

Información del Paciente

Apellido legal _____

Primer nombre legal _____ Segundo nombre _____

Nombre que prefiere _____

Sexo legal (marque una opción) Masculino FemeninoFecha de Nacimiento ____/____/____
Mes Día Año

Nro. de Seguro Social ____-____-____ o Nro. de (ITIN) ____-____-____

 No tengo Nro. De Seguro Social ni Nro. de ITIN

Domicilio _____ Nro. de Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

 No tengo hogarTeléfono - celular (____) _____ Numero principal Recibir textosTeléfono - casa (____) _____ Numero principal

Email _____

En caso de urgencia favor de darnos el nombre de un familiar o Amistad

Nombre _____ Relación/parentesco _____

Teléfono (____) _____ Esta persona es mi tutor legal **Información del seguro****¿Qué tipo de aseguranza médica, tiene usted?** Medicaid Medicare Aseguranza privada/Azseguranza de trabajo Aseguranza de estudiante Beneficios de Veteranos No tengo aseguranza médica**Medicaid: Usted puede ser elegible para Medicaid si alguna de las siguientes opciones aplica a usted:**

1. Si es ciudadano o residente de los EE. UU. con 5 o más años de residencia y su ingreso anual es igual o inferior al 138 % del nivel federal de pobreza.

2. No es ciudadano ni residente de los EE. UU., pero tiene 65 años o más y su ingreso anual es igual o inferior al 100 % del nivel federal de pobreza.

3. No es ciudadano ni residente de los EE. UU., pero tiene entre 55 y 64 años y su ingreso anual es igual o inferior al 138 % del Nivel Federal de Pobreza.

¿Califica para Medicaid? Si No No estoy seguro

Datos Demograficos

Idioma preferido? _____ Prefiero no contestar

Raza

Nativo Americano/Indígena de los Estados Unidos Asiático Afroamericano
 Isleño de Hawái o de las islas del Pacífico Blanco Prefiero no contestar Otro

Etnicidad

Hispano/Latino No Hispano/Latino

Estado Civil

Soltero/a Unión libre Casado/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a

¿Trabaja su cónyuge/pareja? Si No Otros ingresos

Identidad de género

Masculino Femenino Masculino trans Femenino trans Otro No deseo contestar

Sexo asignado al nacer

Masculino Femenino No deseo contestar No sé

Pronombres

él/su ella/su ellos/su

¿Necesitará un intérprete?

Si No Traeré un intérprete conmigo

¿En que idioma prefiere recibir comunicaciones?

Inglés Español Ninguna preferencia (la información será en Inglés)

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted?

Teléfono Correo electrónico/Athena Portal Correo Sin preferencia

Ingresos del hogar

Información sobre los ingresos de su hogar

¿Usted Trabaja?

Si No



Trabajo

Tiempo completo (35 horas o más por semana)
 Medio tiempo (menos de 35 horas por semana)
 Temporal
 Otro _____

¿Cómo se mantiene?

Pareja, familiar, amigos
 Desempleo (unemployment)
 Beneficios del "Social Security"
 Ahorros o tarjetas de crédito
 Pensión
 Otro _____

1. ¿Le pagan? (por)

Día Semana Quincena Mes Año (Income Tax)

2. Ingresos (de acuerdo con los documentos que entrego aquí) \$ _____

3. ¿Cuántas personas dependen de sus ingresos?

1- solo yo 2 3 4 5 6 7 8 Otro _____

¿Preguntas Adicionales?

¿Necesita ayuda especial para lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda)

Problemas de la vista: Ciego/a Uso lentes/anteojos
Problemas del oído: No oigo bien Sordo/a Uso audífonos para escuchar
Dificultad para leer: En inglés En español En los dos idiomas

¿Cómo se enteró de CommunityHealth?

Algún conocido o familiar Onward House
 Internet The Night Ministry
 Rush Hospital Consulado
 Northwestern Hospital De un voluntario de CommunityHealth
 Advocate Hospitals (IL Masonic, Lutheran General, Aurora, Good Samaritan, Trinity, others) De un trabajador de CommunityHealth
 Cook County Health and Hospitals System Iglesia
 De mi doctor Otro _____

¿Quiere dar su consentimiento para tener una consulta por video con su médico? Si No

- Esta es una cita por video y el médico podrá verlo
- Necesita tener un teléfono inteligente y poder ver videos en su teléfono
- Debería estar en un lugar privado y sin ruido
- You must consent to receiving text messages on page 1

Consentimientos para el paciente

Consentimiento para tratamiento Doy mi consentimiento para tratamiento en CommunityHealth, y consiento para que CommunityHealth comparta (de manera segura) mi información médica electrónicamente, como parte del Intercambio de Información de Salud, con los miembros de mi equipo de atención médica, de instituciones médicas/hospitales externos. El Intercambio de Información de Salud permite que los profesionales médicos y pacientes accedan (de manera adecuada) y compartan de manera segura, la información médica de pacientes, electrónicamente.

Responsabilidades del paciente Certifico que la información contenida en este formulario de registro esta correcta y veraz. Al firmar este documento, acepto notificar a CommunityHealth en caso que tenga algún cambio de seguro médico o ingresos, y también actualizare mi información a medida que algo cambie y/o anualmente (como mínimo).

Autorización para recibir medicamento Doy mi consentimiento para compartir mi información a las compañías farmacéuticas con fines de auditoría en el Programa de Asistencia al Paciente de Reemplazo por Gran Volumen. Entiendo que no puedo solicitar el reembolso de ningún producto recetado y recibido a través de este programa, ya sea por parte de algún programa gubernamental o asegurado por otros. También doy mi consentimiento de las auditorías de mi expediente médico por parte del personal/voluntarios de CommunityHealth y sus socios.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del Personal de la clínica _____ Fecha _____