



# 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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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

<p><b>¿Cuál es su raza?</b> (Marque la casilla que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático negro o afroamericano <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> o nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no denunciar</p>	<p><b>Cuál es tu etnia?</b> (Marque la casilla que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> hispano o latino</p> <p><input type="checkbox"/> No Hispano o Latino</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no denunciar</p>
<p><b>¿Es usted un veterano estadounidense?</b> <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>¿Es usted un trabajador agrícola?</b> <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo: <input type="checkbox"/> migrante o <input type="checkbox"/> estacional</p>	<p><b>¿Vive usted en vivienda pública?</b> <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>¿Estás sin hogar?</b> <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, marque la descripción correspondiente.</p> <p><input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Doblando <input type="checkbox"/> Calle</p>
<p><b>¿Cuál es tu orientación sexual?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido</p> <p><input type="checkbox"/> Negarse a contestar</p>	<p><b>¿Cuál es tu identidad de género?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hombre Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero (FTM)</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer transgénero (MTF) <input type="checkbox"/> Desconocido</p> <p><input type="checkbox"/> Ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Otros</p> <p><input type="checkbox"/> Negarse a contestar</p>



## Formulario de registro de nuevo paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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



# 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

## 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

## 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

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha