

INFORMACION DEL PACIENTE						
Apellido del Paciente:		Primer Nombre:	Letra del Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Estado Civil:
				Mes _____ Día _____ Año _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a
Número de Seguro Social :	Es veterano de guerra:	Tiene Seguro Médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo Electrónico:		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado				
Dirección Física:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:		
Dirección donde recibe correo (si es diferente):		Ciudad:	Estado:	Código Postal:		
Número de Teléfono de casa:			Número de Celular:			
Podemos dejarle un mensaje detallado:			¿Desearía recibir un recordatorio para su CITA por teléfono vía texto?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No y si es así, a cual número?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de farmacia preferida, Ciudad, Estado y código postal:			Nombre, dirección y número telefónico de su empleador:			
Nombre del padre o tutor y fecha de nacimiento, si el paciente es menor de 18 años:						
Ingreso Familiar \$ _____ Semanal / Quincenal / Mensual / Anual						
Número de personas (incluya a todas las personas que viven con este ingreso) _____						

Marque con un círculo:

RAZA (MARQUE UNO)	LENGUAJE (MARQUE UNO)	ORIGEN ETNICO (MARQUE UNO)
NEGRO O AFROAMERICANO	LENGUAJE DE SEÑAS	HISPANO/A
INDOAMERICANO O NATIVO DE ALASKA	INGLES	NO HISPANO/A
ASIATICO	FRANCES	NO LO SABE O NO LO REPORTA
BLANCO	POLACO	
NATIVO DE HAWAII DE _____	OTRA ISLA DEL PACIFICO _____	
NO LO SABE O NO LO REPORTA	ESPañOL	

Marque con un círculo:

IDENTIDAD SEXUAL (MARQUE UNO)	ORIENTACION SEXUAL (MARQUE UNO)	
FEMENINO	MASCULINO	HETEROSEXUAL (NO LESBIANA u HOMOSEXUAL)
TRANSGENERO FEMENINO/MASCULINO A FEMENINO		LESBIANA U HOMOSEXUAL
TRANSGENERO MASCULINO/FEMENINO A MASCULINO	BISEXUAL	ALGO DIFERENTE
NO QUIERO DECIR	OTRO	NO SE
		NO QUIERO DECIR

Por favor díganos a quien podemos contactar en caso de emergencia (padre o adulto encargado, si es menor de 18).

Una emergencia puede ser sangrado severo, pérdida de conocimiento, accidente o cualquier condición, que involucre transporte en ambulancia u hospitalización. Los servicios de salud para la mujer NO requieren permiso de los padres y no requiere del uso de la tarjeta "Care Card". Si eres menor de 18 años en una situación de emergencia, le notificaremos a sus padres o adulto encargado.

¿Este contacto de emergencia sabe que estás recibiendo servicios en esta clínica? **SI** ___ **NO** ___

Contacto en caso de emergencia: _____

Relación _____ Teléfono _____

Yo certifico que la información arriba detallada es verdadera, precisa y fue completada bajo mi conocimiento (información falsa o incorrecta resultará en cancelación de los servicios). Yo, autorizo a cualquier representante de la Clínica Comunitaria para que se comunique con cualquier persona o agencia para verificar mi información. En caso que ustedes requieran más información, me comprometo en presentarla durante los próximos treinta días.

Me comprometo a notificar a la Clínica Comunitaria cualquier tipo de cambio correspondiente al número de miembros en la familia, dirección, teléfono, ingresos, obtención de seguro médico o cualquier tipo de información esencial. Es de mi conocimiento, que tengo que presentar mi tarjeta para cada cita.

Entiendo que soy responsable por todos los cargos de servicio y me comprometo a pagarlos a la hora de mi visita. Doy mi consentimiento para que el equipo médico de la Clínica Comunitaria me brinde todos los tratamientos que ellos determinen que sean necesarios.

