

1. Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
2. Nombre: _____ Iniciales. _____
3. Dirección: _____
4. Apartamento _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____
5. Teléfono (Casa): _____ Celular: _____ Trabajo: _____
6. Correo electrónico: _____
7. Teléfono Preferido: _____ Método de Comunicación : Voz Texto Correo electrónico
8. Sexo: Femenino Masculino
9. Identidad de Genero:
 - Masculino Femenino Transgénero Masculino/Femenino a Masculino
 - Transgénero Femenino/Masculino a Femenino Otro _____ Escojo no revelar
10. Orientación Sexual:
 - Heterosexual Gay Lesbiana Bisexual Otro Decline
11. Usted se considera hispano? Sí No
12. Raza (Escoja una):
 - Asiático Nativa Hawaiana Otro Islas Del Pacifico Negro/Afro Americano
 - Americano de Origen/Nativo de Alaska Blanco Mas de una raza
13. En qué idioma se sirve mejor en:
 - Ingles Español Creole Lenguaje de señas Otro _____

Nombre de la Madre: _____ - -				
	Apellido	Nombre	Iniciales	SS de Madre
Puede el papá traer a Menor para una visita? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, llenar la información del padre)				
Nombre de Padre: _____ - -				
	Apellido	Nombre	Iniciales	SS de Padre
Puede la mama traer a Menor para una visita? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, llenar la información de la madre)				
Nombre del Tutor Legal: _____ - -				
(Si aplica)	Apellido	Nombre	Iniciales	SS del Tutor
Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Padre de Crianza <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ # de Teléfono: _____				

14. Estado de empleo de padres/guardián*:
 - Desempleado/a Empleado/a Empleado Independiente Discapacitado/a
 - Retirado/a Estudiante Medio Tiempo Estudiante Tiempo Completo
15. En los últimos dos años o antes de su jubilación o discapacidad, usted o cabeza de familia trabajaron en agricultura? Sí No
16. Como un centro de salud Federalmente Calificado se requiere pedir información de su ingresos mensuales (antes de impuestos): _____ Personas mantenidas con este ingreso?: _____
17. Farmacia Preferida: _____ Apellido de madre soltera? _____
18. De qué manera se enteró de TCCH? _____
19. Usted tiene seguro médico? Sí No
20. Si es así, que tipo de seguro médico?: _____ ID#: _____
21. Nombre de seguro médico secundario: _____ ID#: _____
22. Esta usted sin hogar**? Si No Si es así, marque uno: Refugio Vivienda de transición Duplex Calle Otro
23. Usted vive en la Sección 8 Vivienda Pública? Sí No
24. Eres veterano militar? Sí No

*Estado de Empleado: Empleado – usted se gana la vida sea trabajando a tiempo parcial o tiempo completo para otra persona, empresa u organización. Empleado por cuenta propia – usted se gana la vida trabajando desde su propia profesión y/o negocio y no gana comisión o sueldo de otro individuo.

Discapacitado – usted recibe pagos mensuales de parte del gobierno para discapacidad. Retirado –

usted se ha retirado de trabajar y recibe un cheque mensual del Seguro Social.

Estudiante de tiempo completo o parcial – está inscrito en una escuela acreditada en tiempo parcial (menos de 12 horas por créditos) o a tiempo completo (12 horas o más).

**Estado sin hogar:

Refugio – Usted vive en un refugio para personas sin hogar organizado.

Vivienda de transición – Usted reside en una pequeña unidad que ayuda a personas en transición, sin hogar a vivienda permanente. Duplicado – Usted está viviendo con otras personas en su casa y/o apartamento.

Calle – Usted vive al aire libre, en un coche, en un campamento, en una vivienda precaria/refugio o en otro lugar.

Otros – usted vive en una sola habitación de ocupación en un hotel o motel o cualquier otra vivienda pagando de día en día

AUTORIZACIONES Y DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN RECIBIDA

Iniciales

I. Autorización para tratamiento médico

Por este medio, yo como paciente, autorizo y doy mi permiso a TCHa que se haga cargo de mi tratamiento médico.

II. Autorización para tratamiento médico a un menor

Como padre/tutor legal de _____, los siguientes amigos o miembros de la familia pueden dar Consentimiento y Autorizar Tratamiento Médico.

Nombre	Relación	Numero de Telefono

III. Estudiantes

Yo entiendo que Treasure Coast Community Health, Inc. respalda la educación de profesionales médicos y cuenta con estudiantes que podrían asistir y colaborar con mi tratamiento.

IV. Aviso de Privacidad

Me han ofrecido y/o Eh recibido del Aviso de Privacidad el cual describe las formas en que la Práctica podría utilizar y divulgar mi información médica con el fin de llevar mi tratamiento, pago o el plan de atención médica. Yo entiendo que puedo comunicarme con el Representante Encargado de la Conformidad "Compliance Officer" en caso de tener alguna pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi permiso para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de la Privacidad de esta Práctica Médica.

