

A. Información del paciente:

Nombre Legal: _____ Apellido Legal: _____
Nombre y apellido preferidos (si son diferentes al nombre legal): _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ sexo: _____
Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____
Paciente Sec. Social. #: _____ Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo
Nombre del empleador: _____ Ocupación: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

B. Información del seguro: Proporcione una copia de su tarjeta de seguro

Nombre de la compañía de seguros principal: _____
Persona responsable de los pagos de facturación (Garante): _____
Garante Fecha de Nacimiento: _____ Garante Seg. Social. #: _____
Dirección postal del garante: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono de casa del garante: _____ Teléfono celular: _____

Nombre de la Compañía de Seguros Secundaria: _____
Persona responsable de los pagos de facturación (Garante): _____
Garante Fecha de Nacimiento: _____ Garante Seg. Social. #: _____
Dirección postal del garante: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono de casa del garante: _____ Teléfono celular: _____

C. Financiero:

Para determinar la elegibilidad para los programas de asistencia al paciente y para los informes federales necesarios para continuar financiando este centro, complete:

Número de dependientes en el hogar: _____ Ingreso bruto del hogar: \$ _____

D. Contacto de emergencia:

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

E. Divulgación de información:

Las siguientes personas PUEDEN SER INFORMADAS sobre mi información personal de salud, enfermedad y/o tratamiento. **Si no hay nadie que desee incluir en la lista, marque N/A o no corresponde.** La información de salud de un menor (menor de 18 años) puede discutirse con su tutor legal sin una autorización firmada.

☐ Al marcar esta casilla, autorizo la divulgación de información a las personas mencionadas en la Sección D: Contacto de emergencia.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

F. Información demográficaSeleccione la **raza** del paciente:

- | | | | | | |
|--|---|---|--|--|----------------------------------|
| ☐ Blanco/Caucásico | ☐ Afroamericano/Negro | ☐ Hispano/Blanco | ☐ Asiático | ☐ Hawaiano nativo | |
| ☐ Indio americano | ☐ Otro isleño del Pacífico | ☐ Negarse a informar | ☐ Chino | ☐ Filipino | ☐ Japonés |
| ☐ Coreano | ☐ Indio asiático | ☐ Vietnamita | ☐ Otros asiáticos | ☐ Samoano | |
| ☐ Guamaniano ☐ Más de una raza | | | | | |

Seleccione el grupo **étnico** del paciente:☐ No Hispano/Latino☐ Hispano/Latino (En caso afirmativo, seleccione la subcategoría a continuación:)☐ Mexicano/Mexicano-Americano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano☐ Hispano/Latino/A y Español combinados ☐ Otro Hispano/Latino o Español

Durante los últimos 24 meses, ¿usted o un dependiente ha trabajado en una granja por temporadas o durante todo el año? ☐ SI ☐ NO

Durante los últimos 24 meses, ¿usted o un dependiente se ha mudado o establecido una residencia temporal para trabajar en el campo? ☐ SI ☐ NO

Seleccione las opciones que correspondan al paciente:

☐ Veterano ☐ Sin hogar ☐ Vive en vivienda pública ☐ Migrante ☐ Ninguno

G. Portal del paciente Mainline Health Systems, Inc. proporciona un portal seguro para pacientes a través de Internet que está diseñado para mejorar las comunicaciones entre el paciente, el proveedor y el equipo de atención para mejorar la atención y la satisfacción del paciente.

Es responsabilidad del paciente evitar que personas no autorizadas aprendan sus contraseñas y permitan el acceso a su información de correo electrónico o cuenta del portal. También es responsabilidad del paciente y/o tutor notificar a Mainline Health Systems, Inc. de cualquier cambio de dirección de correo electrónico. Mainline Health Systems, Inc. ofrece acceso al portal de pacientes a pacientes mayores de 18 años o al tutor legal de un niño menor de edad. Mainline Health Systems, Inc. proporciona el portal para pacientes como cortesía a nuestros valiosos pacientes. Si se sospecha de abuso o uso negligente, Mainline Health Systems, Inc. se reserva el derecho, a nuestro exclusivo criterio, de cancelar la oferta del portal para pacientes, suspender el acceso del usuario o modificar los servicios ofrecidos a través del portal para pacientes.

