_\_

### **Para menores de edad:** Información de los padres o tutores legales:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el tutor:  Madre  Padre  Padres adoptivos  Abuelo  Poder legal  Conservador  
 Tutor legal  Otro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Sin seguro

Seguro Primario

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

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

ID de miembro: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Relación con el titular del seguro:  Yo mismo  Padre  Niño  Spouse  Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



# CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO Y FACTURACIÓN

Paciente: \_\_\_\_\_

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

Yo doy permiso al Norwalk Community Health Center para que brinde la evaluación y el tratamiento médico, de salud conductual y / o dental necesarios

1. Permiso que Norwalk Community Health Center presente los beneficios del seguro para pagar la atención recibida:

- Norwalk Community Health Center puede tener que enviar mi información de registro médico a mi compañía de seguros
- Debo pagar mi parte de los costos
- Debo pagar el costo de estos servicios si mi seguro no paga o no tengo seguro

2. Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de rechazar cualquier procedimiento o tratamiento
- Tengo el derecho de discutir todos los tratamientos médicos con mi proveedor

Yo declaro que la información enumerada anteriormente es precisa y completa. Entiendo que se me pueden pedir pruebas para verificar la declaración de ingresos y el tamaño de la familia

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre del paciente / Padre o tutor (para niños menores de 18 años)      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / padre o tutor (para niños menores de 18 años)      Fecha

# CONSENTIMIENTO PARA LA TELEMEDICINA

Patient: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Yo doy permiso al Norwalk Community Health Center (NCHC) para proporcionar servicios de salud a través de la telemedicina.

Entiendo que :

a.Tengo el derecho de acceder a los servicios médicos del Norwalk Community Health Center mediante una visita presencial cara a cara o a través de la telemedicina.

b.El uso de la telemedicina es voluntario y puedo retirar mi consentimiento o dejar de recibir servicios a través de la telemedicina en cualquier momento, sin que esto afecte mi capacidad de acceder a los servicios cubiertos en el futuro.

c.Puede haber limitaciones o riesgos relacionados con recibir servicios a través de la telemedicina en comparación con una visita presencial.

d.He leído este documento cuidadosamente, entiendo las posibles limitaciones y riesgos de recibir servicios a través de la telemedicina y he resuelto mis dudas de manera satisfactoria

e.Entiendo que puede haber un costo asociado con la consulta. Comprendo que seré responsable de cualquier saldo a pagar por mi cuenta, deducible no cumplido o coseguro asociado con la consulta de telemedicina. Recibirás un enlace de Global Pay antes de mi cita para realizar el pago.

f.Autorizo al Norwalk Community Health Center a usar tecnología de telecomunicaciones adecuada para evaluar y diagnosticar mi condición médica y cualquier queja de salud.

g.Acepto que los profesionales médicos intentarán contactarme utilizando el software de telemedicina.

h.Entiendo que pueden surgir problemas técnicos antes o durante la sesión de telemedicina y, en ocasiones, mi cita puede no comenzar o terminar en el horario acordado.

i.Entiendo que mi consulta de telemedicina puede ser cancelada o reprogramada si no acepto los términos y condiciones mencionados anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente / padre o tutor (para menores de 18 años)      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/ padre o tutor (para menores de 18 años)      Fecha



# DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Paciente: \_\_\_\_\_

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

Norwalk Community Health Center (NCHC) está comprometido a brindar una atención de alta calidad que sea justa, receptiva y responsable ante las necesidades de nuestros pacientes y sus familias. Estamos comprometidos a proporcionar a nuestros pacientes ya sus familias un medio para no sólo recibir servicios apropiados de salud y servicios relacionados, sino también para atender cualquier inquietud que puedan tener con respecto a tales servicios. Animamos a todos nuestros pacientes a ser conscientes de sus derechos y responsabilidades y ser activos en el mantenimiento y la mejoría de su salud y el fortalecimiento de sus relaciones con nuestros proveedores de atención de salud.

Si tienes preguntas o inquietudes con respecto a nuestra "Declaración de Derechos y Responsabilidades" por favor comunicarse con el Gerente de Práctica.

