



REGISTRO DEL PACIENTE

Bienvenido al Centro de Salud Comunitario de New River Valley. Envíe las solicitudes completas por correo electrónico a Applications@chnrv.org. ¡Gracias por confiarnos el cuidado de su salud!

Ubicación de preferencia Christiansburg Dublin Pearisburg Centro de salud escolar
 Servicios Médico Dental Salud conductual Tratamiento por consumo de sustancias

Nombre del paciente Nombre de preferencia

Nombre Segundo Nombre Apellido

Si es menor de 18 años, nombre de los padres o tutores legales:

Nombre	Teléfono	Relación con el paciente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de nacimiento: Número de seguro social:

Dirección postal: Ciudad/Estado/Código postal:

Dirección: Ciudad/Estado/Código postal:

Teléfono Residencial: Teléfono móvil:

Dirección de correo electrónico:

Método de contacto de preferencia: Teléfono Residencial Teléfono móvil Mensaje de texto Correo electrónico

Como Centro de salud comunitario, tenemos la obligación de solicitar cierta información demográfica para garantizar que nuestros servicios disponibles satisfagan las necesidades de nuestra comunidad. La información demográfica se protegerá como parte de su información médica protegida.

Si es padre/tutor: complete esta sección basándose en la información del paciente y no en usted mismo.

Estado civil Soltera Divorciado Casado Viudo En pareja Legalmente separado

Situación laboral Tiempo complete Tiempo parcial Sin empleo Jubilado
 Otro Trabajador independiente En servicio militar Reservado para asignación nacional active

¿Es usted un trabajador agrícola migrante? Si No ¿Es usted un trabajador agrícola temporal? Si No

¿Actualmente no tienes hogar? Si No ¿Tiene vivienda pública? Si No

Used es: Ciudadano de los EE. UU Otro ¿Es usted veterano de los Estados Unidos? Si No

Raza Afroamericano/a Blanco Guameño o Chamorro India asiático Coreano
 Natico americano/ Natico de Alaska Isleño del Pacifico Samoano China Vietnamita
 Asiático Japones Filipino Elige no revelar

Origen étnico Hispano Mexicano, México Americano, Chicano Puertorriqueño Cubano Otro No Hispano Elige no revelar
 Orientación sexual Heterosexual (no lesbiana ni gay) Lesbiana/Gay Bisexual No sabe Otro Opta por no revelar

¿Cuál es su identidad de género de nacimiento? Masculino Femenino

¿Cuál es su identidad de género? Masculino Transgénero mujer a hombre/hombre trans No binario, ni exclusivamente masculino ni femenino
 Femenino Transgénero hombre a mujer/mujer trans Otro/Categoría adicional de genero
 Opta por no revelar

¿Cuál es su lengua materna? ¿Cuál es su ingreso familiar anual? ¿Cuántas personas viven en su hogar?

¿Necesita un intérprete? Si No

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Sin cobertura de seguro

Información sobre la compañía de seguros principal (medico)

Nombre de la aseguradora principal:

Numero de Suscriptor/Póliza/Medicaid:

Numero de grupo:

Número de teléfono del seguro:

Titular de la póliza

Nombre del titular de la póliza:

Relación con el paciente:

Fecha de nacimiento/Numero de seguro social del titular de la póliza:

Dirección del titular de la póliza:

Información sobre la compañía de seguros secundaria (dental)

Nombre de la aseguradora principal:

Numero de Suscriptor/Póliza/Medicaid:

Numero de grupo:

Número de teléfono del seguro:

Titular de la póliza

Nombre del titular de la póliza:

Relación con el paciente:

Fecha de nacimiento/Numero de seguro social del titular de la póliza:

Dirección del titular de la póliza:

HIPAA

Divulgación de información: Haga una lista de las personas con las que podamos conversar sobre sus afecciones médicas (información médica protegida) y sus citas. Esto excluye las afecciones de salud conductual y de abuso de sustancias (información de salud protegida confidencial); se deberá firmar una divulgación de información por separado para analizar esto con otras personas.

