

FOR INTERNAL USE ONLY
Insurance Cards Received
Date: _____

REGISTRACIÓN DEL PACIENTE NUEVO

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección: _____ Dirección Física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Ciudad de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Otros Nombre(s): _____

Número de Teléfono: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Empleo/Nombre de la Escuela _____ Tiempo Parcial _____ Tiempo Completo _____

Es Usted Veterano? Si No Estado Civil: S C D V

Nombre del Esposo(a): _____ Número del Trabajo del Esposo(a): _____

INFORMACIÓN REPRESENTATIVA AUTORIZADA (Quién es responsable por el pago de los servicios?).

Por favor tenga en cuenta que la persona responsable recibirá una lista detallada de los servicios prestados durante su visita.

Mismo Esposo(a) Pariente Otro (especifique la relación) _____

Nombre del Representante Autorizado: _____

Dirección de la Persona Autorizada (PO Box, Calle, Ruta): _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ # Seguro Social _____

Nombre del Empleo: _____ Teléfono de Empleo: _____

Dirección del Empleo: _____

SEGURO MÉDICO E INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

¿Tiene actualmente seguro médico? Si No

Nombre del Seguro Médico: _____

¿Qué farmacia utiliza actualmente? _____

Ciudad de la Farmacia: _____

SERVICIOS DE INTERPRETE

¿Necesita servicios de interpretación? Sí No

De ser así, Que idioma? _____

¿Tiene algún problema de comunicación del que tengamos conocimiento, como pérdida de audición o discapacidad visual?

Sí, por favor especifique: _____

No

La siguiente información es requerida por el Gobierno Federal a fin de supervisar el cumplimiento con las leyes federales que prohíben la discriminación contra los solicitantes para participar en este programa. Usted no está obligado a proporcionar esta información, pero se les alienta a hacerlo. Esta información no se utilizará en la evaluación de su aplicación o para discriminar contra usted de ninguna manera. Sin embargo, si usted elige no proporcionar, estamos obligados a observar la raza, etnia y sexo de los solicitantes sobre la base de observación visual o apellido.

RAZA/ORIGEN ÉTNICO (Marque todas las que aplican)

Blanco Indio Americano Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano
 Nativo Hawaiano ó otro Pacífico Isleño Desconoce ó se Niega a Informarlo

¿Te consideras? (Por favor marque uno)

Hispano/Latino No-Hispano/Latino

SEXO AL NACER (Por favor marque uno)

Masculino Femenino

*Mientras que Horizon reconoce un número de géneros, muchas compañías de seguros y entidades legales, lamentablemente no.

HORIZON SE PERCATA DE QUE CADA PACIENTE TIENE UN CONJUNTO ÚNICO DE NECESIDADES DE SALUD. CREEMOS QUE ES MÁS IMPORTANTE RESPETAR LA ELECCIÓN DE UN INDIVIDUO ACERCA DE CÓMO IDENTIFICAR. ESTAS SON PREGUNTAS DE TODOS NUESTROS PACIENTES Y LA MAYORÍA SON TOTALMENTE VOLUNTARIA.

¿ CUÁL ES TU ORIENTACIÓN SEXUAL? (Por favor marque uno)

Recto (no lesbiana ó gay) Bisexual Lesbiana ó Gay Otro No sé

Deseo no revelar

¿CUÁL ES SU IDENTIDAD DE GÉNERO ACTUAL? (Por favor marque uno)

Masculino Femenino Transexual hombre/mujer a hombre Otro Deseo no revelar

INGRESOS DEL HOGAR

Horizon Health Care es un centro de salud calificado federalmente, lo que significa que recibimos fondos de subvenciones federales que nos permiten proporcionar tarifas con descuento a los pacientes que califican según el tamaño de su hogar y sus ingresos. Estamos obligados a recopilar información sobre los ingresos de los pacientes que atendemos. Respetamos que esta información es personal y confidencial.

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____
 ¿Cuál es su ingreso familiar anual total? _____

Si su ingreso es menor que el ingreso identificado a la derecha para el tamaño de su hogar, consulte nuestro programa de escala de descuento.

Tamaño del Hogar	Total Anual Igual o Mayor que
1	\$25,520
2	\$34,480
3	\$43,440
4	\$52,400
5	\$61,360
6	\$70,320
7	\$79,280
8	\$88,240
9	\$97,200
10	\$106,160

PORTAL DEL PACIENTE DE HORIZON HEALTH CARE – MI HORIZON GRÁFICO

Horizon Health Care, Inc se complace en ofrecer mi Horizon Gráfico - una forma fácil, segura y cómoda de acceder a sus registros médicos 24/7. Mi horizon gráfico le permite comunicarse con el equipo de atención en línea, cuando es conveniente para usted. Comunicación enviada a través de mi horizon gráfico no sustituye ninguna de las otras maneras en que usted puede comunicarse con su proveedor - es una opción adicional y no como un reemplazo!.

El equipo de cuidado de horizon completará el proceso de registro para usted mientras usted está en la clínica; Usted recibirá un correo electrónico que contiene su nombre de usuario, contraseña temporal y un enlace a mi horizon gráfico.