## CADA PACIENTE TIENE DERECHO(A):

1. Recibir atención de alta calidad basada en estándares profesionales de práctica, independientemente de su capacidad (o de su familia) para pagar por tales servicios.
2. Obtener servicios sin discriminación por raza, origen étnico, origen nacional, sexo, edad, religión, discapacidad física o mental, orientación sexual o preferencia, estado civil, estado socioeconómico o diagnóstico / condición.
3. Ser tratado con cortesía, consideración y respeto por todo el personal de NCHC, en todo momento y bajo todas las circunstancias, y de una manera que respeta su dignidad y privacidad.
4. Estar informado de las Políticas y Procedimientos de Privacidad de NCHC, ya que las políticas se relacionan con información de salud individualmente identificable.
5. Espere que NCHC mantendrá confidenciales todos los expedientes médicos y divulgará tal información solamente con su autorización por escrito, en respuesta a una orden judicial o citaciones, o según lo permitido o requerido por la ley.
6. Acceder, revisar y / o copiar sus registros médicos, a solicitud, en un momento mutuamente designado (o, según sea apropiado, tener un custodio legal, revisar y / o copiar dichos registros) y solicitar enmiendas a dichos registros.
7. Conozca el nombre y las calificaciones de todas las personas responsables de su atención médica y se le informará sobre cómo comunicarse con estas personas.
8. Solicitar a un proveedor de salud diferente si él o ella está insatisfecho con la persona asignada a él o ella por el NCHC. NCHC utilizará los mejores esfuerzos, pero no puede garantizar, que las solicitudes de re-asignación serán acomodadas.
9. Recibir una explicación completa, precisa, fácilmente comprensible y cultural y lingüísticamente competente de cualquier diagnóstico, tratamiento, pronóstico y / o planeado del tratamiento, alternativas (incluyendo ningún tratamiento), Y los riesgos / beneficios asociados.



# DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Paciente: \_\_\_\_\_

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

10. Recibir información sobre la disponibilidad de servicios de apoyo, incluyendo servicios de traducción, transporte y educación.
11. Recibir información suficiente para participar plenamente en las decisiones relacionadas con su atención médica y para proporcionar el consentimiento informado antes de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico (excepto en casos de emergencia). Si un paciente es incapaz de participar plenamente, él o ella tiene el derecho de ser representado por los padres, tutores, miembros de la familia u otros sustitutos designados.
12. Hacer preguntas (en cualquier momento antes, durante o después de recibir los servicios) con respecto a cualquier diagnóstico, tratamiento, pronóstico y / o curso planificado de tratamiento, alternativas y riesgos, y recibir respuestas comprensibles y claras a tales preguntas.
13. Rechazar cualquier tratamiento (excepto cuando lo prohíba la ley), ser informado de las alternativas y / o consecuencias de rechazar el tratamiento, lo cual puede incluir el Centro de Salud Comunitario de Norwalk tener que informar a las autoridades apropiadas de esta decisión y expresar preferencias con respecto a cualquier futuro trato.
14. Obtenga otra opinión médica antes de cualquier procedimiento.
15. Estar informado si cualquier tratamiento es para fines de investigación o es de naturaleza experimental, y se le dará la oportunidad de dar su consentimiento informado antes de que comience la investigación o experimento (a menos que se renuncie a tal consentimiento).
16. Desarrollar directivas anticipadas y tener la seguridad de que todos los proveedores de atención médica cumplirán con esas directivas de conformidad con la ley.
17. Designe a un sustituto para tomar una decisión sobre el cuidado de la salud si él o ella está incapacitado o si está incapacitado.
18. Solicitar y recibir información sobre su responsabilidad financiera por los servicios.
19. Recibir una copia detallada de la factura por sus servicios, una explicación de los cargos y descripción de los servicios que se cobrarán a su seguro.
20. Solicitar asistencia adicional necesaria para entender y / o cumplir con los procedimientos y normas administrativas de NCHC, acceder a servicios de salud y afines, participar en tratamientos o cumplir con las obligaciones de pago contactando a Gerente de Prácticas.
21. Presentar una queja o queja sobre la NCHC o su personal sin temor a discriminación o represalias y hacer que se resuelva de manera justa, eficiente y oportuna. Este reclamo o queja puede dirigirse a la Jefe Administrativo.

