



Elevated Community Health

REGISTRO DEL PACIENTE

Apellido del paciente:		Primer Nombre		Inicial del segundo nombre:		Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA		Sexo al nacer: M F		¿Es usted un veterano? S N	
Correo electrónico:				Número de Seguro Social:		¿Está sin hogar actualmente? Sí No					
Dirección postal:				Apto/Unidad#:		Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Dirección física:				Apto/Unidad#:		Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Por favor, indique dónde podemos dejar un mensaje de voz detallado:											
☐ Teléfono móvil: ☐ Teléfono de casa: ☐ Teléfono del trabajo:											
SEGURO, MEDICARE, MEDICAID, CHP+											
		Seguro Primario Medico/Salud Mental		Seguro Secundario Médico/Salud Mental		Dental					
Nombre del Seguro											
ID #											
Grupo #											
Nombre del titular de la póliza si es diferente del paciente:										☐ No tengo seguro médico	
Farmacia de preferencia		Situación laboral		Padre/Tutor legal responsable de menores de 18 años							
Nombre de la farmacia:		☐ Empleado ☐ Desempleado		Nombre impreso del padre/tutor legal:							
Dirección:		☐ Alumno ☐ Niño		Fecha de nacimiento:							
		☐ Temporal ☐ Jubilado		Dirección si es diferente a la del paciente:							
Número de teléfono:		☐ Trabajador agrícola migratorio/estacional		Relación con el paciente:							
INGRESOS DEL HOGAR/TAMAÑO DE LA FAMILIA											
Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Pareja ☐ Divorciado ☐ Viudo											
Elevated Community Health se dedica a garantizar que usted tenga acceso a una atención excepcional, integral y centrada en el paciente. Como organización sin fines de lucro, recibimos fondos de fuentes locales, estatales y federales, y estamos obligados a recopilar información financiera para seguir recibiendo estos fondos.											
Por favor indique los ingresos brutos estimados del hogar (antes de impuestos).											
Semanal: \$ Mensual: \$ Anual: \$											
Número de dependientes financieros que viven en su hogar:											
POR FAVOR, MARQUE CON UN CÍRCULO											
RAZA (MARQUE UNO)		IDIOMA PRINCIPAL (MARQUE UNO)				ORIGEN ÉTNICO (MARQUE UNO)					
INDIO ASIÁTICO		LENGUAJE DE SEÑAS AMERICANO				MEXICANO					
CHINO	FILIPINO	INGLÉS				AMERICANO, CHICANO					
JAPONÉS	COREANO										
VIETNAMITA	OTROS ASIÁTICOS	FRANCÉS				PUERTORRIQUEÑO					
NATIVO HAWAIANO	OTROS ISLEÑOS DEL PACÍFICO										
GUAMANINA O CHAMORRO	SAMOANO	ESPAÑOL				CUBANO					
NEGRO/AFROAMERICANO		OTRO:				OTRO ORIGEN HISPANO, LATINO/A U ORIGEN ESPAÑOL					
INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA											
BLANCO		ELIGE NO DIVULGAR				NO ES DE ORIGEN HISPANO, LATINO O ESPAÑOL					
MÁS DE UNA RAZA											
ELIGE NO DIVULGAR						ELIGE NO DIVULGAR					
EN CASO DE EMERGENCIA											
NOMBRE COMPLETO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:											
RELACIÓN CON EL PACIENTE:											
NÚMERO DE TELÉFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:											
¿ESTA PERSONA SABE QUE USTED ESTÁ RECIBIENDO SERVICIOS EN ELEVATED COMMUNITY HEALTH? ☐ SÍ ☐ NO											

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE (CONTINUACIÓN) (Página 2)

Apellido del paciente:

Primer nombre:

Fecha de nacimiento:

CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS

Nos encantaría saber cómo se enteró de nosotros.

☐ De palabra ☐ Paciente actual ☐ Redes sociales ☐ Condado ☐ Otro: _____

CONSENTIMIENTOS

Para establecer atención con Elevated Community Health (ECH), revise y firme a continuación.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Doy mi consentimiento voluntario para recibir atención primaria en persona o por telesalud, tratamiento dental o de salud conductual, pruebas diagnósticas, exámenes, administración de medicamentos y otros servicios de atención médica médicamente necesarios ordenados por proveedores médicos, dentales o de salud conductual que participan en mi atención. Entre los profesionales de la salud incluyen médicos, farmacéuticos clínicos, enfermeros especializados, asistentes médicos, enfermeros, educadores de salud y tecnólogos médicos. Los proveedores dentales incluyen higienistas y asistentes dentales. Los proveedores de salud conductual incluyen psicólogos con licencia, trabajadores sociales, consejeros y psicoterapeutas registrados. También doy mi consentimiento para el tratamiento por parte de profesionales de la salud en capacitación bajo la supervisión de un profesional de la salud con licencia. Entiendo que ECH me empodera y me alienta a hacer preguntas sobre mi atención y que tengo derecho a rechazar el tratamiento en cualquier momento.