Nombre	Número de teléfono	Relación	¿Contacto de emergencia?

CONSENTIMIENTO PARA MENORES O ADULTOS CON TUTOR

Haga una lista de los adultos que puedan dar su consentimiento para que su hijo menor o adulto con tutor reciba atención médica, dental o de salud conductual en su ausencia:

Nombre	Número de teléfono	Relación

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Doy permiso para que el Centro brinde atención médica, de salud conductual o dental a mi hijo ya sea estando yo presente o no. Esto puede incluir el diagnóstico de rutina y el tratamiento médico que los proveedores que lo atienden u otros miembros del personal médico del Centro consideren necesarios. Los servicios podrían incluir el tratamiento de enfermedades o lesiones, incluidos los medicamentos de venta libre o las recetas necesarias, los exámenes de bienestar infantil, las vacunas apropiadas, las evaluaciones de salud conductual, las limpiezas dentales, las radiografías, los tratamientos con flúor, los selladores y los tratamientos dentales de restauración limitados. Se intentará notificar a los padres o tutores de la cita del menor para saber si desean asistir a la consulta. Si no es posible comunicarse, y se dispone de todos los consentimientos, el Centro continuará con la cita según sea necesario e intentará ponerse en contacto con los padres para ofrecerles información de seguimiento después de la cita, incluido el envío a domicilio de una copia del resumen de atención.

RECONOCIMIENTOS Y AUTORIZACIONES

Pulaski County Centro de salud escolar

AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD: Por la presente, autorizo al Programa Escolar de Community Health Center of the New River Valley a intercambiar registros de salud con el distrito escolar apropiado a fin de brindar atención y tratamiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA SUPERVISIÓN GENERAL O REMOTA: Entiendo que los registros de los servicios prestados por el higienista dental serán revisados por un dentista con licencia de Virginia que supervise al higienista en general. Entiendo que el tratamiento que recibo del higienista dental tiene un alcance limitado y que no reemplaza un examen dental regular ni un tratamiento por parte de un dentista con licencia. Entiendo que el higienista dental puede derivar a un dentista u otro especialista para un tratamiento adicional cuando una afección dental requiera más tratamiento del que el higienista dental puede brindar.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Autorizo a los empleados, los agentes y al personal del Centro a realizar el tratamiento y los exámenes médicos, incluidos los procedimientos de diagnóstico o las evaluaciones de salud conductual, que en opinión del médico del paciente puedan ser necesarios y, por la presente, doy mi consentimiento para ello. Soy consciente de que la anestesia local o el "adormecimiento" para procedimientos dentales presenta riesgos que incluyen, entre otros, hematoma, entumecimiento temporal o permanente o alteración de la sensación, rotura de la aguja que requiere recuperación y traumatismo autoinfligido de los tejidos blandos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL: Entiendo que mi proveedor trabaja con un equipo multidisciplinario y que colabora con trabajadores sociales, coordinadores de atención y administradores de casos, según corresponda, para garantizar que mis necesidades de atención médica se satisfagan de la manera más adecuada. Entiendo que mi equipo de atención integral analizará regularmente mi atención y que todos los miembros del equipo tienen acceso a mi información médica protegida (PHI), incluidos, entre otros, los diagnósticos de trastornos de salud conductual o consumo de sustancias y las notas de progreso.

CONSENTIMIENTO PARA LAS CONSULTAS VIRTUALES: Las consultas virtuales implican el uso de dispositivos electrónicos como una computadora, una tableta, un teléfono inteligente o un teléfono a fin de posibilitar la comunicación bidireccional entre el paciente y su proveedor en diferentes lugares con fines de diagnóstico, tratamiento, terapia, seguimiento o educación. Doy mi consentimiento para que mi proveedor médico, dental o de salud conductual lleve a cabo una cita de atención médica conmigo de manera virtual. Se me facturará por esta consulta de la misma manera que por las visitas al consultorio.

