

Formulario de registro de pacientes nuevos



Información general		
Nombre (primer nombre, segundo nombre y apellido)		Primer nombre preferido
Número de Seguro Social	Sexo (legal) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No se sabe	Fecha de nacimiento
Dirección postal		Ciudad, estado y código postal
Teléfono celular	Número de teléfono alternativo	Dirección de correo electrónico
¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita un intérprete de lenguaje de señas americano (ASL)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál es su idioma preferido? (si no es el inglés)
¿Tiene alguna de las siguientes discapacidades? <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Otro:		
Estado civil <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja sentimental <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Se niega a decirlo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado legalmente		
Etnia <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano americano o chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> No de origen hispano, latino ni español <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo <input type="checkbox"/> No se sabe		Raza (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái
Orientación sexual e identidad de género		
Orientación sexual <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana ni gay) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra cosa <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Elige no revelarlo <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Queer		
Identidad de género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/De hombre a mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/De mujer a hombre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo <input type="checkbox"/> Agénero <input type="checkbox"/> Demigirl <input type="checkbox"/> Demiboy <input type="checkbox"/> Género fluido <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Dos espíritus <input type="checkbox"/> Incierto		

Sexo asignado al nacer			
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino		
<input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> No se registró en el certificado de nacimiento		
<input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo	<input type="checkbox"/> Incierto		
Pronombres preferidos			
<input type="checkbox"/> Ella/su/suya	<input type="checkbox"/> Él/su/suyo		
<input type="checkbox"/> Se niega a responder	<input type="checkbox"/> No se sabe		
<input type="checkbox"/> Ellos/ellas/suyos	<input type="checkbox"/> Su nombre		
Situación laboral (Marque todas las que corresponden.)			
<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Militar en servicio activo	<input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> A tiempo completo	<input type="checkbox"/> A tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Estudiante (a tiempo completo)	
<input type="checkbox"/> Sin empleo	<input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Estudiante (a tiempo parcial)	
Contacto de emergencia			
<i>Nota: No estamos autorizados a revelar su información médica protegida (PHI) al contacto de emergencia. Para autorizarnos a revelar su PHI a otra tercero, complete el Acuerdo de revelación de PHI.</i>			
Nombre del contacto de emergencia (nombre y apellido)	Relación con el paciente		
Teléfono del contacto de emergencia	Notas del contacto de emergencia		
Estado de veterano			
<input type="checkbox"/> No veterano	<input type="checkbox"/> Guardia Nacional	<input type="checkbox"/> Veterano (servicio anterior)	
<input type="checkbox"/> Militar en servicio activo	<input type="checkbox"/> Reservista	<input type="checkbox"/> Veterano (jubilado)	
¿Quién es el garante de esta cuenta?			
<i>Nota: El garante es responsable de los cargos asociados con la cuenta. Por ejemplo, si el paciente es un niño, el garante es el padre/madre o tutor.</i>			
¿Quién es el garante de esta cuenta?			
<input type="checkbox"/> La propia persona	<input type="checkbox"/> Padre/madre/tutor del paciente	<input type="checkbox"/> Cónyuge del paciente	
<input type="checkbox"/> Otro:			
Nombre del garante (si no es el paciente)	Número de contacto del garante		
Número de Seguro Social del garante	Fecha de nacimiento del garante		
Seguro (Escriba 'ninguno' si no está asegurado.)			
Compañía de seguros principal	Nombre del suscriptor/titular de la póliza		
Relación del paciente con el suscriptor/titular de la póliza (p. ej., paciente, cónyuge, hijo, etc.)	Número de identificación del suscriptor/titular de la póliza		
Compañía de seguros secundaria	Nombre del suscriptor/titular de la póliza		
Relación del paciente con el suscriptor/titular de la póliza (p. ej., paciente, cónyuge, hijo, etc.)	Número de identificación del suscriptor/titular de la póliza		

Elegibilidad para el Programa de descuento de escala variable de tarifas			
<i>Nota: Estas preguntas nos ayudan a identificar a los pacientes que pueden calificar para obtener descuento en los servicios en ANHC.</i>			
¿Cuántas personas hay en el grupo familiar?	¿Cuánto son los ingresos anuales calculados del grupo familiar? \$		
¿ Cuánto son los ingresos anuales del grupo familiar? (Se necesita la respuesta si los ingresos calculados no se dieron arriba).			
<input type="checkbox"/> Menos de \$27,000 al año	<input type="checkbox"/> Aproximadamente \$46,000 al año		
<input type="checkbox"/> Aproximadamente \$27,000 al año	<input type="checkbox"/> Aproximadamente \$56,000 al año		
<input type="checkbox"/> Aproximadamente \$36,000 al año	<input type="checkbox"/> Más de \$75,000 al año		
¿Le gustaría enviar una solicitud para el Programa de descuento de escala variable de tarifas de ANHC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé			
Documentos importantes para pacientes nuevos			
 Vea los siguientes documentos visitando nuestro sitio web (www.anhc.org/new-patients) o escaneando el código QR) o pidiendo una copia a cualquier miembro del personal. Escriba sus iniciales abajo para confirmar que entiende que estos documentos están disponibles para usted en cualquier momento.			
Iniciales: _____	Solicitud de descuento de escala variable de tarifas	Iniciales: _____	Derechos y responsabilidades del paciente
Iniciales: _____	Aviso de prácticas de privacidad	Iniciales: _____	Acuerdo de revelación de PHI
Iniciales: _____	Consentimiento para el tratamiento y prácticas de facturación	Iniciales: _____	Prácticas de recetas/medicamentos controlados

Información importante

Acceso las 24 horas: ¿Necesita comunicarse con ANHC fuera del horario habitual de atención? Llame al 907-743-7200. Su llamada la atenderá el servicio de contestador de ANHC y, si corresponde, se le pasará nuestro proveedor de guardia. **Si tiene una emergencia, llame al 911.**

Atención integrada en ANHC: Anchorage Neighborhood Health Center (ANHC) es un centro médico centrado en el paciente (PCMH), certificado por el National Committee for Quality Assurance (comité nacional de control de la calidad, NCQA).

Servicios de ANHC: Como PCMH, ANHC atiende a la persona en su totalidad. Atendemos a pacientes de todas las edades y ofrecemos diversos servicios de atención médica, todo en un mismo lugar.

- Atención médica
- Atención dental
- Farmacia
- Atención de salud conductual
- Análisis de laboratorio y radiografías
- Mamografías
- Orientación sobre nutrición
- Asistencia para la inscripción en un seguro médico
- Programa de descuento con tarifa variable
- Interpretación gratuita de idiomas
- Coordinación de la atención
- Atención por la noche
- Telesalud

ANHC es un cesionario del Programa de Centros Médicos según 42 U.S.C. 254b y se considera empleado del Servicio de Salud Pública según 42 U.S.C. 233 (g)-(n).



Para obtener más información: Visite nuestro sitio web (escanee el código QR de la izquierda o escriba www.anhc.org) para obtener más información sobre nuestra organización y los servicios que prestamos.

Consentimiento para el tratamiento y prácticas de facturación

Políticas de citas

Si necesita cancelar o reprogramar su cita, avísenos lo antes posible. Si no llega a tiempo a su cita, es posible que se considere que no asistió. Si falta a tres (3) citas en un año, es posible que no pueda programar citas hasta 12 meses. Solo podrá pedir cita para el mismo día.