Si este formulario es completado por otra persona, díganos cuál es su relación con esta persona

Nombre: _____ Relación: _____

X

Firma

Fecha

PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE

SYSC	TITLE X	FULL FEE
ANNUAL INCOME \$ _____		
FEE CODE _____		HH _____

TEMP	PRENATAL	CC
ANNUAL INCOME \$ _____		
FEE CODE _____		HH _____
EXPIRATION ____ / ____ / ____		

Limited English Proficiency? YES NO

INITIALS _____

DATE ____ / ____ / ____



Consentimiento para el Programa de Summit Community Care Clinic

Yo, _____, por medio de la presente doy mi consentimiento para que el personal médico de Summit Community Care Clinic mencionada anteriormente me examine, trate y asesore.

- Entiendo que los servicios incluidos en el programa de planificación familiar incluyen las citas de rutina: al iniciar, durante o al discontinuar un método anticonceptivo. Otros servicios adicionales de planificación familiar que pueden incluirse, sin quedar limitados exclusivamente, serían el brindar el método anticonceptivo elegido, las pruebas de embarazo y la asesoría respectiva.
- Entiendo que hay ciertos riesgos relacionados con todas las formas de cuidado y tratamiento médico que pudieran resultar en gastos adicionales (para el cliente).
- Comprendo que no hay garantía de que el seguro médico ni el programa de ayuda que tengo, paguen algunos de los costos no cubiertos por el programa de planificación familiar, y de los que yo me hago responsable.
- Entiendo que podrían cobrarme por los servicios no contemplados en Title X incluyendo, pero sin limitarse a: la colposcopia, la prueba del VIH, la detección sistemática de clamidia al no existir factores de riesgo, las complicaciones que resulten de intervenciones cubiertas por Title X y los efectos secundarios de los medicamentos, etc.
- Estoy de acuerdo en tener un examen físico si se recomienda.
- Entiendo que el proveedor médico puede recomendar ciertos exámenes de laboratorio, si se necesitan, cuyo costo podría quedar cubierto por el programa de planificación familiar. El médico me lo informará.
- Entiendo que la información personal se mantendrá estrictamente confidencial y que no se dará a nadie sin mi permiso, excepto si se requiere por ley. Esto puede incluir:
 - los resultados positivos de algunas enfermedades venéreas (transmisión sexual),
 - los casos de maltrato y abuso sexual de menores de edad,
 - las señales de maltrato físico como resultado de la violencia doméstica.
- Comprendo que la clínica/organización utiliza un banco de datos a nivel estatal que puede hacer que la información contenida en mi registro quede disponible para otros departamentos de salud.

Sólo para las clientes de sexo femenino:

- Estoy de acuerdo en tener un examen pélvico, incluyendo la prueba de Papanicolau, si se recomienda. Entiendo que podría no indicarse realizar el Papanicolau todos los años.
- Comprendo que la prueba para detectar el cáncer cervical (Papanicolau) es solamente un examen y que podría dar resultados negativos falsos (el cáncer está presente pero la prueba no lo detecta), al igual que resultados positivos falsos (el cáncer no está presente el examen dice que sí).
- Entiendo que el resultado del Papanicolau podría no contener la información suficiente para hacer un diagnóstico y se necesitara realizar nuevamente la prueba.

He leído la información anterior, me la han explicado y creo que la entiendo. Mis preguntas han sido contestadas por una persona de Summit Community Care Clinic.

El cliente recibió la información anterior y creo que la entiende.

Firma del paciente

Fecha

Hora

Firma del testigo

Fecha

Hora



Acuerdo Financiero

La Clínica Comunitaria del Condado de Summit (SCCC) se ha comprometido a brindarle el mejor cuidado posible. Como paciente, su responsabilidad está en pagar por los servicios ofrecidos por SCCC de acuerdo a su capacidad financiera. SCCC ofrece varios programas de descuentos para los pacientes. Los programas de descuentos generalmente están disponibles para pacientes que completan la aplicación. Si usted está interesado en aplicar para estos servicios de descuento, contacte a nuestro representante de elegibilidad al (970) 668-6681.

SCCC participa con Medicare, Colorado Medicaid y varias compañías de seguros. A todos estos los identificamos como seguro médico. SCCC no participa con todas las compañías de seguro médico.

Si SCCC participa con su seguro médico, SCCC presentará su reclamo a su seguro médico por usted. Le facturaremos por cualquier cargo que su seguro médico no cubra (esto es responsabilidad del paciente). Usted puede ser elegible para descuentos en la porción que es su responsabilidad si ha aplicado como se describe anteriormente. Si podemos determinar la cantidad por la que usted será responsable en el momento del servicio, vamos a cobrar esa cantidad en el momento del servicio. Si su seguro médico no paga dentro de 120 días, es posible que usted pague la factura por los servicios o tenga que comunicarse con su compañía de seguro médico. **Usted debe traer una copia de su tarjeta de seguro médico actual y válida, junto con una identificación vigente para verificar la cobertura.**

Si SCCC no participa con su seguro médico, descuentos médicos (Si ha aplicado para los descuentos) o cargos completos deben ser pagados en su totalidad al momento de su servicio. Nosotros le daremos su factura para que usted pueda presentar su reclamo con su seguro médico.

Algunos servicios, especialmente los servicios dentales, requieren de una pre-autorización de su seguro médico. En estos casos, debemos recibir la pre-autorización de su seguro médico antes de poder recibir el servicio. Si usted no obtiene la pre-autorización, es posible que el servicio no sea cubierto. Usted será responsable por el balance si los servicios no son cubiertos por su seguro médico.

Si usted no tiene seguro médico, usted será responsable de pagar la tarifa en su totalidad o con descuento (si aplicó para el programa descuentos) al momento del servicio. Si usted recibe descuentos, la mayoría de los servicios están incluidos. Sin embargo existen laboratorios y otros servicios que son o pueden ser cargos adicionales. Esos cargos adicionales, si existen, deben de ser pagados en su totalidad el día del servicio.

SCCC usualmente le enviará una factura mensualmente y es su responsabilidad que pague la cantidad que todavía debe. Si usted no puede pagar la factura, SCCC ofrece un plan de pagos, y tendrá que firmar un acuerdo de pagos. Si usted cree que su situación merece más atención, por favor comuníquese con el personal de SCCC. La falta de pagos relacionados con los servicios, puede que usted no sea elegible para recibir servicios en el futuro aquí en SCCC.

Nombre del paciente _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Seguro médico y número _____ **Identificación de seguro médico** _____

Por favor indique si tiene Medicaid, Medicare, seguro médico privado o escriba "ninguno"

Nombre titular en la póliza _____ **Fecha de nacimiento** _____

Por favor escriba su nombre si usted no es el paciente y su relación con el paciente.

He leído y entiendo el contenido de este documento y he proporcionado información actual y precisa. Autorizo a SCCC para facturar a mi seguro médico, actúo como persona designada con mi seguro y recaudo los beneficios de mi seguro médico por mis servicios. Doy autorización de compartir mi información personal, médica y dental relacionada a la facturación de mi compañía de seguros o a otras compañías de facturación y cobro. Asigno directamente a SCCC para todos los beneficios médicos y dentales, de otro modo que sean pagados a mí por los servicios que se me presten a mí. Estoy de acuerdo en pagar por los servicios no cubiertos por mi seguro médico incluyendo cualquier co-seguro médico y deducibles. Si no tengo cobertura de seguro médico, estoy de acuerdo en pagar los cargos apropiadamente reducidos por mis servicios.

Firma del paciente o personal responsable _____ **Fecha** _____

AVISO SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD DE LA CLINICA COMUNITARIA DEL CONDADO DE SUMMIT

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DAR A CONOCER SU INFORMACIÓN MÉDICA, ASÍ COMO LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR REVISE ESTA INFORMACION CON CUIDADO. 7/31/2014

Su información médica es personal y la Clínica Comunitaria del Condado de Summit está comprometida en protegerla. Su información médica es también una parte importante dentro de nuestra capacidad de brindar un cuidado de calidad y conforme al cumplimiento de ciertas leyes. Estas prácticas de privacidad están reguladas por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) e Información de Salud Tecnológica para la Salud Clínica y Económica (HITECH), las cuales están relacionadas con el uso privado de información médica de forma escrita, oral y en formatos electrónicos. Estas prácticas de privacidad funcionan como poder de acceso para compartir su información médica en los términos que se describen en este documento por la Clínica Comunitaria del Condado de Summit para ofrecerle el mejor cuidado de salud posible.