SI, Doy permiso a Horizon Health Care, Inc. establecer una cuenta en mi Horizon gráfico.

Correo Electrónico: _____

NO, Estoy interesado en Mi Horizon Gráfico en éste momento.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

- Horizon Health Care, Inc. (Horizon) se dedica a brindar atención primaria, servicios dentales, de salud mental y adicciones a pacientes de toda nuestra red. Debido a que los problemas físicos y emocionales a menudo van de la mano, creemos que la mejor atención se brinda cuando los proveedores de atención médica trabajan juntos. Los pacientes de Horizon pueden ser referidos a proveedores de otras especialidades de atención médica dentro de la red de Horizon; los miembros del equipo compartirán información de salud entre sí según sea clínicamente necesario.
- El personal profesional de Horizon dependerá de las declaraciones realizadas por el paciente, el historial médico del paciente y otra información para evaluar su condición y decidir el mejor tratamiento. En el tratamiento de pacientes, pueden justificarse estudios que incluyan radiografías, laboratorios, pruebas de laboratorio, electrocardiogramas o pruebas psicológicas. Le recomendamos que haga preguntas sobre los beneficios y riesgos del tratamiento con su equipo de atención médica.
- Algunos servicios en Horizon pueden involucrar el uso de equipos de telemedicina y la interacción con proveedores que no están físicamente en el sitio. Estas sesiones se transmiten a través de líneas seguras y dedicadas de alta velocidad y no se graban en video, no se puede acceder a través de Internet ni se guardan de ninguna manera.
- Los procedimientos pueden ser recomendados por su proveedor de atención médica como parte de su tratamiento. Entiendo que me informarán las razones del tratamiento / procedimiento (s), los beneficios o riesgos con él y otras opciones de tratamiento. Además, entiendo que existen riesgos asociados con procedimientos simples y comunes y que el proveedor de atención médica no puede garantizar el éxito.
- Entiendo que si tengo un seguro médico / dental, todos los servicios prestados se me cobran directamente y que soy personalmente responsable del pago de todos los servicios, estén o no cubiertos por el seguro. Esta oficina ayudará a preparar mis formularios de seguro o ayudará a hacer cobros de las compañías de seguros y acreditará dichos cobros a mi cuenta.
- Por la presente autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Horizon por los servicios hasta que revoque dicha autorización. Por la presente autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. La información que he dado es correcta. Acepto que una fotocopia de este acuerdo será tan válida como la original. He leído las condiciones de tratamiento y pago anteriores y acepto su contenido.
- Entiendo que si no hago pagos aceptables en mi cuenta según lo definido por la política de Horizon Health Care, Inc. (Horizon), se me puede aplicar una restricción de programación hasta que mi saldo esté vigente o hasta que se hayan hecho los arreglos de pago.
- Entiendo que Horizon protegerá la confidencialidad de mi información de salud protegida y divulgará mi información protegida para los fines establecidos en el Aviso de prácticas de privacidad de Horizon y como he indicado en el "Formulario de comunicación preferido".

Solicito, acepto y consiento la evaluación y el tratamiento para mí y / o mi (s) hijo (s) o dependiente como se establece anteriormente, incluidos los estudios o procedimientos que el personal profesional de Horizon Health Care, Inc. determine que son necesarios o apropiados. He leído y entiendo las autorizaciones con respecto al pago de mi atención. Mi firma a continuación indica el consentimiento a las declaraciones anteriores. Si firmo como padre o tutor, declaro y garantizo que estoy legalmente facultado y tengo derecho a tomar tales decisiones.

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

FORMA DE COMUNICACIÓN PREFERIDA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

MÉTODOS DE COMUNICACIÓN PREFERIDOS

¿Cómo quisiera usted recibir la información de nuestra práctica? (Marque todas las que aplican)

- Llamada telefónica
- Teléfono Celular: _____
- Teléfono de la Casa: _____
- Teléfono del Trabajo: _____ ¿Durante que horas? _____
- Mensaje de Texto
- Recordatorio por correo
- Mensaje por el portal del paciente

NOTA: Puede que necesitemos comunicarnos con usted por correo para ciertos propósitos. Si tiene requisitos especiales en relación con el correo, por favor hable con la recepcionista en relación con las comunicaciones confidenciales.

CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, Horizon se comunicará con la persona que se detalla a continuación para informarle sobre su ubicación y estado general.

Nombre: _____ Relación del Paciente: _____
Número de Telefono: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Número Celular: _____

CONTACTOS ADICIONALES

Algunos pacientes desean que un familiar o amigo cercano tenga acceso a su información de salud. Si desea que su contacto de emergencia u otra persona tenga acceso a su información de salud, complete la información a continuación con la información de contacto e indique qué información se puede compartir.

- Por favor, no hablar con nadie más que a mí.
- Doy mi permiso para hablar con el contacto de emergencia mencionado anteriormente.
- Doy mi permiso para hablar con:**

Nombre: _____ Relación: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Telefono: _____

** Por favor, indique a continuación lo que se puede hablar con el contacto. Esto se aplica a la ley/Confidencialidad HIPAA.

