

Como centro de atención médica calificado a nivel federal, la Oficina de Atención Primaria de Salud nos exige que recopilemos datos de todos nuestros pacientes anualmente. Missouri Highlands Health Care no discrimina por edad, sexo, raza, credo, estado civil, religión, origen nacional, discapacidad, preferencia sexual, estado de asistencia pública o antecedentes penales.

IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL PACIENTE (Por favor imprima)

Nombre completo del paciente:					
Sexo legal: ☐ Macho ☐ femenino		Fecha de nacimiento:		Seguridad Social #:	
Dirección residencial:			Dirección de envío: ☐ Mismo		
Ciudad:	Estado:	Cremallera	Ciudad	Estado	Cremallera

Marque la casilla junto al número al que prefiere que le llamen primero y dé su consentimiento para enviar un mensaje de texto.

Teléfono de casa: ☐	Teléfono móvil: ☐ Texto Aceptar ☐ Sí ☐ No	Teléfono de trabajo/alternativo:
Dirección de correo electrónico del paciente		
Métodos de comunicación preferidos: ☐ Llamada telefónica ☐ Mensaje de texto ☐ Carta ☐ de correo electrónico ☐ Portal del paciente		
Missouri Highlands Health Care tiene recursos disponibles para ayudar a los pacientes que puedan necesitar asistencia auditiva, visual o lingüística. Si necesita dicha asistencia, verifique qué tipo de asistencia necesita. ☐ de ayudas visuales ☐ de lengua de señas ☐ para (indicar qué idioma):		

INFORMACIÓN DE CONTACTO Y TUTOR (Si el paciente es menor de 18 años)

El contacto a continuación es: ☐ Padre con custodia Tutor ☐ legal Guardián ☐ N / A		El contacto a continuación es: ☐ Padre con custodia Tutor ☐ legal Guardián ☐ N / A	
Nombre del tutor:		Nombre del tutor:	
Correo electrónico del tutor:		Correo electrónico del tutor:	
Teléfono de casa: ☐ Igual que el paciente	Teléfono móvil	Teléfono de casa: ☐ Igual que el paciente	Teléfono móvil
Relación: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Padre de crianza ☐ Abuelos ☐ Tía/Tío ☐ Hermano ☐ Otros (especificar)		Relación: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Padre de crianza ☐ Abuelos ☐ Tía/Tío ☐ Hermano ☐ Otros (especificar)	

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:	Teléfono de casa:	Teléfono móvil:
Relación: ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Hijo ☐ Hermano ☐ Amigo ☐ Primo ☐ Tutor ☐ Otro		

PARIENTE MÁS CERCANO

Nombre:	Teléfono:	Relación: ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Hijo Hermano ☐ Amigo ☐ Primo ☐ Otro
---------	-----------	---

DEMOGRAFIA

Idioma principal: ☐ inglés ☐ español ☐ Otra especificar)	Raza (marque todo lo que corresponda): ☐ Blanco ☐ Negro / Afroamericano ☐ Indio americano / Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Negarse a responder	
Etnia: ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino	Estado civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Pareja	
Género al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino		

Trabajo agrícola (usted o un familiar) Esto incluye trabajo en producción agrícola, producción animal, acuicultura, silvicultura, pesca o trabajos de apoyo como plantar, cosechar, alimentar, clasificar o cuidar animales de granja o cultivos.

☐ Trabajo agrícola migratorio en los últimos 2 años y se mudó de casa para este trabajo. ☐ Trabajador agrícola temporal en los últimos 2 años, pero NO se mudó de casa para este trabajo. ☐ Extrabajador agrícola migratorio (anciano o discapacitado) dejó de trabajar debido a la edad o discapacidad. ☐ Ninguna de las anteriores aplica.

del hogar y rango de ingresos anuales: Marque el tamaño del hogar LUEGO encierre en un círculo el rango de ingresos anuales en la línea al lado del tamaño del hogar que ha seleccionado.

Tamaño del hogar			Rango de ingresos anuales			
☐	1	➡	\$0-15,650	\$15,651-20,815	\$20,816-25,979	\$25,980-31,300
☐	2	➡	\$0-21,150	\$21,151-28,130	\$28,131-35,109	\$35,110-42,300
☐	3	➡	\$0-26,650	\$26,651-35,445	\$35,446-44,239	\$44,240-53,300
☐	4	➡	\$0-32,150	\$32,151-42,760	\$42,761-53,369	\$53,370-64,300
☐	5	➡	\$0-37,650	\$37,651-50,075	\$50,076-62,499	\$62,500-75,300
☐	6	➡	\$0-43,150	\$43,151-57,390	\$57,391-71,629	\$71,630-86,300
☐	7	➡	\$0-48,650	\$48,651-64,705	\$64,706-80,759	\$80,760-97,300
☐	8	➡	\$0-54,150	\$54,151-72,020	\$72,021-89,889	\$89,890-108,300

