Machine Translated by Google

Clínicas de atención médica del suroeste de Georgia , Ca

Formulario de admisión del paciente

Como centro de salud calificado a nivel federal, LAL Southwest Georgia Healthcare Clinics (SGHC) debe recopilar información demográfica sobre los pacientes a los que atendemos.
La información que usted proporciona es confidencial. Marque No informado/Rechazado si no desea responder una pregunta específica. Gracias por elegir a SGHC como su proveedor de atención médica.

Información del paciente

PRIMERO: _____SEGUNDO:_____ÚLTIMO:_____

Fecha de nacimiento: _____Número de Seguro Social_____ Dirección postal: ____

Ciudad _____Estado_____ Apto.

Código postal_____

Teléfono:

Casa_____Celular/Alternativo_____Trabajo_____ Mejor número de teléfono para contacto: □ Casa □ Celular □ Trabajo □ No llamar □ Confidencial/Hablar solo conmigo Nombre del empleador: Dirección del

Dirección de correo electrónico: _____

empleador: _____

_____

_____

País de origen: _____

_____

Identidad de género:

Mujer □ Hombre □: Transgénero: Hombre/Mujer a Hombre □ Transgénero: Mujer/Hombre a Mujer □ otro □ Elige no revelar

_____

Indique quién es el jefe de hogar :

Primer apellido: _____ Relación con el paciente: _____

Género: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

SOLO PARA MENORES DE MENORES (si el paciente es menor de 18 años):

Padre/Tutor Legal del Menor: _____Fecha de Nacimiento:_____

DIRECCIÓN: _____

Relación con el menor: _____

Padre/Tutor Legal del Menor _____Fecha de Nacimiento _____

DIRECCIÓN: _____

Relación con el menor: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: (Para ser contactado sólo en caso de una emergencia) No □ Sí □

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

18 años o más: No □ Sí □

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

18 años o más: No □ Sí □

Farmacia preferida: _____Ciudad/Estado_____

Teléfono: _____

Machine Translated by Google

Clínicas de atención médica del suroeste de Georgia , Ca

Formulario de admisión del paciente

NOTA: Como centro de salud LAL calificado a nivel federal, la ley federal exige que SGHC recopile la siguiente información únicamente con fines estadísticos. Esto se informa anualmente sobre el total de pacientes. La información individual del paciente NO se reporta ni divulga. La recopilación de esta información también ayuda a SGHC a solicitar fondos de subvención adicionales para respaldar y ampliar sus servicios. Gracias por su cooperación.

Estado civil Soltero □ Casado □ Divorciado □ Viudo □

¿Eres un veterano? No □ Sí □ ¿Cuál es su idioma principal? _____ ¿ Fumador? No □ Sí □

¿Cuántas personas viven en tu casa? _____

Orientación sexual del paciente: □ Bisexual □ Lesbiana o gay □ Heterosexual (ni lesbiana ni gay) □ Algo más □ Elige no revelar □ No sé

¿Vive usted en una vivienda pública? No □ Sí □

¿Ingreso mensual aproximado del hogar? □ Menos de $1,000 □ $1,000-$1,500 □ $1,500-$2,000 □ $2,000-$2,500 □ $2,500-$3,000 □ $3,000-$3,500 □ $3,500-$4,000 □ $4,0 00-$4500 □ $4500-$5000 □ $5000-$5500 □ $5500-$6000 □ Más de $6000

Etnia: ¿hispana o latina? No □ Sí □ No declarado/Se niega a informar □

Raza: (Marque todo lo que corresponda) Afroamericano/Negro □ Otro isleño del Pacífico □ Nativo de Hawái □ Asiático □ Europeo/Blanco □ Indio americano/Nativo de Alaska □ No reportado/Negarse a reportar □

¿Eres un migrante? En los últimos 2 años, ¿usted o un familiar directo ha vivido fuera de casa para trabajar en algún tipo de agricultura (trabajo agrícola)? No □ Sí □

¿Es usted un trabajador estacional? En los últimos 2 años, ¿usted o un miembro de su familia inmediata ha trabajado en algún tipo de agricultura (trabajo agrícola), como plantar, recoger, preparar el suelo, empacar, conducir un camión para cualquier tipo de trabajo agrícola, trabajar con animales como vacas? , gallinas, etc.? No □ Sí □

¿Usted o un miembro de su familia inmediata dejaron de migrar para trabajar en la agricultura (trabajo agrícola) debido a una discapacidad o edad (demasiado mayor para trabajar)? No □ Sí □

¿Le falta vivienda permanente (se encuentra sin hogar)? No □ Sí □

En caso afirmativo,

marque uno: □ Calle □ Refugio para personas sin hogar □ Duplicación (viviendo con amigos o familiares) □ Otro _____

□ Desconocido (Se niega a indicarlo) □ Transicional

Machine Translated by Google

Clínicas de atención médica del suroeste de Georgia , Ca

Formulario de admisión del paciente

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO:

_____

ID de póliza (n.º de seguro):_____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO SECUNDARIO:

_____

ID de póliza (seguro) # _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

□ NO TENGO SEGURO : Los ingresos de su hogar y el tamaño de su familia pueden calificarlo a usted y a su familia para el Programa de descuento de tarifa móvil de SGHC. Nuestra recepcionista puede ayudarle con cualquier pregunta y cómo presentar la solicitud.

Asignación de beneficio de seguro: Por la presente autorizo el pago directamente a SGHC de los beneficios que de otro modo serían pagaderos a mí, pero que no excedan los cargos regulares de SGHC por este servicio. Entiendo que soy financieramente responsable ante SGHC por cualquier cargo no cubierto por mi seguro, incluido el saldo de mis cargos después de que se haya aplicado cualquier descuento.

Aceptación de responsabilidad por los copagos: entiendo que soy responsable de cualquier deducible o copago del seguro médico o de cualquier servicio que preste mi seguro.
no cubierto.

Acuerdo financiero: Acepto pagar todos los cargos que no sean pagaderos por el seguro o un tercero. Acepto cumplir con los términos y condiciones de la Política de cobros de SGHC.

Southwest Georgia Healthcare Clinics, Inc. no es una clínica gratuita y el incumplimiento de su responsabilidad financiera hacia nosotros o el incumplimiento de un calendario de pagos puede resultar en su cancelación financiera de nuestros servicios. De acuerdo con la Política de Cobros de SGHC, SGHC puede optar por terminar su relación con cualquier paciente que no cumpla con este acuerdo financiero.

Por la presente acuso recibo de Southwest Georgia Healthcare Clinics, Inc.' Aviso de prácticas de privacidad de la información de salud. También acepto permitir que SGHC comparta datos demográficos y de ingresos con otorgantes estatales, federales y privados según sea necesario. Cualquier información proporcionada que se descubra que es falsa ahora o en el futuro podría considerarse fraude del cual podría ser considerado responsable. Iniciales: _____ Fecha :_____

Machine Translated by Google

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD y DECLARACIÓN DE DERECHOS y RESPONSABILIDADES

Divulgación de información: Entiendo que se mantendrá la confidencialidad como se describe en el Aviso de privacidad. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud como se describe en el Aviso de privacidad de información de salud. Entiendo que todos los servicios son confidenciales. Sin embargo, en ciertos casos, como emergencias que ponen en peligro la vida, abuso, enfermedades reportables, SGHC puede requerir compartir información cuando hará una derivación a otra agencia. Además, la información puede compartirse y revisarse con fines de garantía de calidad con otorgantes estatales, federales y privados, según sea necesario.

Al firmar este formulario a continuación, reconozco que Southwest Georgia Healthcare Clinics,Inc. me ha entregado una copia del Aviso de Privacidad, que explica cómo se manejará su información de salud en diversas situaciones.

□ He recibido de Southwest Georgia Healthcare Clinics,Inc. Aviso de privacidad y Declaración de derechos y responsabilidades.

□ Clínicas de atención médica del suroeste de Georgia, Inc. me ha dado la oportunidad de discutir mis inquietudes y preguntas sobre la privacidad de mi información médica.

Iniciales: _____ Fecha:_____

********** **********

El personal de Southwest Georgia Health Care debe completar a continuación si Reconocimiento y El formulario de derechos y responsabilidades no está firmado.

¿Tiene el paciente una copia del Aviso de Privacidad? No □ Sí □

Iniciales del empleado _____

********** **********

Machine Translated by Google

Consentimiento para el tratamiento Antes de dar su consentimiento, asegúrese de comprender la información que se proporciona a continuación. Estaremos encantados de responder cualquier pregunta que tengas. Puede solicitar una copia de este formulario. Entiendo que debo informar al personal si los servicios de intérprete de idiomas son necesarios para comprender la información escrita o hablada proporcionada durante mis visitas de atención médica. Consentimiento para tratamiento: Solicito a Southwest Georgia Healthcare Clinics,Inc. (SGHC) para brindarme atención médica, obstétrica, ginecológica, dental o de salud mental. Se me brindará información sobre las pruebas, tratamientos, procedimientos y medicamentos que se me brindarán. incluidos los beneficios, riesgos, posibles problemas/complicaciones y opciones alternativas. Entiendo que debo hacer preguntas sobre cualquier cosa que no entienda. Por la presente solicito que una persona autorizada por Southwest Georgia Healthcare Clinics,Inc. Proporcionar evaluación, pruebas y tratamiento adecuados. En la medida de lo posible y práctico, cooperaré plenamente con el proveedor, cumpliendo con el régimen de tratamiento y los procedimientos de detección establecidos. Es un hecho que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. No se puede ofrecer ninguna garantía, real o implícita, en cuanto al resultado de los servicios. En caso de cualquier disputa entre el paciente, un dependiente (sea menor o no, los herederos legales o el representante personal del paciente, según sea el caso, y el proveedor a cargo (incluido su agente o empleado), que involucre un reclamo o agravio o acuerdo contractual, si la disputa no puede resolverse de forma voluntaria, se acuerda que esta disputa se someterá a un arbitraje vinculante y no al sistema judicial. El arbitraje se resolverá mediante acuerdo mutuo de las partes, si es posible, de conformidad con las reglas de arbitraje vigentes en ese momento. Derecho a retirar el consentimiento: Tengo derecho a retirar mi consentimiento para el tratamiento de mí y/o de mi hijo en cualquier momento proporcionando un documento por escrito. solicitud al proveedor tratante.

Vencimiento del Consentimiento: Este consentimiento vencerá a los 12 meses a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.

Iniciales: _____ Fecha:_____

Machine Translated by Google

Clínicas de atención médica del suroeste de Georgia , Ca

Formulario de admisión del paciente

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN AL PACIENTE

Los proveedores y otras personas aquí en Southwest Georgia Healthcare Clinics, Inc. (SGHC) queremos hacer todo lo posible para proteger la información médica que tenemos sobre su salud y mantenerla privada y segura. Usted tiene derecho a esa información y a hablar con su equipo de atención médica al respecto.

Cuando necesitemos comunicarnos con usted, solo hablaremos con usted o con las personas que haya enumerado a continuación, debe indicar solo los números que desea que usemos para comunicarnos con usted.

• Acepto permitir que SGHC se comunique conmigo mediante los siguientes métodos con respecto a mi información privada de salud, evaluación y tratamiento.

• Si he marcado “SÍ”, autorizo a SGHC a dejarme mensajes cuando no esté disponible.

Teléfono de casa _____ NO □ SÍ □ Teléfono celular _____ NO □ SÍ □

Teléfono del trabajo _____ NO □ SÍ □ Otro _____ NO □ SÍ □

Autorizo a SGHC y al personal médico a discutir mi información de atención médica (que puede incluir antecedentes, diagnóstico, laboratorios, resultados de pruebas, tratamientos y otra información de salud) con los contactos que se enumeran a continuación.

Entiendo que al dejar espacios en blanco, estoy indicando que mi elección es "Sin información" y no deseo que se divulgue ninguna información sin mi consentimiento expreso. Nombre: Relación con el paciente: Información de contacto:

_____

_____

Nombre: Relación con el paciente: Datos de contacto:

_____

_____

Con mi firma a continuación, reconozco que he leído y entiendo la información proporcionada en este formulario anterior y autorizo los servicios de Southwest Georgia Healthcare Clinics,Inc. como paciente o como agente general del paciente y aceptar sus términos. Entiendo el riesgo asociado con los diferentes métodos de comunicación y doy mi consentimiento a las condiciones, restricciones y responsabilidades del paciente descritas anteriormente, así como a cualquier otra instrucción que SGHC pueda imponer. Entiendo que se me pedirá que actualice esta información al menos una vez al año o cuando mi información cambie, lo que ocurra primero.

Al firmar a continuación, declaro que la información que he proporcionado es verdadera y autorizo a SGHC a verificar esa información y a revelarla a los proveedores de atención mutuos o de referencia.

Nombre del paciente o tutor legal:

_____

Firma del paciente o tutor legal: _____

Fecha: _____

Testigo _____

Fecha: _____