[] Deseo participar en el portal del paciente y, por lo tanto, reconozco, he leído y comprendo completamente el acuerdo anterior y certifico que tengo 18 años o más o que soy el tutor legal del paciente menor de edad.

EMAIL: _____

[] **NO deseo participar en el portal del paciente.**

H. Consentimiento informado

Mainline Health Systems, Inc. se dedica a brindar atención primaria, servicios dentales y de salud mental a todos nuestros pacientes. Debido a que los problemas físicos y emocionales a menudo van de la mano, en Mainline Health Systems, Inc. creemos que la mejor atención se brinda cuando los proveedores de atención médica trabajan juntos. Los pacientes de Mainline Health Systems, Inc. pueden ser derivados a proveedores de otras especialidades de atención médica dentro del equipo de MHSI; los miembros del equipo de tratamiento compartirán información clínica entre ellos según sea clínicamente necesario y se relacione con su tratamiento.

Por la presente, voluntariamente doy mi consentimiento para recibir atención ambulatoria que abarque procedimientos de diagnóstico de rutina, exámenes, atención médica integrada y tratamiento dental, incluidos (pero no limitados a) análisis de laboratorio de rutina (como análisis de sangre, orina y otros estudios), toma de radiografías, rastreo cardíaco, administración de medicamentos recetados por el proveedor y/o servicios de salud del comportamiento. (a) Además, doy mi consentimiento para que el personal médico, dental y de salud del comportamiento, incluidos enfermeros, asistentes, higienistas, conductistas y/o otro personal según sea necesario según el criterio del proveedor. (b) entiendo que si tengo 18 años o más, puedo dar mi consentimiento para todos los servicios de salud; de lo contrario, mi padre o tutor legal deberá dar su consentimiento para los servicios. (c) Entiendo que algunos servicios en Mainline

Health Systems pueden implicar el uso de equipos de telemedicina y la interacción con proveedores que no están físicamente en el lugar para consultas. Estas sesiones se transmiten a través de líneas seguras y dedicadas de alta velocidad y no se graban en video ni se guardan de ninguna manera. Entiendo que la información recopilada se usa estrictamente para fines de tratamiento en Mainline Health Systems y se mantendrá únicamente en los registros de Mainline Health Systems.

Divulgación de información: (a) Autorizo a la clínica a divulgar información médica, dental y de salud conductual a las compañías de seguros de terceros con el fin de presentar reclamaciones de seguros relacionadas con mi (su) atención y entiendo que puedo ser facturado por los servicios prestados. (b) También autorizo la divulgación de toda la información de salud sobre el tratamiento aquí a mi (su) médico o cualquier persona designada por mí. (c) Autorizo además la capacidad de ver el historial prescriptivo de fuentes externas. (d) Autorizo además la divulgación de información de salud a entidades gubernamentales federales y estatales para los fines de los informes requeridos. Entiendo que este formulario de consentimiento será válido y permanecerá vigente mientras yo (él/ella) asista a la clínica. Este formulario me ha sido completamente explicado y entiendo su contenido. (e) Además, entiendo que Mainline Health Systems Inc. es parte de una Organización de Atención Responsable (ACO) en la que la información de salud de los beneficiarios de Medicare puede compartirse con sus proveedores de atención médica para la coordinación de la atención. Además, entiendo que puedo optar por no participar llamando a Medicare.

Firma del paciente o persona autorizada para dar consentimiento para el paciente

Fecha

Nombre impreso del paciente o persona autorizada para dar su consentimiento

Relación si no es el paciente

Si el paciente no puede dar su consentimiento, complete lo siguiente:

Razón por la que el paciente no puede dar su consentimiento (si corresponde): _____

**OFFICE USE ONLY:*

Employee: _____

Date: _____