Situación de vivienda: ☐ No sin hogar ☐ Duplicación (quedarse con otras personas temporalmente) ☐ Refugio para personas sin hogar ☐ Vivienda pública (vivienda para personas mayores/HUD)
☐ Calle (Vivir al aire libre, en un automóvil, refugio improvisado) ☐ Transicional (Sin vivienda permanente / de un lugar a otro) ☐ Otro (Hoteles/Moteles)
Veterano: ☐ Sí ☐ No ☐ Negarse a responder **Ocupación:**

INFORMACIÓN DEL GARANTE (A quién se enviarán los estados de cuenta)

Relación del Garante con el paciente: ☐ Paciente/Yo ☐ Hijo ☐ Cónyuge ☐ Otro (Especifique)

Nombre completo del garante:

Fecha de nacimiento del garante:

Dirección postal del garante: ☐ igual que el paciente

Ciudad:

Estado:

Cremallera:

Número de Seguro Social del Garante:

Teléfono del garante:

Correo electrónico del garante:

Farmacia preferida: _____ **Ubicación:** _____

SEGURO DEL PACIENTE ☐ Marque si no tiene seguro (un representante de MHHC se comunicará con usted antes de su visita, si está marcado)

Relación con el Asegurado: ☐ Paciente/Yo ☐ Hijo ☐ Cónyuge ☐ Otro (Especifique)

ID de miembro/póliza #:

Grupo #:

Nombre del asegurado:

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Entiendo que mis familiares o amigos pueden hacer preguntas sobre mi condición médica por teléfono o en persona. También entiendo que es una violación de la confidencialidad médico-paciente que cualquier miembro de mi equipo de atención médica discuta mi información médica de cualquier manera con cualquier persona sin consentimiento expreso por escrito. Al firmar este formulario, doy permiso a Missouri Highlands Health Care para discutir mi información médica con las personas que se enumeran a continuación. Reconozco que, según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), puedo limitar la cantidad de información que autorizo a divulgar. Es mi deseo expreso que TODA la información médica pueda ser divulgada. Si tengo alguna información que no quiero dar, la enumeraré a continuación. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento comunicándome por escrito con Missouri Highlands Health Care. A menos que yo la revoque antes, esta autorización vencerá el:

_____. Tipos de información que NO se puede divulgar: _____

Individuo(s) que autorizo a recibir mi información médica:

Nombre:	Teléfono:	Relación:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Teléfono:	Relación:	Fecha de nacimiento:

_____/_____
Firma del paciente/representante del paciente Fecha

_____/_____
Firma del testigo de MHHC Fecha

CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE MISSOURI HIGHLANDS HEALTH

Consentimiento para el tratamiento: Por la presente doy permiso para que Missouri Highlands Health Care realice aquellos procedimientos y tratamientos necesarios para el cuidado completo de mí o de un dependiente de quien soy legalmente responsable.

Autorización y Liberación: Autorizo a Missouri Highlands Health Care a divulgar cualquier información, incluidos el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen proporcionado a mí o a mi dependiente durante el período de dicha atención médica, a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente a Missouri Highlands Health Care cualquier beneficio del seguro que de otro modo me correspondería a mí. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o el de mis dependientes. Si el saldo de mi cuenta se envía a una agencia externa para su cobro, soy responsable de los cargos de cobro que se deben pagar a dicha agencia. Autorizo a mi equipo de atención médica a realizar cualquier tratamiento, administración de medicamentos y/o terapia que pueda estar indicada en relación con mi atención o la atención de mi dependiente. Entiendo que antes del tratamiento, el personal me dará una explicación completa de los procedimientos involucrados.

SureScripts: Yo o mi representante autorizado solicito que la información de salud relacionada con mi atención y tratamiento se divulgue como se establece en este formulario. De acuerdo con la Ley del Estado de Missouri y la Regla de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (*HIPAA), entiendo que:

- BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE utiliza Surescripts, Inc., un sistema de prescripción que permite el intercambio de recetas e información relacionada entre mi equipo de atención médica y la farmacia. La información enviada entre estos sistemas puede incluir detalles de todos los medicamentos recetados que estoy tomando actualmente o que he tomado en el pasado. Esta información será utilizada por BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE.
- Esta autorización puede incluir la divulgación de información de recetas relacionadas con el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental y/o información confidencial relacionada con el VIH por parte de SureScripts, Inc. a BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.
- La firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación.
- La información divulgada bajo esta autorización podría ser nuevamente divulgada por el destinatario, y es posible que esta nueva divulgación ya no esté protegida por las leyes estatales o federales.
- Esta autorización vence un año a partir de la fecha de mi firma a continuación.
- ESTA AUTORIZACIÓN NO AUTORIZA A BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE A DISCUTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD O ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE QUE NO SEA PERMITIDO POR LA LEY APLICABLE.