- **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE** Entiendo mis derechos y responsabilidades como paciente de ECH.
- **ACUERDO FINANCIERO PARA LA FACTURACIÓN DEL PACIENTE** Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos por los servicios prestados por este consultorio, incluyendo aquellos no cubiertos o reembolsados por mi compañía de seguros. Es mi responsabilidad proporcionar información precisa y actualizada del seguro y notificar al consultorio sobre cualquier cambio. Acepto pagar cualquier copago, deducible o servicio no cubierto al momento del servicio o al recibir un estado de cuenta. En caso de que mi cuenta se vuelva morosa, entiendo que se pueden agregar cargos adicionales, incluyendo costos de cobro, a mi saldo. Autorizo la divulgación de información médica necesaria para incluir el trastorno por uso de sustancias (SUD) a mi compañía de seguros con el propósito de procesar reclamos. **Además, mi firma a continuación autoriza y ordena a mi compañía de seguros, incluyendo Medicaid, CHP+, Medicare, Plan Medicare Advantage y cualquier otro plan de salud, a emitir el pago a ECH por los servicios prestados.**
- **POLÍTICA DE AUSENCIA** Para brindar el mejor servicio a todos nuestros pacientes, queremos enfatizar la importancia de cumplir con sus citas programadas y llegar puntualmente. Si no podrá llegar puntualmente a una cita programada, comuníquese con nosotros lo antes posible o al menos 24 horas antes. Esto nos permite ofrecer su cita original a otro paciente que la necesite. Después de la segunda inasistencia en un período de 6 meses, ya no podrá programar citas con anticipación y solo podrá acceder a la atención en persona, sin cita previa. Después de la primera cita para el mismo día, podrá programar citas regulares en el futuro.
- **AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN**
 - ✓ AUTORIZO a ECH a contactarme por teléfono, correo electrónico, mensaje de texto SMS, portal del paciente (MyChart) o a otros proveedores para mi atención. Entiendo que mi operador de telefonía celular podría aplicar cargos. **Si decido no recibir más mensajes de texto, puedo cancelar la suscripción contactando a ECH.**
 - ✓ ENTIENDO los riesgos del uso del correo electrónico y acepto que los mensajes de correo electrónico pueden incluir información médica protegida sobre mí o sobre el paciente en este registro. Entiendo que el correo electrónico no debe utilizarse para situaciones urgentes o de emergencia.

ENTIENDO que la protección y privacidad de los pacientes, el personal y los visitantes son de suma importancia para ECH y que ECH prohíbe el uso de grabaciones de audio o video dentro de cualquier ubicación de Elevated Community Health.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (HIPAA)

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad y entiendo cómo se puede usar y divulgar mi información y cómo puedo obtener acceso a esta información.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

CERTIFICO QUE ESTOY LEGALMENTE AUTORIZADO A DAR SU CONSENTIMIENTO a servicios médicos, dentales, de salud mental y/u otros servicios de atención médica para el menor mencionado anteriormente. Entiendo que, según la ley de Colorado (CRS §§ 13-22-102, 13-22-103, 12-245-203.5, 27-65-103), esta autoridad puede recaer en uno de los padres, tutor legal, cuidador legal autorizado o, en algunos casos, en el propio menor.

ESCALA DE TARIFAS VARIABLES

Entiendo que Elevated Community Health (ECH) atiende a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Entiendo que ECH es un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC) que ofrece servicios médicos, dentales y de salud conductual con descuento, con un sistema de tarifas variables. Los requisitos se basan en los ingresos familiares, el tamaño de la familia y el nivel federal de pobreza. Entiendo que puedo solicitar la cobertura en cualquier momento.

FIRMA DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Reconozco y doy mi consentimiento a todos los términos y condiciones descritos en este formulario, certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera, precisa y completa según mi leal saber y entender, y entiendo que proporcionar información incorrecta o falsa puede resultar en la terminación de los servicios. **Al firmar a continuación, reconozco haber recibido las políticas enumeradas anteriormente y confirmo que, a la fecha de hoy no tengo más preguntas.**

NOMBRE IMPRESO: _____
Paciente/Tutor legal

FIRMA: _____
Paciente/Tutor legal

FECHA: _____

Persona que completa este formulario si es otra que el paciente Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Solo para uso oficial

Identificación del paciente, _____