I. Entienda su información de salud

Cada vez que visite la Clínica Comunitaria del Condado Summit se creará un registro electrónico de su visita. Este registro generalmente incluye su nombre y cualquier otra información por medio del cual será identificado, al igual que sus síntomas, exámenes, resultados, diagnósticos, medicamentos, tratamientos, recomendaciones de seguimiento e información financiera. A este registro algunas veces se le conoce como "expediente médico" o "registro médico". Este registro permite: Que proveedores médicos, dentales, y salud mental puedan planear su tratamiento; que la Clínica Comunitaria del Condado de Summit pueda obtener el pago por los servicios que le ofrecemos; y que la Clínica Comunitaria del Condado de Summit pueda evaluar la calidad del servicio que le brindamos.

Nosotros estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su expediente médico. No utilizaremos o daremos a nadie su información sin su permiso por escrito, a excepción de los casos que se mencionan en este documento.

II. ¿Cómo se utilizará o se permitirá el acceso a su expediente médico?

a. Tratamiento, pago y asuntos relacionados con la atención de su salud.

Utilizaremos su expediente médico para darle tratamiento de salud, para obtener pago por nuestros servicios y para ayudarnos a manejar mejor nuestra clínica. Por ejemplo: Podemos dar su información de salud a otros centros de cuidados de salud u hospitales de forma verbal, por escrito o en formato electrónico a profesionales de salud que no son parte de nuestra clínica pero que nos están ayudando en el cuidado de su salud, así como doctores, farmacias y personal del hospital, quienes ayudan con el cuidado de su salud; también por el envío de una factura con referencia a los costos de los servicios ofrecidos por nuestra clínica o a la compañía de seguros; podemos utilizar su expediente médico para revisar nuestro desempeño y estar seguros de que usted está recibiendo un servicio de salud de buena calidad.

b. Otros usos de su información médica permitidos o requeridos por la ley.

Existen algunos casos donde NO se requiere de su autorización por escrito para revelar su información de su expediente médico:

Actividades de salud pública, Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica, Actividades de regulación de salud, proceso judicial y administrativo, agencia del orden público, información sobre personas difuntas, donaciones de órganos, ojos, tejidos, investigaciones, impedir una amenaza de salud o seguridad, funciones especializadas del gobierno, compensación de trabajo y cuando sea requerido por la ley.

c. Otros usos de su expediente médico que requieren su permiso por escrito.

Ciertos tipos de información médica contienen restricciones estrictas en cuanto a su uso y revelación. Por ejemplo, información sobre el tratamiento de abuso de drogas y alcohol, resultados de SIDA, salud mental y exámenes genéticos, los cuales pueden que estén sujetos a una mayor protección. En general, existe la posibilidad de que se revele información médica a un padre o guardián de un paciente menor de edad, pero existe la posibilidad de que neguemos el acceso al expediente médico del menor en situaciones que esté vinculado con leyes de privacidad más estrictas.

A excepción de lo detallado anteriormente, nosotros utilizaremos y/o revelaremos su información únicamente si recibimos una autorización por escrito, utilizando la forma de Autorización/Solicitud de información médica. Usted puede revocar o cancelar su autorización en cualquier momento notificándonos por escrito.

III. Sus derechos con relación a su expediente médico

Su expediente médico está sujeto a ciertos límites legales. Usted tiene derechos sobre el uso de su expediente médico, incluyendo los derechos detallados a continuación: Solicitar límites en el uso de su expediente médico, recibir información médica de manera confidencial, revisar y copiar su expediente médico, solicitar algún cambio en el expediente médico, recibir un informe de cómo hemos utilizado y si hemos permitido el acceso a su expediente médico y obtener una copia de este documento sobre las normas de privacidad.

