Machine Translated by Google

MISSOURI Highlands HEALTH CARE

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

Como Centro de Atención Médica Calificado Federalmente, la Oficina de Atención Primaria de Salud nos exige recopilar 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 ni orientación sexual. estado de asistencia o antecedentes penales.

IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL PACIENTE (Por favor, imprima)

Nombre completo del paciente:

Sexo legal: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento:

Número de Seguro Social:

Dirección residencial:

Ciudad: Estado: Cremallera

Dirección postal: Misma

Ciudad Estado Cremallera

Marque la casilla junto al número al que prefiere que lo llamen primero

Teléfono de casa:

Teléfono móvil:

Teléfono alternativo:

Dirección de correo electrónico del paciente

Método de comunicación preferido: Llamada telefónica Mensaje de texto Correo electrónico Carta Portal del paciente

Missouri Highlands Health Care cuenta con recursos para ayudar a pacientes que necesiten asistencia auditiva, visual o lingüística. Si necesita este tipo de asistencia, marque el tipo que necesita.

Ayudas visuales para lenguaje de señas Intérprete para (indicar qué idioma):

INFORMACIÓN DE CONTACTO Y TUTOR (Si el paciente es menor de 17 años)

El contacto a continuación es: Padre con custodia Tutor legal Cuidador NA

Nombre del tutor:

Correo electrónico del tutor:

Teléfono de casa: el mismo que el del paciente

Teléfono móvil

Relación: Madre Padre Madrastra Padrastro Padre de crianza Abuelo Tía/Tío Hermano Otro (por favor especifique)

El contacto a continuación es: Padre con custodia Tutor legal Cuidador NA

Nombre del tutor:

Correo electrónico del tutor:

Teléfono de casa: el mismo que el del paciente

Teléfono móvil

Relación: Madre Padre Madrastra Padrastro Padre de crianza Abuelo Tía/Tío Hermano Otro (por favor especifique)

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:

Teléfono de casa:

Teléfono móvil:

Relación: Cónyuge Padre Niño Hermano Amigo Primo Guardián Otro

PARIENTE MÁS CERCANO

Nombre:

Teléfono:

Relación: Cónyuge Padre Hijo Hermano Amigo Primo Otro

DEMOGRAFÍA

Idioma principal: Inglés Español Otro (especificar)

Raza (marque todas las que correspondan): Blanco Negro/Afroamericano Indio americano / Alaska Nativo asiático Nativo hawaiano Otros isleños del Pacífico Negarse a responder

Etnicidad: Hispano/Latino Estado civil no hispano/latino : Casado Soltero Divorciado Pareja viuda separada

PCP:

Número de teléfono del PCP :

Machine Translated by Google

MISSOURI Highlands HEALTH CARE

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

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

Trabajo agrícola migratorio actual o en los últimos 2 años y se mudó de casa para este trabajo Trabajador agrícola temporero actual o en los últimos 2 años pero HIZO NO moverse de casa para aplicar a este trabajo

Ex trabajador agrícola migratorio (anciano o discapacitado) dejó de trabajar debido a la edad o discapacidad Ninguna de las anteriores

Empleo: Empleador_____ Puesto_____ Teléfono del trabajo_____

Estado laboral: ☐ Jornada completa ☐ Tiempo parcial ☐ Desempleados ☐ Jubilado ☐ Alumno

Tamaño del hogar y rango de ingresos anuales: Verifique el tamaño del hogar y LUEGO encierre en un círculo el rango de ingresos anuales en la línea junto al tamaño del hogar que haya seleccionado.

Familiar Tamaño		Rango de ingresos anuales				
	1	$0-15,650	$15,651-20,815	$20,816-25,979	$25,980-31,300	$31,301 +
	2	$0-21,150	$21,151-28,130	$28,131-35,109	$35,110-42,300	$42,301 +
	3	$0-26,650	$26,651-35,445	$35,446-44,239	$44,240-53,300	$53,301 +
	4	$0-32,150	$32,151-42,760	$42,761-53,369	$53,370-64,300	$64,301 +
	5	$0-37,650	$37,651-50,075	$50,076-62,499	$62,500-75,300	$75,301 +
	6	$0-43,150	$43,151-57,390	$57,391-71,629	$71,630-86,300	$86,301 +
	7	$0-48,650	$48,651-64,705	$64,706-80,759	$80,760-97,300	$97,301 +
	8	$0-54,150	$54,151-72,020	$72,021-89,889	$89,890-108,300	$108,301 +

