

NOELA COMMUNITY HEALTH CENTER
FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

Si usted tiene seguro por favor de dar su tarjeta de seguros y tarjeta de identificación a la recepcionista.

Apellido: _____

Primer Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Número de Casa: _____

Numero de Celular: _____

Numero de Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Le gustaría registrarse en nuestro portal de pacientes? Si o No (Le dará acceso a sus registros)

Idioma: _____

Raza: _____

Etnicidad: _____

Estado Civil: Soltera Casada Divorciada
Separada Viuda Paraja

Trabajador agrícola? Si o No

Está sin hogar? Si o No

Paciente del centro de salud basado en la
escuela? Si o No

Eres un veterano? Si o No

Paciente de Vivienda Pública? Si o No

Dar su consentimiento para recibir llamadas para recordatorios de citas? Si o No

Dar su consentimiento para recibir mensajes de texto para recordatorios de citas? Si o No

Autorizar Historial de Medicamentos? Si o No

Orientación sexual: _____

Identidad de género: _____

Como supiste de nosotros? _____

Farmacia Preferida: _____

Cual Locación: _____

Cuántas personas viven en su hogar? _____

Ingresos familiares. \$_____. Con qué frecuencia se recibe estos ingresos? Semanal
Quincenal Mensual Anual

En caso de una emergencia, a quien llamar?

Nombre: _____

Relación: _____

Numero De Teléfono: _____

Firma Del Paciente: _____

Fecha: _____

NOELA COMMUNITY HEALTH CENTER

Consentimiento y Liberación

Asignación de Beneficios: Yo autorizo el pago directo a Noela centro de salud comunitario, todas las prestaciones médicas, los asentamientos, o sentencias aplicables a mi tratamiento por Noela CHC médicos y otros profesionales clínicos en el hospital o clínica. Esta autorización es aplicable a todas las futuras comisiones y honorarios de, inclusive, de este día, a menos que sea revocada por escrito por mí. Yo entiendo que soy personalmente responsable por el pago de todas las cuotas aplicables a mi tratamiento por Noela CHC médicos en el hospital o la clínica, incluyendo copagos, deducibles y cargos por servicios no cubiertos, independientemente de otra cobertura de seguro u otra responsabilidad partes de mí para tales cargos. Si los saldos pendientes de pago están atrasados y se hace referencia a la colección, estoy de acuerdo en pagar los honorarios de abogados, costos judiciales y los honorarios de la agencia o de recogida asociados con la colección.

EL ABAJO FIRMANTE CERTIFICA QUE HE / ella ha leído lo anterior, ES EL PACIENTE O está debidamente autorizado por el paciente para EJECUTAR LO ANTERIOR, acepte los términos éstos y ha recibido una copia del mismo.

Divulgación de información: Autorizo Noela CHC y / o sus médicos y otros profesionales clínicos a revelar todo o parte de mis registros médicos o de facturación a cualquier compañía de seguros o personas empleadas por dicha compañía con el fin de recoger los beneficios de seguros y reclamaciones de auditoría, siempre y cuando me figuro por este motivo que tienen cobertura. Esta autorización incluye la entrega de información a los planes de salud de grupo para la cobertura de grupo de seguros, las compañías la remuneración del trabajador, y los organismos de asistencia, en su caso a mi solicitud de trato. Por la presente, indemnizar y libero Noela CHC y sus médicos y clínicos de cualquier y toda responsabilidad con respecto a la divulgación de dicha información

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	FIRMA
NOMBRE DE PERSON AUTORIZADA	FIRMA DE PERSONA AUTORIZADA	RELACION AL PACIENTE
NOMBRE DE TESTIGO	FIRMA DE TESTIGO	FECHA Y HORA DE FIRMA