V. Envié de la información

- La información médica puede ser enviada a cualquier persona o entidad responsable por el pago a nombre del paciente con el fin de verificar la cobertura, preguntas o para cualquier otro propósito relacionado con el pago.
 - Si estoy cubierto por Medicaid o Medicare, autorizo a que mi información médica sea enviada a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o transportistas para el pago de la reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. La información a enviar puede incluir, sin ningún tipo de limitación, el historial médico, examen físico, los expedientes de la sala de emergencia, resultados de laboratorios, tratamiento de alcoholismo y de abuso de drogas y el informe de alta.
 - Las Leyes Federales y Estatales podrían permitir que esta Oficina participe en organizaciones, con otros proveedores médicos, aseguradoras y/u otros participantes de la industria médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades puedan compartir entre ellos mi información médica para alcanzar los objetivos que incluyan pero que no estén limitados a; mejorar la precisión y disponibilidad de mi información médica; reducir el tiempo necesario para tener disponible la información; manejar y comparar mi información para propósitos de mejorar la calidad, y cualquier otro propósito que sea permitido por ley. Entiendo que esta Oficina puede ser miembro de una de estas organizaciones. Esta autorización específicamente incluye información concerniente a: condiciones psicológicas, psiquiátricas, incapacidad intelectual, información genética, dependencia a sustancias químicas y/o enfermedades infecciosas, incluyendo, pero no limitado a, enfermedades transmitidas por la sangre como el SIDA (AIDS) y el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV).
- Por este medio autorizo a esta organización, a los médicos u otros profesionales médicos que estén involucrados en mi tratamiento médico a proveer mi información médica para fines de tratamiento, pagos y/u otras operaciones de atención médica

VI. Divulgación de Información a Familiares y/o Amigos

Doy permiso para que se les provea mi información médica confidencial a los familiares y/o amigos que aparecen en el siguiente listado para propósitos de coordinar tratamiento médico, comunicar resultados, condiciones encontradas y decisiones:

Nombre	Relación	Numero de Telefono

**Usted tiene el derecho de revocar la persona a la cual nosotros le podemos proveer su información médico en cualquier momento. Por favor llene una nueva autorización.

X

Firma del Paciente/ Tutor Legal

Fecha

AUTORIZACIONES Y DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN RECIBIDA

Iniciales

VII. Autorización para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida.

- ¿Podemos llamar a su trabajo y dejarle un mensaje? Sí No
En caso afirmativo, ¿a qué número? _____
- Podemos llamar a su casa y dejar mensaje? Sí No
En caso afirmativo, ¿a qué número? _____
- Podemos dejarle un mensaje con información sobre su tratamiento o servicios
rendidos en su teléfono celular? Sí No
En caso afirmativo, ¿a qué número? _____

VIII. Treasure Coast Community Health, Inc. tiene un portal de pacientes que está disponible para todos los pacientes. Consentimiento para contratar para recordatorios de la cita y otras comunicaciones de atención médica.

Pacientes en nuestra práctica pueden ser contactados a través de nuestro portal paciente para recordarle de una cita, para obtener retroalimentación sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y para proporcionar recordatorios e información de salud en general. Puedes configurar tu portal de paciente en <https://tcch.portalforpatients.com>. La práctica le proporcionará un PIN para conectar tu cuenta de sus expedientes.

Doy mi consentimiento para recibir mensajes para: recordatorios de la cita, retroalimentación y salud general recordatorios e información en el portal del paciente. Entiendo que si en cualquier momento utilizo mi portal paciente inapropiadamente perderé mis derechos al portal paciente Treasure Coast Community Health, Inc.

IX. Póliza de Cancelación

Los pacientes que necesitan para cancelar o reprogramar una cita pueden hacerlo llamando TCCH al 772-257-8224. Cancelación de nombramiento requiere 24 horas de aviso.

X. Derechos del Paciente

Los Derechos del Paciente se exhiben en la sala de espera. Me han ofrecido y/o Eh recibido una copia de los Derechos.

XI. Pruebas de HIV, Hepatitis B & C

En el caso de que el personal de centro entra en contacto con los fluidos corporales de mi o mis hijos, doy mi consentimiento para ser la prueba del VIH, Hepatitis.

XII. Tienes un Directivas por Anticipado de Salud O un testamento vital?

Las Directivas por Anticipado son declaraciones legales que indican el tipo de tratamiento médico que desea o no desea una persona en el caso de no tener la capacidad de tomar decisiones, y al mismo tiempo autorizan a alguien para que tome esas decisiones por uno. Las Directivas por anticipado se redactan con anterioridad y frente a testigos antes de caer enfermo o con una lesión grave. De conformidad con la ley federal y estatal, este documento sirve como notificación de que el Treasure Coast Community Health's centers archiva sus Directivas por Anticipado por si se presentara una situación de emergencia en la que su vida se encuentre en peligro durante la visita a uno de nuestros Centros o durante su transferencia a otro lugar de tratamiento de nivel más alto. Al firmar este documento doy fe de que estoy de acuerdo y entiendo el contenido de esta notificación. Por favor marque debajo si es que tiene o no tiene una Directiva por Anticipado o si usted quiere recibir información sobre las Directivas por Anticipado:

- Yo tengo una Directiva por Anticipado**
- Yo no tengo una Directiva por Anticipado**
- Me gustaría recibir información sobre las Directivas por Anticipado.**

XIII. Yo reconozco que he recibido y leído la carta de bienvenida a dental.

XIV. Autorizo el pago directo A TCCH Y las entidad de TCCH por es tratamiento brindado Y entiendo que soy responsable por el pago. Final de los servicios Médicos independientemente de lo que cubra mi seguro médico.

X

Firma del Paciente/ Tutor Legal

Fecha