- Para recordarme de una cita ó prueba.
- Para dejar detalles sobre las fechas y/ó atención médicas.
- Para hablar de mis resultados de las pruebas, condición y/ó atenciones médicas.

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____ Fecha: ____/____/____

ACERCA DE NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud de conformidad con la ley.

El Aviso de prácticas de privacidad adjunto establece:

- Nuestras obligaciones bajo la ley con respecto a su información personal de salud.
- Cómo podemos usar y divulgar la información de salud que guardamos sobre usted.
- Sus derechos relacionados con su información personal de salud.
- Nuestro derecho a cambiar nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad.
- Cómo presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados..
- Las condiciones que se aplican a usos y divulgaciones no descritas en este Aviso..
- La persona a quien contactar para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad..

Estamos obligados por ley a darle una copia de este aviso y para obtener su reconocimiento por escrito que usted ha recibido una copia de este aviso.

AGRADECIMIENTO DEL RECIBO DEL PACIENTE

Yo, _____, Por la presente reconozco que he recibido una copia de la Notificación De las Prácticas de Privacidad de Horizon Health Care, Inc.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Firma del padre o representante autorizado del paciente (si corresponde): _____

Fecha: ____/____/____

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente: _____

HISTORIA DE LA SALUD DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

MEDICAMENTOS *(Por favor indique cualquier medicamento que esté tomando actualmente, recetados o sin receta)*

Medicamento	Dosis	Indicaciones	Frecuencia

ALERGIAS *(Por favor una lista de alergias que tienes a medicamentos o alimentos)*

Alergias	Reacción

HEALTH SCREENINGS

			Fecha:	Proveedor o Ubicación:
¿Alguna vez te has hecho una colonoscopia?	Si	No	_____	_____
¿Ha tenido un examen dental en el último año?	Si	No	_____	_____
¿Ha tenido un examen de la vista en el último año?	Si	No	_____	_____

Sólo para mujeres:

¿Ha tenido una prueba de Papanicolaou en los últimos tres a cinco años?	Si	No	_____	_____
¿Ha tenido una mamografía en los últimos dos años?	Si	No	_____	_____

CIRUGÍAS *(Por favor liste las cirugías que han tenido e incluir el mes/año.)*

Cirugías	Fecha Completado

OTROS PROVEEDORES *(Enumere cualquier otros proveedores para su cuidado, incluya su nombre y servicios).*

Nombre del Proveedor	Instalación

HISTORIA FAMILIAR Si USTED o un MIEMBRO DE LA FAMILIA ha tenido alguna de las siguientes, por favor circule S (sí) e indique a uno mismo o que miembro de la familia cuando sea aplicable.

ADD/ADHD	S	N	_____	Enfermedad del Corazón	S	N	_____
Anemia	S	N	_____	Enfermedad Renal	S	N	_____
Alergias/Fiebre Alta	S	N	_____	Enfermedad del Hígado	S	N	_____
Asthma	S	N	_____	Enfermedad Neurológica	S	N	_____
Artritis	S	N	_____	Osteoporosis	S	N	_____
Ansiedad/Depresión	S	N	_____	Enfermedad Respiratoria	S	N	_____
Coágulo de Sangre	S	N	_____	Enfermedad de la Piel	S	N	_____
Cancer	S	N	_____	Enfermedad del estómago/Colon	S	N	_____
Tipo(s): _____				Derrame Cerebral	S	N	_____
Diabetes	S	N	_____	Trastorno Convulsivo	S	N	_____
Fracturas	S	N	_____	Desorden de Tiroides	S	N	_____
Enfermedades Ginecológicas	S	N	_____	Enfermedades de Transmisión Sexual	S	N	_____
Presión Arterial Alta	S	N	_____	Enfermedad Mental	S	N	_____
Alto Colesterol	S	N	_____	Otros: _____	S	N	_____
¿Su Madre aún vive? S N				Edad actual (o la edad en el momento de la muerte): _____			
¿Su Padre aún vive? S N				Edad actual (o la edad en el momento de la muerte): _____			

HISTORIA SOCIAL

¿Cuál es su Ocupación? _____

Uso de Tabaco:
 ¿Usted Fuma? S N En caso afirmativo, ¿cuántos cigarrillos/cigarros por día? _____ ¿Por cuántos años? _____
 ¿Usted Mastica Tabaco? S N

Uso de Alcohol/Drogas:
 ¿Bebiste alcohol en el último año? S N ¿Con qué frecuencia usted bebe? _____ ¿Cuanto bebes? _____
 ¿Usas drogas ilegales? S N Si es así, ¿de qué tipo? _____ ¿Por cuanto tiempo? _____

Otros:
 ¿Está usted Sexualmente Activo? S N
 ¿Te sientes solo o aislado? S N
 ¿Le preocupa su seguridad o la seguridad de sus hijos? S N
 ¿Tiene usted un testamento en vida? S N
 ¿Naciste en los Estados Unidos? S N Si no, ¿en qué país nació usted? _____