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO FECHA _____ HORA _____

YO, O _____ PARA _____ SABRIENDO QUE (yo / él o ella es) que sufren de una condición que requiere diagnóstico y / o médicos o quirúrgicos TRATAMIENTO, por la presente VOLUNTARIAMENTE CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS TALES Diagnostic y Hospital, la atención médica y cirugía como NECESARIO EN EL JUICIO SI EL MÉDICO (S) A CARGO. Soy consciente de que la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, y yo reconozco que NINGUNA GARANTÍA SE ME HAN HECHO EN CUANTO A LOS RESULTADOS DEL EXAMEN O TRATAMIENTO. Yo autoriza Noela Centro de Salud Comunitario de retener o disponer de cuales quiera muestras o tejidos obtenidos de mi cuerpo durante el tratamiento, y utilizar dichos especímenes o tejidos para fines científicos, educativos, o de investigación, EN LA MEDIDA EN QUE DICHAS MUESTRAS Y TEJIDOS NO CUMPLAN AT Noela COMMUNITY HEALTH CENTER.

TESTIGO _____ FIRMA _____
(Paciente o Persona autorizada y relación al paciente)

FECHA _____ HORA _____

RECHAZO DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, _____ niega a consentir _____
EN Se me ha informado de las consecuencias y riesgos de tal negativa, Y libero al MÉDICOS, clínicos y Noela centro comunitario de salud DE RESPONSABILIDAD POR DAÑOS DERIVADOS DE DICHO RECHAZO.

TESTIGO _____ FIRMA _____
(Paciente o Persona autorizada y relación al paciente)

NOELA Community Health Center

Aviso de Prácticas de Privacidad

Centro de Comunidad de Salud NOELA

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Por este medio reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de NOELA CHC (Centro de Comunidad de Salud NOELA)

Firma: _____ Fecha de Hoy: _____

Nombre (letra molde) _____

Si no está firmada por el paciente, por favor indique la relación: _____

Nombre (letra molde) _____ Testigo: _____

Formulario de Consentimiento para GNOHIE

Greater New Orleans Health Information Exchange

[Sistema de Intercambio de Información Médica de la Zona Metropolitana de Nueva Orleans]

Notificación de Información Médica y Consentimiento del Paciente

Su proveedor de servicios médicos es miembro y usuario del Greater New Orleans Health Information Exchange (GNOHIE) [Sistema de Intercambio de Información Médica de la Zona Metropolitana de Nueva Orleans] para almacenar la información de tratamientos médicos de sus pacientes. El GNOHIE proporciona un método fácil para compartir su información médica electrónicamente con nuestros miembros proveedores y otros socios de GNOHIE que incluye sus médicos, enfermeras y otros proveedores de servicios médicos. Esto les ayuda a sus médicos, enfermeras y otros proveedores de servicios médicos a trabajar juntos para proporcionarle cuidados.

GNOHIE protegé su privacidad. Solamente los miembros y socios de GNOHIE pueden ver su información.

Podemos compartir:

- Su nombre, número de Seguridad Social, domicilio, número telefónico, género, étnico, edad
- El nombre de la enfermedad o problema médico (diagnóstico)
- Los resultados de pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas
- Medicamentos, incluyendo la receta inicial y las veces que ha sido surtida
- Información de salud mental (**no** incluye las notas de terapias o la información acerca de la salud mental de menores)
- Información acerca del abuso de drogas, alcohol y/u otras sustancias (si llegara a existir)
- Pruebas o tratamientos de VIH/SIDA (si llegara a existir)
- Pruebas o tratamientos de enfermedades venereas (transmitidas sexualmente) (si llegara a existir)

Indicar **SÍ** a continuación significa que podemos compartir su información médica. (Su consentimiento permanece vigente hasta que firme un **nuevo** formulario con la casilla **NO** seleccionada.) Si **no** otorga su consentimiento, aún puede recibir tratamiento. **Tampoco** perderá ningún beneficio de cuidados médicos.

Seleccione (✓) uno:

- SÍ.** Mi información médica puede ser recolectada, utilizada y compartida con otros proveedores y socios de servicios médicos de GNOHIE.
- NO.** Mi información médica **no** puede ser utilizada y compartida, a excepción de urgencias.

Nombre del paciente

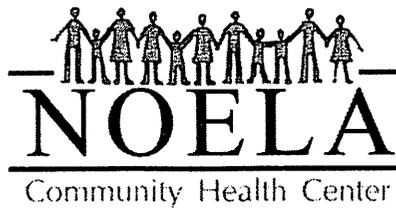
Fecha

Firma del paciente o persona autorizada (Se requiere la firma de un padre o tutor legal para pacientes menores de 18 años o adultos incapacitados)

Nombre (si es distinto al paciente)

Relación con el paciente

Una lista de los proveedores y socios de GNOHIE está disponible en www.gnohie.org. Se puede solicitar una lista impresa y una copia de la política de consentimiento de paciente a través de su proveedor.



Política de No Show

Apreciamos la oportunidad de servirle aquí en el centro de salud comunitario NOELA. Con el fin de mejorar la calidad de atención y mejorar el acceso a los servicios de primarias y preventivos, hemos desarrollado una política de *No Show*.

Si está más de 10 minutos tarde a su cita, se le pedirá a reprogramar para un tiempo o fecha posterior. Después de 3 no-shows, usted no podrá hacer una cita por teléfono y tendrá que venir en persona a la clínica para ver si hay cita disponible sin la garantía de ser vistos. Si va a ser más de 10 minutos tarde a su cita, por favor llame a la oficina (504) 255-8665 y en momento se la notificará si todavía puede ser visto.

Entendemos que las cosas pasan, así que si usted necesita reprogramar o cancelar una cita, por favor, dar por lo menos 24 horas de antelación.

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en llamar a la oficina al (504) 255-8665.

Gracias,

Gestión NOELA

Nombre (letra molde): _____

Firma: _____

Fecha: _____



Programa de Escala de Descuentos en el Centro de Salud NOELA

Una de las políticas del Centro de Salud NOELA incluye proveer a sus pacientes de todos los servicios médicos que son esenciales, sin importar de su capacidad para pagar. El Programa de Escala de Descuentos nos permite reducir los gastos para el cuidado que usted o su familia necesite. Usted puede aplicar para este programa si usted o su familia necesitan ayuda para pagar su cuidado médico. La elegibilidad se basa en los ingresos y el tamaño de su familia.

Proceso de aplicación para el Programa de Escala de Descuentos:

Usted deberá llenar la aplicación completa que se le entregue en NOELA. Adicionalmente, usted deberá proporcionar su dirección domiciliaria, el total de su ingreso y el tamaño de su hogar y la información de su seguro médico (si tiene uno activo).

Adicionalmente, usted deberá traer copias de sus últimos tres talones de cheques o una declaración/carta firmada por su empleador que indique la cantidad de sus ingresos mensuales. Todos estos documentos son necesarios y deberán ser entregados antes de que se le pueda aplicar cualquier tipo de descuento.

Lista de Servicios que se incluyen y/o excluyen del programa

MEDICO	El descuento es aplicado a todas las visitas médicas en el Centro de Salud NOELA.
FARMACIA	Muestras de medicinas pueden ser proporcionadas al paciente (si están disponibles), sin costo alguno.
LABORATORIOS	No existen descuentos disponibles para este tipo de servicio.

El descuento se aplicara solamente a todos esos servicios que hayan sido recibidos en el Centro de Salud NOELA y NO otros servicios que hayan sido proporcionados a usted en otros Centros de Salud como pruebas de laboratorio, medicinas, radiografías, consultas con un especialista, entre otros. Así mismo, estos descuentos son únicamente válidos para los servicios que usted haya recibido una vez que su aplicación haya sido aprobada, y no necesariamente pueden ser aplicados a otras visitas futuras. Por favor comuníquese con nuestros representantes de servicio al cliente en el caso de tener alguna pregunta.



Número de integrantes de su familia viviendo en su hogar: _____

Cantidad total de ingresos por integrante (por favor complete la siguiente tabla):

Familiares que viven con usted:	Ingreso Total en su hogar (complete solo una columna):		
	Ingreso Mensual:	Ingreso Quincenal:	Ingreso Semanal:
Usted:			
Esposo/a:			
Dependientes (niños menores de 18 años):			
Total:			

NOTA: Por favor incluya todas las Fuentes de ingresos, propinas, seguro social, pensiones, pagos si usted trabaja solo y/o tiene su propio negocio, pagos si es veterano, pagos si tiene alguna discapacidad, pagos para sustento de menores, pagos por desempleo, pagos si pertenece al servicio militar, ayuda pública, etc.

Yo certifico que la información proporcionada sobre los ingresos y el tamaño de mi hogar es correcta. Así mismo, estoy de acuerdo con proporcionar copias de mis pagos a mis impuestos, y/o cualquier otra información que sirva para verificar mis ingresos en el caso que sea necesario para poder recibir cualquier tipo de descuento.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente y fecha

OFFICE USE ONLY:	
Patient's name: _____	Discount: _____
Encounter Date: _____	Approved by: _____

Tamaño de la familia	Ingreso Nivel 1	Ingreso Nivel 2	Ingreso Nivel 3	Ingreso Nivel 4	Ingreso Nivel 5	Ingreso Nivel 6
1	\$0 - \$11,880	\$11,881 - \$14,850	\$14,851 - \$17,820	\$17,821 - \$20,790	\$20,791 - \$23,759	\$23,760+
2	\$0 - \$16,020	\$16,021 - \$20,025	\$20,026 - \$24,030	\$24,031 - \$28,035	\$28,036 - \$32,039	\$32,040+
3	\$0 - \$20,160	\$20,161 - \$25,200	\$25,201 - \$30,240	\$30,241 - \$35,280	\$35,281 - \$40,319	\$40,320+
4	\$0 - \$24,300	\$24,301 - \$30,375	\$30,376 - \$36,450	\$36,451 - \$42,525	\$42,526 - \$48,599	\$48,600+
5	\$0 - \$28,440	\$28,441 - \$35,550	\$35,551 - \$42,660	\$42,661 - \$49,770	\$49,771 - \$56,879	\$56,880+
6	\$0 - \$32,580	\$32,581 - \$40,725	\$40,726 - \$48,870	\$48,871 - \$57,015	\$57,016 - \$65,159	\$65,160+
7	\$0 - \$36,730	\$36,731 - \$45,913	\$45,914 - \$55,059	\$55,096 - \$64,278	\$64,279 - \$73,459	\$73,460+
8	\$0 - \$40,890	\$40,891 - \$51,113	\$51,114 - \$61,335	\$61,336 - \$71,558	\$71,559 - \$81,779	\$81,780+

**Para las familias/hogares que tienen más de 8 integrantes, Agregar \$4,160 por cada persona adicional.
El tamaño de la familia incluye= El solicitante + Esposa/Pareja+ Todos los dependientes de impuestos legales
El ingreso de la familia incluye= Todos los trabajos, manutención de los hijos, pensión del seguro social/pensión por discapacidad**

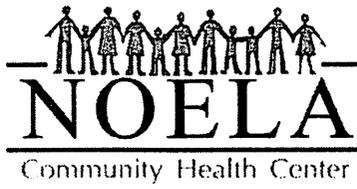
Usted DEBERA informar al centro de salud de forma inmediata si existe algún cambio en su ingreso o tamaño en el hogar. Usted deberá aplicar nuevamente en el caso que su ingreso cambie.

Para poder aplicar, usted deberá proveer la siguiente información:

- LA Declaración de impuesto a la renta más reciente o el formulario 4506T de SRI que esté firmado (en el caso que usted no haya declarado impuestos).
- Declaración de impuestos más reciente + la Planilla C o el Formulario de impuestos CEZ (si usted trabaja solo).
- Sus planillas de cheques más recientes (si a usted le pagan semanalmente=deberá traer las últimas 4 planillas que haya recibido, si le pagan quincenalmente (cada dos semanas)= debe traer las últimas 3 planillas de cheques)
- Si a usted le pagan en efectivo, usted deberá traer el formulario de Verificación de Ingresos y Empleo que haya sido llenado por su empleador.
- Copias de los cheques de beneficios/Declaración (de Desempleo, discapacidad, seguro social, manutención de hijos, pensión alimenticia).
- Verificación de ingresos (SNAP, TANF, WIC, Asistencia para pago de Electricidad) del Seguro Social o una Autorización de Divulgación de Información y verificación de ingresos que esté firmada por usted.
- En el caso de no tener ingresos, es necesario que usted presente una carta firmada por su patrocinador/sponsor. Esta deberá indicar que es él/ella quien cubre/provee sus necesidades básicas (como alimentación, hogar, vestimenta/ropa, apoyo financiero).
- Una carta que esté firmada y que especifique quienes son sus dependientes legales y que incluya sus nombres y fechas de nacimiento completas de los mismos.

Estos documentos deberán presentarse dentro de los siguientes 30 días del primer servicio médico que usted haya recibido en la clínica.

Firma del Solicitante y Fecha



Cuestionario Inicial de Salud

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Alergias

Medicamentos/comidas

Reacción

Medicamentos Actuales

Nombre de Medicamento

Con qué frecuencia lo usa?

Problemas Médicos o Condiciones Actuales

Cirugías

Fecha

Descripción

Lugar

Historia Familiar

Alguien de su familia tiene algún problema médico o condición?

Condición

Relación con Ud.

Lado Maternal o Paternal



Historial Social

Fuma: Si / No Hace cuantos años: _____ Cigarros al día: _____

Alcohol : Si / No Número de bebidas al día: _____

Drogas ilícitas : Si / No

Dieta: Regular / Vegetariana / Vegana / Libre de Gluten / Carbo / Cardiaca / Diabética / Específica

Cafeína (Café, Gaseosas, Té, etc.): Nada / Ocasionalmente / Moderado / Mucho

Ejercicio : Nada / Ocasional / Moderado / Mucho

Estrés: bajo / Moderado / alto

Estatus Marital: Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a)

Asignación de sexo en el nacimiento: Masculino / Femenino

Orientación Sexual: _____

Identidad de Género: _____

Trabaja: Sí / No

Ocupación : _____

Puede cuidarse solo: Si / No

Vive Solo o acompañado : Solo / Con otros

Es difícil de escuchar o está sordo de un oído o ambos: Si / No

Es Ud. legalmente ciego de un ojo o ambos : Si / No

Que mano domina : derecha / izquierda

Tiene detectores de humo en su casa: Si / No

Alguien fuma dentro o fuera de su casa: Si / no

Hay armas presentes en su hogar: Sí / No

Usa el cinturón de seguridad al conducir? : Si / No

Usa protector solar: Si / No

Es Ud. activo sexualmente: Si / No

Historia de Enfermedades de Transmisión sexual: Si / No Cuales?

Herpes___ Gonorrea___ Clamidia___ Sífilis___ Tricomoniasis___ VIH___ VPH

Vacuna de la influenza: _____

Tétano: _____

Colonoscopia: _____



Historia Ginecológica

Edad de su primera menstruación: _____

Fecha de su último periodo: _____

Duración de su flujo: _____ Flujo: Ligero / Moderado / Fuerte

Su ciclo es mensual: Si / No

A qué edad tuvo su primer bebé: _____ Estaba en planificación familiar : Si / No

En este momento está en planificación familiar: Si / No Que tipo? _____

Está interesada en planificación familiar?: Si / No

Fecha de su última citología: _____ fue: Normal / Anormal

En el pasado tenido alguna citología anormal: Si / No Fecha de Colposcopia: _____

Se hace Ud. un autoexamen de seno mensual: Sí / no

Fecha de su último mamograma : _____

Edad en que tuvo la menopausia : _____

Pos sangrado después de la Menopausia : Si / No

Problemas Sexuales: Si / No

Es activo sexualmente: Si / No

Historial de enfermedades de transmisión sexual: Si / No

Ultima colposcopia: _____

Terapia de reemplazo hormonal : Si / No

Historia Obstétrica

Embarazos totales: _____

Termino Completo: _____

Prematuros: _____

Nacimiento Múltiple: _____

Aborto inducido : _____

Aborto espontaneo: _____

Ectópico: _____

Hijos que viven: _____

Nacimiento vaginal: _____

Nacimiento por cesarí : _____