Estado de la vivienda: No soy persona sin hogar Me quedo con otras personas temporalmente Refugio para personas sin hogar Vivienda pública (residencia para personas mayores / HUD)

Calle (Vivir al aire libre, en un coche, refugio improvisado) Transitorio (sin vivienda permanente/de un lugar a otro) Otros (Hoteles/Moteles)

Trabajador agrícola: Migrante Temporal Prefiero no responder ¿Veterano? Sí No Prefiero no responder

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

Relación del garante con el paciente: Paciente / Yo Hijo Cónyuge Otro (especificar)

Nombre completo del garante:	Fecha de nacimiento del garante:
Dirección postal del garante: La misma que la del 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)

Parentesco con el asegurado: Paciente / Yo Hijo Cónyuge Otro (especificar)

ID de miembro / Número de póliza:	Grupo #:

Machine Translated by Google

MISSOURI Highlands HEALTH CARE

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

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 constituye una violación de la confidencialidad médico-paciente que cualquier miembro de mi equipo de atención médica comparta mi información médica con cualquier persona sin mi consentimiento expreso por escrito. Al firmar este formulario, autorizo a Missouri Highlands Health Care a compartir mi información médica con las personas que se indican a continuación.

Reconozco que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), puedo limitar la cantidad de información que autorizo a divulgar. Es mi deseo expreso que se divulgue TODA la información médica. Si tengo alguna información que no deseo divulgar, la enumeraré a continuación:

_____

Persona(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 CARE

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

Autorización y divulgación: Autorizo a Missouri Highlands Health Care a divulgar cualquier información, incluyendo 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 por cualquier beneficio de seguro que de otra manera me correspondería. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos de la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios proporcionados en mi nombre o en 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 deben pagarse 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 del/los procedimiento(s) involucrado(s).

SureScripts: Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información médica sobre mi atención y tratamiento se divulgue según lo establecido en este formulario. De conformidad con la Ley del Estado de Missouri y la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE utiliza Surescripts, Inc., un sistema de prescripción que permite obtener recetas y Información relacionada que se intercambiará entre mi equipo de atención médica y la farmacia. La información enviada entre estos sistemas puede incluir detalles de todas las recetas. Medicamentos que estoy tomando actualmente o he tomado en el pasado. Esta información será utilizada por BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC., con nombre comercial MISSOURI HIGHLANDS. CUIDADO DE LA SALUD.
2. Esta autorización puede incluir la divulgación de información de prescripción relacionada con el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental y/o información confidencial relacionada con el VIH. información de SureScripts, Inc. a BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE.
3. Tengo el derecho de 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 con base en esta autorización.
4. 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. divulgación.
5. La información divulgada bajo esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario, y esta divulgación podría ya no estar protegida por la ley estatal o federal.
6. Esta autorización vence un año a partir de la fecha de mi firma a continuación.
7. 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 CUALQUIER PERSONA QUE NO SEA AQUELLA PERMITIDA 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 tome fotografías mías o de mi dependiente. Dichas fotografías se utilizarán para los registros médicos y para ayudar a evitar el robo de identidad. Todas las fotografías son estrictamente privadas y la identidad del paciente no se revelará a nadie fuera de Missouri Highlands Health Care, a menos que así lo exijan las autoridades.

Acerca de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad: Nos comprometemos a proteger su información médica personal conforme a la ley. La ley nos exige proporcionarle una copia de este aviso y obtener su acuse de recibo por escrito. Si decide 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 dicha información una vez que salga de nuestro servidor.

Recaudación de fondos : A menos que nos solicite lo contrario, utilizaremos su nombre y dirección para apoyar nuestras iniciativas de recaudación de fondos. Si no desea participar en ellas, Por favor marque la siguiente casilla:

Por favor, no utilice mi información para fines de recaudación de fondos.

Marketing : a menos que nos solicite no hacerlo, utilizaremos su nombre y dirección para actividades de marketing, para brindarle información sobre los servicios disponibles en nuestro Si no desea recibir comunicaciones de marketing de nuestro consultorio, marque la siguiente casilla:

Por favor, no utilice mi información para fines de marketing.

Machine Translated by Google

MISSOURI Highlands HEALTH CARE

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

Nombre del paciente (por favor, escriba en letra de imprenta): _____

Nombre del representante/tutor (si corresponde): _____

_____ _____

Firma del paciente/representante del paciente Fecha

_____ _____

Firma del testigo de MHHC Fecha