



Formulario de registro de nuevo paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ ☐ Hombre ☐ Mujer
Dirección postal: _____ Dirección de correo electrónico: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____ SSN: _____
Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____
Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo Ocupación: _____
Compañía de seguros: _____ ID de grupo: _____ ID de miembro: _____
Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____

Para cumplir con los requisitos de asistencia financiera, complete lo siguiente:

¿Cuál es su raza? (Marque la casilla que corresponda) ☐ Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico ☐ Asiático negro o afroamericano ☐ ☐ blanco ☐ o nativo de Alaska ☐ Prefiero no denunciar	Cuál es tu etnia? (Marque la casilla que corresponda) ☐ hispano o latino ☐ No Hispano o Latino ☐ Prefiero no denunciar
¿Es usted un veterano estadounidense? ☐ sí ☐ No ¿Es usted un trabajador agrícola? ☐ sí ☐ No En caso afirmativo: ☐ migrante o ☐ estacional	¿Vive usted en vivienda pública? ☐ sí ☐ No ¿Estás sin hogar? ☐ sí ☐ No En caso afirmativo, marque la descripción correspondiente. ☐ Refugio ☐ Transicional ☐ Doblando ☐ Calle
¿Cuál es tu orientación sexual? ☐ Heterosexual ☐ Gay ☐ Lesbiana ☐ Bisexual ☐ Otro ☐ Desconocido ☐ Negarse a contestar	¿Cuál es tu identidad de género? ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Transgénero (FTM) ☐ Mujer transgénero (MTF) ☐ Desconocido ☐ Ni exclusivamente masculino ni femenino ☐ Otros ☐ Negarse a contestar
Número de personas que viven en su hogar: _____	Ingresos del hogar: : ☐ \$0-\$25,000 ☐ \$25,000-\$50,000 ☐ \$50,000-\$75,000 ☐ \$75,000-\$100,000 ☐ >\$100,000



Formulario de registro de nuevo paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Método de comunicación preferido: ☐ Llamada ☐ de texto. ☐ Portal del paciente ☐ Correo en persona ☐

Idioma médico hablado preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

¿Necesita servicios de traducción? ☐ Sí ☐ No ☐ Idioma: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Nombre del cuidador: _____ Teléfono: _____

CESIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo a Healthy Family Services of Texas a solicitar beneficios en mi nombre para los servicios cubiertos. Solicito que el pago de mi compañía de seguros se realice directamente a Healthy Family Services of Texas. Certifico que la información que he reportado sobre mi cobertura de seguro es correcta. Entiendo que soy responsable del pago de todos los servicios médicos prestados. Cualquier cheque u otra forma de pago que me envíe mi compañía de seguros se enviará a Healthy Family Services of Texas para que se aplique a mi cuenta, en caso de que exista un saldo. Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

_____ Iniciales del paciente/padre o tutor legal

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Doy mi consentimiento voluntariamente para recibir servicios médicos y de atención médica proporcionados por médicos, asistentes médicos, enfermeras practicantes, empleados y proveedores de atención médica asociados de Health Family Services of Texas, según mi médico lo considere necesario. Entiendo que dichos servicios pueden incluir procedimientos de diagnóstico, exámenes y tratamientos. Entiendo que Healthy Family Services of Texas es un sitio de enseñanza y puede tener residentes y estudiantes involucrados en mi atención. Reconozco que no se me ha otorgado ninguna garantía en cuanto al resultado o curación. Entiendo que este consentimiento para el tratamiento será válido y permanecerá vigente mientras asista o reciba servicios de Healthy Family Services of Texas, a menos que lo revoque por escrito con dicha notificación escrita proporcionada a cada clínica a la que asisto o de la cual recibo servicios.

_____ Iniciales del paciente/padre o tutor legal

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER HISTORIAL DE RECETA

Autorizo a Healthy Family Services of Texas y sus proveedores afiliados a recuperar electrónicamente mi historial de recetas externas. Entiendo que mis proveedores y mi personal pueden ver el historial de recetas de muchos otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios farmacéuticos aquí, y que puede incluir recetas en el tiempo durante varios años.

_____ Iniciales del paciente/padre o tutor legal

AVISO DE POLÍTICA DE PAGO

He recibido y acepto cumplir con la Política de Pago. Se proporcionará una copia escrita a pedido.

_____ Iniciales del paciente/padre o tutor legal



Formulario de registro de nuevo paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES

Autorizo a Healthy Family Services of Texas y sus afiliados a comunicarse conmigo mediante llamadas automáticas, mensajes pregrabados y/o mensajes de voz o de texto relacionados con mi atención médica. Esto puede incluir recordatorios de citas por mensaje de texto y notificaciones relacionadas con la clínica, como disponibilidad o cierres de la vacuna contra la gripe. Entiendo que se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos y que los mensajes serán recurrentes. También reconozco y acepto que estos mensajes de texto pueden contener información médica protegida (PHI). Los mensajes de texto no son un método seguro de comunicación y conllevan cierto riesgo de ser leídos por un tercero. Puedo revocar o retirar mi consentimiento en cualquier momento. Dicha retirada del consentimiento deberá realizarse por escrito.

_____ Iniciales del paciente/padre o tutor legal

CONSENTIMIENTO PARA GRABACIÓN DE FOTOGRAFÍA, VIDEO Y AUDIO

Doy mi consentimiento para que Healthy Family Services of Texas tome mi imagen para usarla en tratamientos, pagos o para operaciones de atención médica. Entiendo que mi imagen, incluidas fotografías y grabaciones de audio/video, tendrá el propósito de ayudar en mi atención, pago u operaciones de atención médica, incluidas iniciativas de calidad. Entiendo que Healthy Services of Texas será el propietario de estas imágenes. Se pueden proporcionar copias de ellos previa solicitud. Puedo revocar o retirar este consentimiento en cualquier momento. Dicha retirada del consentimiento deberá realizarse por escrito. La retirada del consentimiento no afecta ninguna información anterior a la notificación de retirada por escrito.

_____ Iniciales del paciente/padre o tutor legal

SERVICIOS DE TELEMEDICINA/TELESALUD

Doy mi consentimiento para el uso de servicios de telemedicina/telesalud según lo indicado en la Política de telemedicina/telesalud de Healthy Family Services of Texas. Se proporcionará una copia escrita a pedido.

_____ Iniciales del paciente/padre o tutor legal

CONSENTIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Doy mi consentimiento a los términos establecidos en las Políticas de prácticas de privacidad de Healthy Family Services of Texas. Se proporcionará una copia escrita a pedido.

_____ Iniciales del paciente/padre o tutor legal

Atención de emergencia o urgencia fuera del horario laboral

Entiendo que el horario de atención habitual de HFST es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, excepto los días festivos principales y las reuniones de personal. Si necesito asistencia médica urgente fuera del horario laboral, puedo llamar al 972-970-9450 para comunicarme con el profesional de guardia.

_____ Iniciales del paciente/padre o tutor legal

Firma del paciente o padre/tutor legal

Fecha