IV. CORHIO e Intercambio de Información de salud

Como paciente de la SCCC, su información de salud se introduce automáticamente en un intercambio electrónico que puede ser accedido por otros proveedores de atención médica. Esto se traduce en una mejor atención debido a que otros proveedores pueden ver su historial de salud y le tratan de manera más eficaz. Usted tiene la opción de darse de baja de la bolsa electrónica, y también tienen la opción de optar de nuevo si cambia de opinión. Por favor, consulte al personal de recepción para más información. En el caso de un incumplimiento de la información de salud protegida, se lo notificaremos como exige la ley. Si usted nos ha proporcionado una dirección de correo electrónico actual, podemos utilizar el correo electrónico para comunicar información relacionada con dicha violación. En algunas circunstancias, nuestro socio de negocios puede proporcionar la notificación. También podemos proporcionar notificación por otros métodos, según corresponda.

Preguntas, preocupaciones o cambios a esta notificación

Si tiene preguntas o comentarios acerca de la información contenida en este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad, por favor comuníquese con el gerente de la Clínica Comunitaria del Condado Summit al (970)668-4040.

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja formal en nuestra clínica o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. **No tomaremos ninguna represalia en su contra por presentar una queja formal.**

Las políticas y prácticas de privacidad pueden cambiar en el futuro. Tales cambios podrán aplicarse a cualquier tipo de información sobre su salud que sea generada o recibida antes de la fecha efectiva del cambio. Cualquier cambio en nuestras políticas y prácticas de privacidad será anunciado y pondremos a su disposición el nuevo Aviso sobre las Prácticas de Privacidad en la Clínica Comunitaria del Condado Summit y página de internet.

Yo, he recibido, leído y comprendido las Prácticas de Privacidad de la Clínica Comunitaria del Condado de Summit.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



Reglamento Para Pacientes Que Faltan A Sus Citas

Bienvenido a la Clínica Comunitaria del Condado de Summit. Es importante para nosotros disponer de citas cuando usted las necesita y hacer lo posible por atenderlo a la hora de su cita. Cuando los pacientes faltan a sus citas, otros pacientes pierden la oportunidad de usar ese tiempo para ver al doctor, y por eso no tenemos citas disponibles. Cuando los pacientes llegan tarde a sus citas, se hace difícil verlos a la hora especificada, lo que resulta inconveniente para otros pacientes y miembros del personal de la clínica.

Para ofrecer el mejor servicio a todos nuestros pacientes, queremos recordarles la importancia de mantener sus citas y llegar antes de la hora indicada. Si usted se da cuenta que no va a llegar a tiempo a su cita, por favor llámenos **lo antes posible o por lo menos 2 horas antes de su cita**, para que lo ayudemos a cambiar su cita, y así ofrecer su cita original a otro paciente.

Por favor lea este reglamento para ayudarnos a continuar ofreciéndole el mejor servicio de calidad y en tiempo.

1. Una “falta” es definida como una ausencia por parte del paciente a su cita programada en la Clínica Comunitaria de Summit, o el no cancelar su cita **2 HORAS** antes del inicio de la misma.
2. Después de la segunda falta dentro de un periodo de 6 meses, el paciente no podrá hacer citas por teléfono, únicamente será atendido por orden de llegada.
3. El paciente podrá tener acceso a citas únicamente por orden de llegada. No se le permitirá sacar una cita por teléfono, ni en persona. El paciente no podrá sacar una cita para días futuros.
4. Si el paciente falta a la cita hecha por orden de llegada, el paciente podrá tener acceso a citas únicamente por orden de llegada y tendrá que quedarse presente en la clínica hasta la hora de su cita.
5. Una vez que el paciente haya sido atendido por orden de llegada, el paciente tendrá la oportunidad de fijar citas nuevamente por teléfono.
Sin embargo, si el paciente tiene otra falta nuevamente dentro de 6 meses, el paciente perderá el privilegio de fijar citas por teléfono y será atendido únicamente por orden de llegada nuevamente.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma: _____ Fecha: _____