

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de visita _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo al nacer - Masculino ☐ Femenino ☐

Número de Seguro Social (opcional) _____ Hispano - Sí ☐ No ☐

Apellido legal _____ Primer nombre legal _____ Inicial del segundo nombre _____

Nombre preferido _____ Raza (p. ej., asiático/negro/blanco) _____

Teléfono de casa _____ Número de celular _____ Dirección de correo electrónico _____

Nombre del contacto de emergencia _____ Parentesco _____

Número de teléfono _____

SOLO DEBE COMPLETARSE SI EL PACIENTE TIENE 17 AÑOS O MENOS Y RECIBE SERVICIOS PEDIÁTRICOS O DE VACUNACIÓN

Primer nombre y apellido legal de la madre _____ Fecha de nacimiento _____

Primer nombre y apellido legal del padre _____ Fecha de nacimiento _____

Su nombre _____ Parentesco con el niño _____

Tutor legal - Sí ☐ No ☐

Nombre del contacto de emergencia _____ Parentesco _____ Número de teléfono _____

¿Podemos contactarlo por correo electrónico?
Sí ☐ No ☐

¿Quiere un mensaje de texto para recordatorios de citas?
Sí ☐ No ☐

La comunicación electrónica, que incluye mensajes de texto y correo electrónico, puede no ser un medio de comunicación seguro. Algunas de estas comunicaciones del Departamento of Health pueden contener información de salud confidencial y protegida. Entiendo y reconozco que existen riesgos en la comunicación electrónica, como, entre otros, la falta de encriptación, la interceptación electrónica por parte de otros, la interceptación por personas con acceso a mis dispositivos y la transmisión accidental a un número o correo electrónico equivocado. A pesar de estos riesgos, si respondo "sí" para recibir comunicaciones electrónicas, autorizo al Departamento de Salud a comunicarse por medios electrónicos. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento si firmo un formulario demográfico actualizado.

¿Quiere completar una directiva anticipada hoy? Sí ☐ No ☐

Una directiva anticipada (testamento vital) permite que alguien tome decisiones médicas en su nombre si usted no puede hacerlo.

¿Quiere participar en el Intercambio de Información de Salud (HIE)? Sí ☐ No ☐

El HIE permite que su información médica esté disponible y sea vista electrónicamente por médicos y miembros de su equipo médico. Está diseñado para dar acceso rápido a los registros médicos para hacer que el tratamiento sea más efectivo y eficiente. Cualquier proveedor de atención médica autorizado y su equipo que acepte participar en el HIE puede acceder electrónicamente y usar su información de salud protegida, si es necesario, para darle tratamiento.

Enumere a todos los miembros de la familia que viven en su vivienda e indique el ingreso mensual si corresponde

(El ingreso incluye todas las ganancias de trabajos, pensiones, manutención infantil, Seguro Social, beneficios por fallecimiento, pensión alimenticia, compensación por desempleo/para trabajadores, beneficios para veteranos, inversiones, fondos fiduciarios, ingresos por alquiler, trabajo por cuenta propia, Asistencia Pública, subsidios o cualquier otro ingreso recibido).

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (opcional)	Parentesco	Ingreso mensual

Afirmo que la información que doy es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si doy información falsa o inexacta, los servicios pueden suspenderse y es posible que tenga que pagar por todos los servicios recibidos según la lista de tarifas correspondiente.

Regla del FAC 64f-10.003(5).

Firma _____ Fecha _____

REVOCACIÓN: Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, entiendo que debo hacerlo por escrito y debo presentar mi revocación al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya revelado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.