Comuníquese con la siguiente agencia si no está satisfecho con el resultado de su reclamo:

Línea de cumplimiento confidencial de NCHC:

203-852-3999

Departamento de Salud Pública de Connecticut

410 Capital Avenue Hartford, CT. 06134-308

Teléfono: (860) 509-7400, (800) 842-0038 TTY: (860) 509-7191

[www.dph.state.ct.us](http://www.dph.state.ct.us)

p: 203-899-1770

w: [norwalkchc.org](http://norwalkchc.org)

e: [info@norwalkchc.org](mailto:info@norwalkchc.org)

# DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Paciente: \_\_\_\_\_

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

CADA PACIENTE ES RESPONSABLE POR:

1. Proporcionar información personal, financiera, de seguro y médica exacta (incluyendo todos los tratamientos y medicamentos actuales) antes de recibir servicios de NCHC y sus proveedores de atención médica.
2. Seguir todas las reglas y procedimientos administrativos y operativos publicados en la (s) instalación (es) de NCHC.
3. Comportarse en todo momento de manera cortés, cortés, considerado y respetuoso con todo el personal y los pacientes de NCHC, incluyendo el respeto a la privacidad y dignidad de otros pacientes.
4. Supervisar a sus hijos mientras estén en las instalaciones de NCHC.
5. Abstenerse de contactos abusivos, dañinos, amenazantes o groseros con otros pacientes y con el personal de NCHC.
6. No llevar ningún tipo de armas o explosivos a la (s) instalación (es) de NCHC.
7. Mantener todas las citas programadas y llegar a tiempo.
8. Notificando NCHC a más tardar 24 horas (o tan pronto como sea posible dentro de 24 horas) antes de la hora de una cita que él / ella no puede mantener la cita según lo programado. El incumplimiento de esta política puede resultar en la imputación de la visita y / o la colocación en una lista de espera para la próxima visita.
9. Participar y seguir el plan de tratamiento recomendado por sus proveedores de atención médica, en la medida que sea posible, y trabajar con los proveedores para lograr los resultados de salud deseados.
10. Hacer preguntas si no entiende la explicación de su diagnóstico, tratamiento, pronóstico y / o curso planificado de tratamiento, alternativas o riesgos / beneficios asociados, o cualquier otra información que le sea proporcionada O sus servicios.
11. Proporcionar una explicación a sus proveedores de atención médica si se niega a (o no puede) participar en el tratamiento, en la medida en que sea capaz, y comunique claramente sus deseos y necesidades.
12. Informar a sus proveedores de salud de cualquier cambio o reacción a la medicación y / o tratamiento.
13. Familiarizarse con sus beneficios de salud y cualquier exclusión, deducibles, copagos y costos de tratamiento.
14. Según corresponda, haciendo un esfuerzo de buena fe para cumplir con las obligaciones financieras, incluyendo el pago puntual de los servicios prestados.
15. Asesorar NCHC de cualquier preocupación, problemas o insatisfacción con los servicios prestados o la manera en que (o con quién) se proporcionan.
16. Utilizar todos los servicios, incluidos los procedimientos de quejas y reclamaciones, de manera responsable y no abusiva, de acuerdo con las reglas y procedimientos de NCHC (incluyendo la obligación de NCHC de tratar a todos los pacientes de manera eficiente y equitativa).

If you would like a copy of the Patient's Bill of Rights in another language, please ask the front desk staff.  
Si desea una copia de la Declaración de Derechos del Paciente en otro idioma, consulte al personal de la recepción.

Si ou ta renmen yon kopi Dwa Pasyan an nan yon lòt lang, tanpri mande anplwaye nan biwo devan.



# AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

Paciente: \_\_\_\_\_

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

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI siglas en inglés) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica (TPO siglas en inglés) y para otros fines que están permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información médica protegida. La "información médica protegida" es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y servicios de atención médica relacionados.

**Usos y Divulgaciones de Información de Salud Protegida:** Su información médica protegida puede ser utilizada y divulgada por nuestra organización, nuestro personal de la oficina y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados en su atención y tratamiento con el propósito de proporcionarle servicios de atención médica, para pagar sus facturas de atención médica, para apoyar el funcionamiento de la organización, y cualquier otro uso requerido por la ley.

**Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que le proporcione atención. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser proporcionada a un médico al que usted ha sido referido para asegurarse de que el médico tiene la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información médica protegida para apoyar las actividades comerciales de nuestra organización. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de empleados, actividades de acreditación y la realización u organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a agencias de acreditación como parte de una encuesta de acreditación. También podemos llamarlo por su nombre mientras está en nuestras instalaciones. Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para contactar con usted para verificar el estado de su equipo.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización: como lo requiere la ley, los problemas de salud pública según lo exija la ley, las enfermedades transmisibles, la supervisión de la salud, el abuso o la negligencia, los requisitos de la Administración de alimentos y medicamentos, los procedimientos legales, la aplicación de la ley, la actividad penal, los reclusos, la actividad militar, la seguridad nacional y la compensación de los trabajadores. Usos y Divulgaciones Requeridos: Bajo la ley, debemos hacerle divulgaciones y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de la Sección 164.500.