SIN GARANTÍA: Estoy al tanto de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y entiendo que no se ofrecen garantías en cuanto al resultado de los procedimientos, tratamientos o exámenes.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo al Centro a divulgar toda la información médica y de facturación del paciente a cualquier médico o entidad sanitaria relacionados con mi atención. Esta autorización incluye el tratamiento, la facturación, la garantía de calidad, los cobros, los litigios y a cualquier entidad que sea directa o indirectamente responsable del pago o de la revisión de los servicios prestados por el Centro.

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN: Facilitaré al Centro información completa y precisa para que los datos de facturación puedan presentarse adecuadamente. El Centro hará todo lo posible por presentar los reclamos a las compañías de seguros y por ofrecer declaraciones con prontitud.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean pagados o no por el seguro. El Centro no participa en todos los planes de seguro. El pago se debe efectuar en el momento del servicio. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible, copago y porcentaje aplicable de los cargos restantes.

CERTIFICACIÓN Y RECONOCIMIENTO: Certifico que toda la información anterior y toda la información suministrada por mí, como parte del proceso de registro, es correcta. También acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA) del Centro.

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN: Doy mi consentimiento para que me contacten por correo postal, mensaje de texto, correo electrónico o teléfono (incluido un número de teléfono celular) sobre cualquier asunto relacionado con mi cuenta

Al firmar a continuación, declaro que mis respuestas son correctas. Revisé los reconocimientos y las autorizaciones, y acepto cumplir con los requisitos tal y como están redactados. Revisé el Aviso de prácticas de privacidad. Mi firma supone el consentimiento y el reconocimiento de todas las responsabilidades y los derechos del paciente como se describe en este paquete de registro del paciente. Es mi responsabilidad como paciente ponerme en contacto con el consultorio del proveedor anterior para transferir los registros médicos. Puedo solicitar una copia de mis registros médicos en cualquier momento.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Nombre:

Fecha de nacimiento:

INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE TARIFAS DE DESCUENTO

El Centro ofrece un Programa de tarifas de descuento que reduce el costo de los tratamientos médicos, dentales, de salud conductual y por consumo de sustancias.

A continuación, haga una lista de los miembros de su familia:

Nombre	Ingresos mensuales (antes de impuestos)

Documente y brinde comprobantes de todos los ingresos percibidos. Dos recibos de sueldo, jubilación, seguro social, cartas de concesión, discapacidad, compensación del trabajador, desempleo, etc.

Si no tiene una fuente de ingresos o actualmente se encuentra sin hogar o desplazado, infórmenos lo antes posible. Podemos ayudar a reducir aún más los costos.

La información proporcionada es, a mi leal saber y entender, precisa y verdadera. Autorizo la divulgación de toda la información que el Centro pueda necesitar para determinar si califico para recibir asistencia financiera a través de su Programa de Tarifas de Descuento. Entiendo que este programa está activo durante 12 meses y debo informar al Centro de cualquier cambio en mi hogar (ingresos y tamaño) durante este período de 12 meses.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Asegúrese de enviar todos los documentos aplicables, incluida una identificación con fotografía, tarjetas de seguro y documentación de ingresos, si solicita la lista de tarifas con descuento.

COMO DEVOLVER LA DOCUMENTACION COMPLETA

1. Complete los trámites en nuestro sitio web www.chcnrv.org
2. Dejar o enviar por fax a cualquiera de nuestras ubicaciones:

Christiansburg 215 Roanoke St Fax: 540-260-3428 Dirección de correo electrónico: Applications@chcnrv.org	Dublin 5826 Ruebush Rd Fax: 540-307-5541 Dirección de correo electrónico: Applications@chcnrv.org
Pearisburg 219 S. Buchanan St Fax: 540-921-3503 Dirección de correo electrónico: Applications@chcnrv.org	Centro de salud escolar Consulta con tu escuela Fax: 540-518-0005 Dirección de correo electrónico: Applications@chcnrv.org