



Fecha: _____

**Somos un centro de salud calificado a nivel federal y estamos obligados a recopilar estos datos.
La siguiente información es para fines de recopilación de datos y no afectará su atención.**

Información demográfica			
Nombre legal: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Nombre anterior: _____		Número de seguro social: _____	
Nombre preferido: _____		Números de teléfono	Seleccionar mejor Número usar
Dirección de envío: _____			
Código postal: _____		Hogar (____) ____ - _____	☐ ☐ Sí ☐ No
Dirección de correo electrónico: _____		Celula (____) ____ - _____	☐ ☐ Sí ☐ No
¿Le gustaría estar registrado en nuestro Portal del Paciente? ☐ Sí ☐ No		Trabajar (____) ____ - _____	☐ ☐ Sí ☐ No
Sexo de nacimiento ☐ Femenina ☐ Masculino		Orientación sexual ☐ Bisexual ☐ lesbiana o gay ☐ Heterosexual o heterosexual ☐ Otra _____ ☐ No sé ☐ Elige no revelar	
Información de ingresos: nos ayuda a revisar y evaluar los niveles de pobreza de toda nuestra población de pacientes.			
¿Cuál es el ingreso anual del hogar? \$ _____ ☐ Elige no revelar			
¿A cuántas personas (incluyéndote a ti) sustenta este ingreso? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ Otra _____			
Es política del CHCNC ofrecer un programa de tarifas variable para todos los pacientes que se encuentran en o por debajo del 200% del nivel de pobreza. ¿Desea hablar con alguien sobre nuestro programa de tarifas móviles? ☐ Sí ☐ No			
Información del seguro			
Seguro Médico Primario ☐ No tengo seguro medico Nombre de la compañía de seguros: _____ Número de póliza médica: _____ Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Número de Seguro Social del Titular de la Póliza: _____		Seguro dental primario (solo pacientes dentales) ☐ No tengo seguro dental Nombre de la compañía de seguros: _____ Número de póliza dental: _____ Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Número de Seguro Social del Titular de la Póliza: _____	
Información de la parte responsable - Persona responsable del pago de la cuenta del paciente		Contacto de emergencia	
☐ Igual que el paciente Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____ Dirección: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____ Relación con el paciente: (*Se requiere prueba de estatus legal) ___ Ser ___ Madre o Padre ___ Guardián ___ Padre de la custodia* ___ Padre adoptivo* Agencia de padres de crianza _____		Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación con el paciente: ☐ Esposa ☐ Niño ☐ Otro miembro de la familia ☐ Vecino ☐ Amigo	



Fecha: _____

Estado civil ☐ Divorciado ☐ Legalmente separado ☐ Casado ☐ Pareja ☐ Soltero ☐ Viudo	Idioma ☐ Inglés ☐ Español ☐ Francés ☐ Otra _____ ☐ ¿Necesitas un intérprete? ☐ Sí ☐ No	Grupos raciales ☐ Indio americano / nativo de Alaska ☐ Indio asiático ☐ Negro / afroamericano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o Chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo hawaiano ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco / caucásico ☐ Otra _____ ☐ Negarse a especificar
Otras características ☐ Amish ☐ Sin hogar ☐ Individuo con una discapacidad del desarrollo ☐ Trabajador migrante ☐ Trabajador de temporada ☐ Veterano ☐ None ☐ Elige no informar	Etnicidad ☐ Chicano ☐ Cubano ☐ Mexicano ☐ Mexicano americano ☐ No hispano / latino ☐ Puertorriqueño ☐ Otra _____ ☐ Negarse a especificar	

Información sobre empleo/educación

☐ Empleado de tiempo completo ☐ Desempleados ☐ Desactivado ☐ Empleado a tiempo parcial ☐ Jubilado ☐ Otra Nombre del empleador: _____ ¿Está cubierto por el seguro de su empleador? ☐ Sí ☐ No	☐ Estudiante a tiempo completo ☐ Estudiante a tiempo parcial Nombre de la escuela/universidad: _____ ¿Estás cubierto por el seguro de tu escuela? ☐ Sí ☐ No
---	---

Información de farmacia

Farmacia preferida: _____ Estado de la Ciudad: _____	¿Está bien enviarle por mensaje de texto confirmaciones de citas y notificaciones de recetas enviadas a su farmacia? ☐ Sí ☐ No
---	---

Otra información

¿Cómo te enteraste de nosotros? _____	Proveedor de atención primaria: _____
---------------------------------------	---------------------------------------

Consentimiento para discutir información de salud protegida: La Información Médica Protegida (PHI) se refiere a la información de identificación personal relacionada con la salud o condición física o mental pasada, presente o futura de una persona, la atención médica brindada a una persona o el pago pasado, presente o futuro de la atención médica brindada a una persona. El Tratamiento Médico consiste en los servicios proporcionados por cada disciplina dentro de CHCNC: Atención Primaria, Salud Mental, Odontología, Pediatría, Fisioterapia, Dermatología, Servicios de Salud para la Mujer y Cuidado de los Pies. Este consentimiento es limitado y no incluye el permiso para hablar sobre el Tratamiento del Alcoholismo/Drogadicción ni sobre información confidencial relacionada con el VIH/SIDA, que requiere una autorización firmada especial.

Permiso para acompañar a pacientes MENORES SOLAMENTE (menores de 18 años) Las siguientes personas tienen mi permiso para acompañar al menor de edad mencionado anteriormente a una cita de atención médica en Community Health Center of the North Country. Entiendo que esta persona tendrá conocimiento de mi PHI. Entiendo que si se necesita un procedimiento invasivo o vacunas, tendré que traer al niño o estar disponible para recibir consentimiento por teléfono.

Doy permiso a CHCNC para discutir mi PHI (o la PHI del paciente mencionado anteriormente para el que estoy autorizado a dar consentimiento) con las siguientes personas:

Nombre:	Relación:	Teléfono:	Consentimiento para Discutir PHI	Permiso para Acompañar a un menor
Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____	☐ Sí	☐ Sí
Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____	☐ Sí	☐ Sí
Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____	☐ Sí	☐ Sí

Entiendo que tengo derecho a revocar estos permisos, por escrito, en cualquier momento, excepto en lo que respecta a acciones que el Centro de Salud ya haya tomado debido a este consentimiento.

Nombre del paciente/tutor legal en letra de imprenta: _____ **Firma:** _____

CHCNC SÓLO PARA USO DE OFICINA - I have reviewed with the patient and explained the importance of collecting this information.

Staff Signature: _____ Date: _____