Otros Usos y Divulgaciones Permitidos y Requeridos se harán solamente con Su Consentimiento, Autorización u Oportunidad de Objetar, a menos que lo exija la ley.

Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o esta organización haya tomado una acción en función del uso o divulgación indicado en la autorización.

**Sus derechos:** A continuación se muestra una declaración de sus derechos con respecto a su información médica protegida.

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida. Sin embargo, bajo la ley federal, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros; notas de psicoterapia; información recopilada en anticipación razonable o uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, y la información de salud protegida que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a información médica protegida.

Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que puede solicitarnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o con fines de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. Nuestra organización no está obligada a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si nuestra organización cree que es en su mejor interés permitir el uso y la divulgación de su información médica protegida, su información médica protegida no será restringida. A continuación, tiene derecho a utilizar otro profesional de la salud.

Usted tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en un lugar alternativo. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso, previa solicitud, incluso si está de acuerdo en aceptar este aviso alternativamente, por ejemplo, electrónicamente.

Usted puede tener derecho a que nuestra organización modifique su información médica protegida. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una réplica a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Usted tiene derecho a recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones que hemos hecho, si las hiciéramos, de su información médica protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo de cualquier cambio. A continuación, tiene derecho a oponerse o retirarse según lo dispuesto en este aviso.

**Quejas:** Usted puede quejarse con nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro contacto de privacidad de su queja.

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a las personas con, este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida, si usted tiene alguna pregunta u objeción a este formulario, por favor pida hablar con Directora de Riesgo, Calidad y Cumplimiento.

Las empresas asociadas con las que podemos hacer negocios, como un servicio de contestador de llamadas o un servicio de entrega, solo reciben la información suficiente para proporcionarle el servicio necesario. No se proporciona información médica.

Damos la bienvenida a sus comentarios: No dude en llamarnos si tiene alguna pregunta sobre cómo protegemos su privacidad. Nuestro objetivo es siempre proporcionarle servicios de la más alta calidad.



# RECONOCIMIENTO DE RECIBO

Paciente: \_\_\_\_\_

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

---

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Con el hecho de firmar esta forma estoy reconociendo que:

- Soy paciente o soy el guardián legal del paciente; o su representante personal.
- E recibido una copia de “Noticia de Privacidad” de Norwalk Community Health Center, Inc.
- E recibido la carta “Declaración de Derechos del Paciente” de parte de Norwalk Community Health Center en un lenguaje por la cual yo puedo entender.
- Entiendo que yo podría contactar Norwalk Community Health Center en cualquier momento si tendré preguntas sobre el contenido de estas dos formas; “Noticia de Privacidad”, y “Declaración de Derechos Del Paciente”.

### Por favor firme en reconocimiento de esta forma:

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido/Nombre de Guardián (menores de 18 años) en letra

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido/Nombre de Guardián (menores de 18 años) en letra

\_\_\_\_\_  
Fecha





# FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Patient: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

1. Responsabilidad financiera de la persona

- Entiendo que soy financieramente responsable de mi deducible, copago y servicio no cubierto de mi salud médica, conductual y / o dental.
- Los copagos se deben pagar en el momento del servicio.
- Si mi plan requiere una referencia, debo obtenerla antes de mi visita.
- En el caso de que mi seguro médico, conductual y / o dental determina que un servicio es " no cubierto" o "impagable", seré responsable del cargo completo y acepto pagar los costos de todos los servicios provistos.
- Si no estoy asegurado, acepto reunirme con un consejero de elegibilidad para determinar si califico para el programa de descuento de escala de tarifa variable

2. Autorización de seguro para la asignación de beneficios

- Por este medio autorizo y dirijo el pago de mis beneficios médicos, de salud conductual y dentales a Norwalk Community Health Center, Inc. en mi nombre por los servicios que me brindan los proveedores.

3. Autorización para liberar registros

- Por la presente autorizo a Norwalk Community Health Center Inc. a divulgar a mi aseguradora, agencias gubernamentales o cualquier otra entidad financieramente responsable por mi atención médica, toda la información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya brindado necesarios para justificar el pago tales servicios médicos, así como la información requerida para precertificación, autorización o derivación a otro proveedor médico.

4. Solicitud de pago de Medicare

- Solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare a mí o en mi nombre por los servicios que me proporcionó o en Norwalk Community Health Center Inc. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo para que divulgue a Medicare y a sus agentes cualquier información necesaria para determine estos beneficios o beneficios para los servicios relacionados.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, representante autorizado o parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente, representante autorizado o parte responsable

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente