

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido	Primer Nombre	MI	Fecha de Nacimiento	Seguro Social #	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado	
INFORMACIÓN DEL CONTACTO					
Número de teléfono primario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono secundario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Trabajo		
¿Necesitas transporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Correo electrónico:		
DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE					
Idioma principal hablado <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro_	Raza (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Mas de una Raza		Etnicidad <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino o origen español <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexican American or Chicano <input type="checkbox"/> Si, otra clase hispano, latino o origen español <input type="checkbox"/> No information/Se nego a revelar etnicidad <input type="checkbox"/> No reportado/se nego a revelar la raza	Lugar de Nacimiento (Estado /Ciudad)	
¿Le gustaría un intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Identidad de género: ¿Como te consideras a ti mismo? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre/HombreTransgénero/Hombre Trans <input type="checkbox"/> Macho a hembra/Transgénero Mujer/Mujer Trans <input type="checkbox"/> Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenina <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____	Orientación sexual: ¿Como te consideras a ti mismo? <input type="checkbox"/> Heterosexual o heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbianas, homosexuales u homosexuales <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Se negó a informar <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: <input type="checkbox"/> _____	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Apartado <input type="checkbox"/> Compañer o de vida	Estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo Complete <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> No a estudiante ¿Más alto grado Terminado?	Estado de Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ninguna	
Empleado	Telefono no.	Proveedor de atención primaria		Veterano militar?	Estado de agricultura
Estado de vivienda: <input type="checkbox"/> Con hogar <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Familia duplicada <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Refugio para indigentes		Farmacia: _____ Número de teléfono: _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Trabajador migrante <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Dependiente de migrante <input type="checkbox"/> Dependiente de temporada <input type="checkbox"/> No trabajador agrícola
GARANTE (persona a facturar, marque aquí si es igual que el paciente <input type="checkbox"/>)					
Apellido	Primer nombre	MI	Fecha de nacimiento	Seguro Social #	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono de casa	Teléfono móvil
CONTACTO DE EMERGENCIA (Alguien fuera de su casa con el que podamos comunicarnos en caso de emergencia)					
Apellido	Primer nombre	Relación			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono de casa	Teléfono móvil
SIGUIENTE DE KIN (Marque aquí si es igual que el contacto de emergencia <input type="checkbox"/>)					
Apellido	Primer nombre	Relación			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono de casa	Teléfono móvil



Southeast Community Health Systems

INFORMACIÓN DE INGRESOS FAMILIARES

Solicitamos ingresos en todos los pacientes para fines de informes gubernamentales.

Si es elegible para la Escala de tarifa móvil, complete la Solicitud de tarifa variable.

Período de ingresos: Semanal Quincenal Mensual Trimestral Anualmente Otro _____

Ingreso bruto del hogar: \$ _____ Número de individuos que apoyan los ingresos: _____

Información del PLAN # 1

Compañía de seguros: _____

Identificación de miembro #: _____ Grupo #: _____

Relación del paciente con el suscriptor: auto hijo padre cónyuge empleador otro _____

***** Si el paciente es suscriptor (No es necesario que complete el resto de esta sección)*****

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Sufijo: _____ Número de Seguro Social: _____ Género: Hombre

Mujer Fecha de nacimiento (mm / dd / aaaa): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono móvil/celular: _____

Información del PLAN # 2

Compañía de seguros: _____

Identificación de miembro #: _____ Grupo #: _____

Relación del paciente con el suscriptor: auto hijo padre cónyuge empleador otro _____

***** Si el paciente es suscriptor (No es necesario que complete el resto de esta sección)*****

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Sufijo: _____ Número de Seguro Social: _____ Género: Hombre Mujer

Fecha de nacimiento (mm / dd / aaaa): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono móvil/celular: _____

ASIGNACIÓN DE SEGURO: Asigno directamente a Southeast Community Health Systems (SCHS) todos los beneficios médicos, de haberlos, que de otra manera se me pagarán por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean pagados por el seguro o no. Por la presente autorizo a SCHS a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de mi seguro y para obtener una copia de esta declaración y mi firma que se conservará en archivo y se usará en lugar de este original.

Firma del paciente / garante _____ Fecha: _____



Aplicación de escala de tarifa móvil

Fecha: / /		
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:

Tamaño del hogar				
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Ingresos
	Jefe de hogar			

Ingreso bruto total: \$ _____

NOTA: Para cumplir con las regulaciones federales, para darle un descuento en nuestros servicios médico-dentales, es necesario que hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas serán archivadas y en estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos anualmente. Traiga una declaración anual de impuestos, los talones del cheque de pago del mes pasado, copias de sus cartas de otorgamiento de cupones de alimentos del seguro social u otros documentos de respaldo que pueda recibir como prueba del ingreso familiar. Solo el tamaño de la familia y el ingreso bruto anual se utilizarán para determinar su elegibilidad y calcular su descuento.

Tasas de descuento de la Escala de tarifa móvil
(Copia de la Escala de tarifa móvil disponible a solicitud del paciente)

Tarifa nominal médica para la escala "A": \$ 30 para pacientes nuevos \$ 25 para pacientes establecidos

Tarifa nominal dental para la escala "A" - \$ 40;

Todas las demás visitas al consultorio y/o procedimientos se descuentan en los siguientes porcentajes:

B-50% de descuento

C-35% de descuento

D-20% de descuento

E- 0% de descuento

Por la presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en que cualquier información engañosa o falsificada, y / u omisiones pueden descalificar mi consideración adicional para el programa de tarifa móvil y me someterá a sanciones de acuerdo con las Leyes Federales que pueden incluir multas y encarcelamiento. También estoy de acuerdo en informar a Southeast Community Health Systems si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si se obtiene la aceptación del programa de tarifa móvil según esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y regulaciones de Southeast Community Health Systems. Por la presente reconozco que leí la divulgación anterior y la comprendo.

Apellido _____ Nombre de pila _____

Firma del paciente o tutor _____ Fecha _____



Southeast Community Health Systems

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO

1. Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para todos los procedimientos médicos necesarios para el diagnóstico y tratamiento para mí y / o mis dependientes por Southeast Community Health Systems (SCHS).
2. Entiendo que no se ha dado ninguna garantía o garantía en cuanto a los resultados que se pueden obtener.
3. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me han dado garantías de curación como resultado de los exámenes o tratamientos realizados por SCHS.
4. Doy permiso para divulgar a mi compañía de seguros la información médica necesaria en la presentación de reclamos legales por parte del personal de SCHS por los servicios prestados por SCHS a mí o a mis dependientes.
5. Por la presente autorizo el pago directamente a SCHS de los beneficios en relación con los reclamos pendientes y/o los beneficios de Médico mayor que de otra manera me serían pagados, sin exceder los cargos regulares de SCHS por este servicio.
6. Certifico que la información que he proporcionado al solicitar los pagos conforme al Título XVII de la Ley de SSA es correcta. Autorizo a cualquier titular de intermediarios médicos, otros proveedores de información o de cualquier otra aseguradora, cualquier información necesaria para esta o cualquier reclamación relacionada con Medicare / Medicaid. Solicito que se paguen los beneficios en mi nombre.
7. Acepto que una fotocopia de este formulario es tan válida como la original.
8. Estoy de acuerdo y entiendo que los registros médicos son propiedad de SCHS; sin embargo, puedo solicitar una copia por una tarifa nominal en cualquier momento.
9. Certifico que la información proporcionada es fiel a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del paciente (o tutor): _____ Fecha: _____

DERECHOS DEL PACIENTE

Dar a conocer inmediatamente a cualquier miembro de la administración (Front Desk, Supervisor, Management, etc.) cualquier problema encontrado durante una visita al Centro de Salud. Si un miembro de la organización no puede abordar sus inquietudes, se le anima a ponerse en contacto con el Oficial de Cumplimiento Corporativo de Southeast Community Health Centers al (855) 368-6272 o enviar un correo electrónico a Compliance@shhc.org para informar de su preocupación.

He leído y entiendo mis derechos y responsabilidades como paciente de Southeast Community Health Systems y entiendo que si creo que la calidad de mi atención médica se ve comprometida y si el personal administrativo de SCHS o el Cumplimiento corporativo no pueden abordarla de manera oportuna, tengo la opción para reportar mi preocupación a la Comisión Conjunta al (800) 994-6610, o envíe un correo electrónico a Complaint@jointcommission.org.

DERECHOS DEL PACIENTE Firma del testigo (cuando el paciente requiere lectura de derechos): _____

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

1. Reconozco que soy completamente responsable de todos y cada uno de los gastos incurridos en Southeast Community Health Systems para mí y / o para los dependientes / familiares
2. Entiendo que todos los pagos vencen al momento del servicio.
3. Entiendo que todos los pagos deben efectuarse para cualquier saldo pendiente además del pago para la fecha actual del servicio prestado.

Firma del paciente (o tutor): _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Se me ha presentado una copia del Aviso de prácticas de privacidad, que detalla cómo se puede usar y divulgar mi información médica según lo permiten las leyes federales y estatales, y se describen mis derechos con respecto a mi información médica. Deseo colocar las siguientes restricciones sobre la divulgación de mi información de salud (enumere a continuación o escriba N/A si no hay restricciones):

Firma: _____ Fecha: _____

AVISO DE RECONOCIMIENTO DIRECTIVO

Entiendo que Southeast Community Health Systems no respeta las Directivas avanzadas. En caso de una emergencia médica durante la visita a la clínica, se proporcionarán medidas de primeros auxilios, se llamará al 911 y se iniciará la transferencia al hospital.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente si no está firmado por el paciente: _____



Southeast Community Health Systems

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Enfermedad pasada y presente

- Diabetes
- Alta presión sanguínea
- Cáncer
- Convulsiones
- Coágulos de sangre
- Depresión
- Ansiedad
- Anemia
- Asma
- Infecciones vaginales frecuentes
- Infecciones frecuentes de la vejiga
- La enfermedad de úlcera péptica
- Gota
- Enfermedad del corazón
- Ataque al corazón
-
-
-
-

Cirugía

- Amígdalas
- Apéndice
- Vesícula biliar
- Hernia
- Pecho
- Histerectomía
- Ligadura de trompas
- Sección C
- D & C
- Corazón
- Tiroides
- Estómago
- Otro (Lista abajo)
- Enfermedades de transmisión sexual
- Comportamientos sexuales riesgosos
- _____
- _____
- _____
- _____

Historial familiar (indique qué miembro de la familia tiene enfermedad):

Enfermedad /condición que miembro de la familia sufre de cada uno?

La diabetes	
Ataque al corazón	
Alta presión sanguínea	
Carrera	
Convulsiones	
Glaucoma	
Enfermedad de tiroides	
VIH / SIDA	
Migrañas	
Enfermedad mental	
Enfermedad del riñón	
Arthritis	
Cáncer	
Tipo	
Cáncer femenino	
Cáncer masculino	

Idiomas y barreras

Idioma hablado: _____

Barreras: Leyendo: _____

Audición: _____

Visión: _____

Preferencias para el aprendizaje

Preferencia por el aprendizaje: _____ Escrito
 _____ Visual
 _____ Verbal
 _____ Demostrada

¿Vive con alguien que tiene tuberculosis (TB)? Sí No

¿Vives con alguien que tiene VIH? Sí No

¿Vives con alguien que tiene hepatitis? Sí No

¿Vives con miedo al abuso o violencia en el hogar? Sí No

¿Vives con alguien que fuma o usa drogas? Sí No

¿Hace ejercicio? _____

¿Observas grasa, sal y colesterol en tu dieta? _____

¿Tiene algún otro problema o condición que SCHS deba tener en cuenta? _____

Otras cirugías: _____

Medicamentos actuales: _____

Lista de alergias: _____

Creencias culturales: _____



A Confirmación de cita y cancelación Política

Entendemos que pueden surgir problemas no planificados y es posible que deba cancelar una cita. Si eso sucede, pedimos respetuosamente que se cancelen las citas programadas con al menos 24 horas de anticipación.

Nuestros proveedores desean estar disponibles para sus necesidades y las necesidades de todos nuestros pacientes. Cuando un paciente no se presenta a una cita programada, otro paciente pierde la oportunidad de ser visto.

Aunque siempre hemos tenido una política de cancelación, las circunstancias nos han llevado a hacer cumplir nuestra política revisada.

Política de cancelación

Después de la segunda cita perdida o no presentarse, el paciente no podrá programar una cita con nuestra oficina por 6 meses. El paciente solo puede tener citas el mismo día si está disponible.

Política de confirmación

Si el paciente no confirma su cita dentro de las 24 horas previas a la cita, se le retirará del horario y se llenará el espacio de su cita.

A partir del 8 de marzo de 2017, esta política es efectiva. Gracias por ser un paciente valioso y por su comprensión y cooperación al instituir esta política. Esta política nos permitirá abrir citas que de otro modo no se usarían para atender mejor las necesidades de todos los pacientes.

Imprimir Todo el Nombre

Firma

/ /
Fecha



Albany 225.306.2050
 Greensburg 225.306.2070
 Independence 225.306.2060
 Kentwood 225.306.2100
 Zachary 225.306.2000
 Picardy 225.763.4990

El portal para pacientes de Southeast Community Health Systems ofrece un método seguro, fácil de usar y basado en la web para que los pacientes accedan a porciones de sus registros médicos en línea. Esto está disponible desde cualquier computadora (computadora de escritorio, computadora portátil o tableta) con acceso a Internet. Cuando inicie sesión en el portal para pacientes de Southeast Community Health Systems, podrá ver información, incluidas sus condiciones médicas, medicamentos, signos vitales, resultados de laboratorio, alergias y pólizas de seguro.

[Regístrese para el portal para pacientes de Southeast Community Health Systems](#)

Use este formulario para solicitar una cuenta en el portal para pacientes de Southeast Community Health Systems.

Una vez que se haya registrado en el portal para pacientes de Southeast Community Health Systems, recibirá un correo electrónico de Southeast Community Health Systems con instrucciones para completar su registro en el portal para pacientes.

[Formulario de registro de paciente](#)

Al completar este formulario, autoriza a configurar una cuenta del portal para pacientes de Southeast Community Health Systems.

Completa el uso de LETRAS MAYÚSCULAS con un carácter en cada bloque.

NOMBRE:																				
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APELLIDO:																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO:			/			/				
----------------------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Últimos 4 dígitos de Seguro Social #:				
---------------------------------------	--	--	--	--

CORREO ELECTRÓNICO:																				
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Código postal (postal) #						-				
--------------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Firma:																				
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

La Fecha de hoy			/			/				
-----------------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Sí, me gustaría estar inscrito en Southeast Community Health Systems Portal del paciente

Por favor permita 3 días hábiles para que su solicitud sea procesada. Un representante de Southeast Community Health Systems puede contactarlo para verificar su información.



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Cuestionario de Salud del Paciente

Durante las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

Poco interés o placer por hacer las cosas:

0 = En absoluto

1 = Varios días

2 = Mas de la mitad de los días

3 = Casi todos los días

Sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza

0 = En absoluto

1 = Varios días

2 = Mas de la mitad de los días

3 = Casi todos los días

Preguntas CAGE-AID (Adaptado)

1. ¿Alguna vez ha sentido que debe reducir su consumo de alcohol? O consumo de drogas? (Si No)
2. ¿La gente te ha molestado criticándote por beber? ¿O el consumo de drogas? (Si No)
3. ¿Se ha sentido mal por su consumo de alcohol o drogas (Si No)
4. ¿Alguna vez ha bebido o usado drogas a primera hora de la mañana para calmar los nervios o deshacerse de la resaca (revelador)? (Si No)