HealthWorks FOR NORTHERN VIRGINIA

Formulario de Inscripción para Paciente

INFORMACION DEL PACIENTE (POR FAVOR ESCRIBA)

Nombre Completo:

Número de teléfono de casa:
( )

Dirección:

Número de celular:
( )

Ciudad: **Estado:** **Código Postal:**

Fecha de Nacimiento:
Mes Día Año
/ /

Sexo al Nacer:
❑ M ❑ F

❑ Soltero/a, Viudo/a, Divorciado/a
❑ Casado/a
❑ Pareja
❑ Separado/a

Tiene correo electrónico
❑ Sí ❑ No
_____@_____

¿Sin Hogar?
❑ Sí ❑ No
¿Directiva Avanzada?
❑ Sí ❑ No

Si el paciente es menor de 18 años por favor escriba el nombre del padre o tutor:

Fecha de Nacimiento:
Mes Día Año
/ /

Número del Padre o Tutor:
( )

Si la dirección del padre o tutor es diferente del paciente por favor indique:

Ciudad:

Estado: **Código Postal:**

Da su consentimiento para recibir informacion relacionada con la atención medica a través de los siguientes métodos de comunicación?

❑ Numero de Celular	❑ Si	❑ No
❑ Mensaje de Texto	❑ Si	❑ No
❑ Numero de Casa	❑ Si	❑ No
❑ E-Mail/Portal del Paciente	❑ Si	❑ No
❑ Mensaje de Voz	❑ Si	❑ No

DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE (POR FAVOR CONTESTE TODAS PREGUNTAS)

Raza: ❑ Negro/Africano Americano ❑ Caucásico(Blanco) ❑ Indio Asiático ❑Hawaiano ❑Chino ❑Filipino ❑Japonés ❑Coreano ❑ Indio Americano/Nativo de Alaska ❑Vietnamita ❑Islas del Pacífico ❑ Otro Asiático ❑Guameño or Chamorro ❑Samoano ❑ Decido no especificar

Idioma preferido: ❑ Ingles ❑ Español ❑ Francés ❑ Árabe ❑ Hindi ❑ Farsi ❑ Chino ❑Japonés ❑Lenguas Eslavas ❑ Vietnamita ❑ Africano ❑ Italiano ❑ Otro

Etnia:
❑ Americano Mexicano
❑ Puertorriqueño
❑ Cubano
❑ Otro Hispano/Latina(o) o Origen Español
❑ No Hispano/Latina(o)
❑ No Desea Reportar

¿Es Usted Trabajador Temporal?
❑ Sí ❑ No
¿Es Usted un trabajador migrante?
❑ Sí ❑ No
¿Necesita intérprete?
❑ Sí ❑ No

¿El Paciente está en la Milicia?
❑ Sí ❑ No
¿El Paciente es Veterano?
❑ Sí ❑ No

¿Está el paciente empleado?	¿Usted Trabaja?	¿Empleado por su cuenta?	¿Estudiante?
❑ Sí ❑ No	❑ Full-time ❑ Part-time	❑ Sí ❑ No	❑ Full-time ❑ Part-time

¿Como escucho sobre nosotros?
❑ Oficina Medica
❑ Organización Comunitaria/Remisión de Escuela
❑ Familia/Amigo/a
❑ Folleto de HealthWorks
❑ Redes Social
❑ Miembro del Personal de HealthWorks
❑ Google/Sitio Web
❑ Seguro Medico
❑ Trabajador/a Social/Remisión de Salud Conctual
❑ Divulgación/Eventos de HealthWorks
❑ Otro: _____

HealthWorks FOR NORTHERN VIRGINIA

Formulario de Inscripción para Paciente

CONTACTO DE EMERGENCIA (EN CASO DE EMERGENCIA, UNA PERSONA A LA QUE PODAMOS CONTACTAR - MAYOR DE 18 AÑOS)		
Nombre Completo:	**Relación con el Paciente:**	**Número de teléfono #:** ( )

INFORMACION DE SEGURO MEDICO ❑ SÍ ❑ No Seguro Medico		
Nombre del suscriptor:	**Número del suscriptor:**	**Fecha de Nacimiento del Suscriptor:** Mes Día Año / /
Nombre de la compañía de seguro:		
Si el Nombre del Garante es diferente del nombre del padre. ¿Cuál es el nombre del Garante?:		
Si la dirección del Garante es diferente de la dirección del Padre. ¿Cuál es la dirección?:		

Facturación de Seguros y Liberación

Yo, por la presente autorizó que mis beneficios de seguro se paguen directamente a HealthWorks para el Norte de Virginia. Yo entiendo que soy personalmente responsable por todos los servicios no cubiertos incluyendo los servicios que mi compañía de seguros considere innecesarios. Yo entiendo que voy a recibir una factura por estos cargos y que las facturas no canceladas se entregaran a una agencia de cobros.

Iniciales del Paciente: _____

✓ **La información anterior es verídica dentro lo mejor de mi conocimiento.**

_____

Escriba el nombre del Paciente/Padre/Guardián Legal

_____ _____/_____/_____

Firma del Paciente /Padre/Guardián Legal **Fecha**

HealthWorks FOR NORTHERN VIRGINIA

Formulario de Inscripción para Paciente

HealthWorks para el Norte de Virginia Políticas y Consentimientos

Requerimos que todos los pacientes deben leer, poner sus iniciales y cumplir con la política de HealthWorks.
Si usted tiene alguna pregunta sobre las políticas, por favor pida hablar con el Gerente de la Oficina.

- **Registro de cita:**
  Por favor regístrese 10 minutos antes de su cita, si el paciente se registra después de la hora de su cita, es posible que deba esperar hasta la siguiente cita disponible.

  Iniciales del Paciente: _____

- **Políticas de Cancelación:**

  Confirmaremos su cita por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto según su método de comunicación preferido. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, llame a HealthWorks. Para que haya espacio disponible para otros pacientes que puedan necesitar citas, cancele o reprograme con la mayor anticipación posible.

  Iniciales del Paciente: _____

- **Política de No Presentarse a su Cita Programada sin Previa Notificación:**
  Si en el transcurso de un año calendario, el paciente faltó a dos citas sin notificar previamente dentro del período designado de 24 horas y no se identifica ninguna razón válida, el paciente no podrá programar citas y deberá programar citas futuras en persona para ser atendido el mismo día si existe alguna disponibilidad en el horario del proveedor. Se pueden considerar algunas excepciones a discreción de los supervisores del Centro o según la recomendación médica del proveedor.

  Iniciales del Paciente: _____

- **Consentimiento para su tratamiento:**
  Yo autorizo por este medio a los doctores de HealthWorks para llevar a cabo tratamientos médicos tales como exámenes incluyendo procedimientos de diagnóstico o evaluaciones, que resulten necesarios en la opinión del doctor del paciente. Este consentimiento prevalecerá efectivo mientras yo reciba cuidados en HealthWorks o hasta que yo retire mi consentimiento.

  Iniciales del Paciente: _____

- **Consentimiento de comunicación:**

  Yo autorizo a HealthWorks a enviar mensajes de texto, correos electrónicos o mensajes de voz sobre mi atención médica. Esta comunicación incluirá recordatorios de citas, resultados de pruebas, notificación de medicación y encuestas de satisfacción del paciente, a menos que decida retirar mi consentimiento

  Iniciales del Paciente: _____

- **Exámenes de VIH, HEPATITIS B&C:**

  En caso de que el personal de HealthWorks este en contacto con el fluido corporal mío o de mis niños. Yo doy mi consentimiento para exámenes de VIH, Hepatitis B y C e infecciones trasmitidas sexualmente.

  Iniciales del Paciente: _____

- **Tecnología de escritura ambiental:** Tecnología de escritura ambiental escucha y transcribe la conversación entre usted y su proveedor de atención médica durante su consulta y su proveedor de atención médica durante su consulta. Su proveedor de atención médica revisa la exactitud de la informacion antes de documentarla en su registro. Tecnología de escritura ambiental cumple con todas las leyes y regulaciones aplicables con respecto a la confidencialidad del paciente y la protección de datos, incluida la Norma de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos.
  - ☐ Doy mi consentimiento para el uso de tecnología de escritura ambiental durante mis consultas médicas.
  - ☐ No doy mi consentimiento para el uso de tecnología de escritura ambiental durante mis consultas médicas.

  Iniciales del Paciente: _____