Derechos y responsabilidades del paciente: Reconozco que Missouri Highlands Health Care ha compartido una copia de sus Derechos y responsabilidades del paciente, para garantizar que usted conozca sus derechos y responsabilidades.

Consentimiento fotográfico: Acepto que un miembro del personal de Missouri Highlands Health Care pueda tomar fotografías mías o de mi dependiente. Las fotografías se utilizarán para registros médicos y para ayudar a evitar el robo de identidad. Todas las fotografías son estrictamente privadas y la identidad del paciente no será revelada a nadie fuera de Missouri Highlands Health Care a menos que lo exijan las autoridades.

Acercas de nuestro Aviso de prácticas de privacidad: Estamos comprometidos a proteger su información de salud personal de conformidad con la ley. Estamos obligados por ley a entregarle una copia del Aviso de prácticas de privacidad (que es un documento separado que se le proporciona junto con este formulario) y a obtener su reconocimiento por escrito de que ha recibido una copia de ese aviso. Si elige recibir información de Missouri Highlands Health Care por correo electrónico (por ejemplo, recordatorios de citas), se enviará a través de un servidor seguro. Sin embargo, usted será responsable de la protección de esa información una vez que salga de nuestro servidor.

- Recaudación de fondos:** a menos que nos solicite que no lo hagamos, utilizaremos su nombre y dirección para apoyar nuestros esfuerzos de recaudación de fondos. Si no desea participar en los esfuerzos de recaudación de fondos, marque la siguiente casilla:
☐ Por favor no utilice mi información para fines de recaudación de fondos.
- Marketing:** no compartiremos su información con fines de marketing a menos que nos dé su permiso por escrito. Marque la siguiente casilla para darnos permiso para usar su nombre y dirección para actividades de marketing y para brindarle información sobre los servicios disponibles en nuestra práctica. Puede revocar su permiso en cualquier momento, pero no afectará la información que ya utilizamos y divulgamos.
☐ Por la presente autorizo a MHHC a utilizar mi información con fines de marketing.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO QUE HE LEÍDO O ME HA LEÍDO O EXPLICADO ESTE DOCUMENTO. ENTIENDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN ESTE FORMULARIO. ME HAN DADO UNA AMPLIA OPORTUNIDAD PARA HACER PREGUNTAS Y CUALQUIER PREGUNTA QUE HE HECHO HA SIDO RESPONDIDA SATISFACTORIAMENTE. CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO A MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE O A CUALQUIER MÉDICO, APRN, RN, LPN U OTRO PROVEEDOR DESIGNADO O SELECCIONADO POR ÉL O BAJO SU SUPERVISIÓN Y CONTROL DIRECTO PARA REALIZAR LOS SERVICIOS SOLICITADOS POR MÍ.

Nombre del paciente (por favor imprima): _____



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE NUEVO

Nombre del Representante/Tutor (Si corresponde): _____

Firma del Paciente/Representante del Paciente

Fecha

Firma del testigo de MHHC

Fecha

Delegación de otra persona para dar el consentimiento para el tratamiento de un menor

Anexo A

Yo, (padre/tutor legal), _____, no puedo acompañar a mi hijo,
(nombre del niño) _____, a Missouri Highlands Health Care, doy permiso al siguiente adulto
(deben tener 18 años de edad o más):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Doy permiso para que esta persona busque tratamiento para mi hijo, incluido cualquier tipo de atención médica/
dental, prueba de diagnóstico, atención de salud mental, vacunas, procedimientos y la administración de anestesia local
que un médico, enfermero especializado o dentista determine que son necesarios para el bienestar de mi hijo, y doy mi
consentimiento para dicho tratamiento si los intentos de comunicarse conmigo no tienen éxito. (inicial aquí) _____

Doy mi permiso para que esta persona busque tratamiento para mi hijo, incluido cualquier tipo de atención médica
o dental, prueba de diagnóstico, atención de salud mental, vacunas, procedimientos y la administración de anestesia local
que un médico, enfermero especializado o dentista determine que son necesarios para el bienestar de mi hijo, y doy mi
consentimiento para dicho tratamiento sin tener que comunicarse conmigo. (inicial aquí) _____

Este formulario permanecerá vigente hasta que se revoque completando el formulario de Aviso para revocar la delegación.

Este formulario es VÁLIDO SÓLO durante el siguiente período de tiempo:

Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de expiración: _____

INCÓGNITA _____

(Firma del padre o tutor legal) (Fecha y hora de firma - REQUERIDO)

INCÓGNITA _____

(Firma del empleado de MHHC testigo) (Fecha y hora de la firma - REQUERIDA)

DIRECCIÓN _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono móvil _____

Delegación de otra persona para dar el consentimiento para el tratamiento de un menor

Anexo A de la Política de Consentimiento de Menores