Consentimiento informado para el tratamiento

Yo, por mi cuenta o por mi hijo menor de edad o adulto con un tutor legal, doy mi consentimiento para la atención médica incluyendo procedimientos de diagnóstico de rutina, incluyendo rayos X y pruebas/evaluaciones de laboratorio, tratamiento médico, tratamiento de salud conductual, tratamiento dental, tratamiento por consumo de sustancias y todos los demás servicios médicos prestados por Anchorage Neighborhood Health Center (ANHC) y su personal y agentes autorizados en persona o por telesalud. Los problemas físicos y emocionales a menudo ocurren juntos; creemos que la mejor atención se da cuando los proveedores médicos trabajan juntos. Los proveedores de ANHC pueden remitirlo a proveedores de otras especialidades de atención médica en nuestro equipo. Los miembros de esos equipos compartirán información clínica entre ellos y documentarán en el mismo expediente médico. Entiendo que:

- La práctica de la medicina, atención de salud conductual, odontología y operaciones no son ciencias exactas y que el diagnóstico y el tratamiento implican riesgos de lesiones y, a veces, de muerte. Reconozco que no hay garantías sobre los resultados de los exámenes, tratamientos u otros servicios médicos prestados por ANHC. Haga preguntas al proveedor sobre los beneficios, los riesgos y las opciones disponibles.
- El personal de ANHC usa mis declaraciones, historia médica y otra información para evaluar mi condición y determinar el mejor tratamiento. La evaluación y el tratamiento de menores a menudo necesitará la participación de los padres, tutores legales y otros familiares.
- Excepto en circunstancias de emergencia o extraordinarias, no me harán ningún procedimiento sustancial a menos que, y hasta que, haya tenido la oportunidad de hablarlo con un médico, dentista u otro profesional médico.
- Tengo derecho a dar mi consentimiento o rechazar cualquier procedimiento o plan de tratamiento propuesto.
- No participaré en ninguna investigación ni procedimiento experimental sin mi absoluto conocimiento y consentimiento.
- ANHC es un centro de enseñanza y que médicos residentes (médicos en capacitación), estudiantes de medicina, estudiantes de enfermería y otros estudiantes profesionales de la salud pueden participar en mi atención. Reconozco que, a estos estudiantes los supervisa personal experto y que mi proveedor principal tiene absoluta autoridad para mi atención. Entiendo que puedo rechazar la atención de cualquier residente o estudiante en cualquier momento, y que dicho rechazo no dará como resultado ninguna reducción de la calidad de la atención prestada.

Confidencialidad del paciente

La ley nos obliga a mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI). También estamos obligados a avisarle nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica y cumplir las prácticas de nuestro Aviso a menos que se apliquen leyes o reglamentaciones más estrictas.

Aviso de prácticas de privacidad

Le entregarán una copia del Aviso de prácticas de privacidad. Lea este aviso. Este aviso incluye información sobre cuándo podemos revelar la información del paciente a otros sin el permiso del paciente, incluyendo cuando:

- El paciente represente una amenaza para sí mismo o para otros.
- El paciente no pueda protegerse a sí mismo del riesgo de hacerse daño.
- El paciente esté en custodia legal de una agencia o centro de gobierno.
- Haya evidencia de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Se solicite el expediente clínico mediante una orden judicial.

Declaración para la revelación de información

ANHC recibe financiamiento federal, estatal y privado para ayudar a apoyar nuestras operaciones y permitirnos servirle a usted y a nuestra comunidad. Como condición para recibir este financiamiento, ANHC está obligado a participar en auditorías y a revelar ocasionalmente información sobre pacientes/clientes con fines de control de calidad e informes del estatus. La información revelada solo se usará para verificar que ANHC está siguiendo los requisitos de la subvención, procesando las solicitudes y los pagos/facturación correctamente.

- Doy mi consentimiento (estoy de acuerdo) para que se revele mi expediente cuando se considere necesario para la revisión de cualquier programa de asistencia para el que sea elegible o en el que participe.
- Los programas pueden incluir, entre otros, programas de escala variable de tarifas, programas financiados por la subvención Ryan White, otros programas financiados por subvenciones y programas de ayuda farmacéutica.
- Cualquier expediente que se considere necesario para revisión incluye, entre otros: solicitud de escala variable de tarifas y documentos de respaldo, información del paciente, información del seguro y cualquier otro tipo de información incluida en el expediente electrónico médico o dental.

Aviso al paciente sobre la práctica de facturación y las políticas del consultorio

Entiendo que el pago de los servicios prestados por ANHC se vence en el momento del servicio. Aceptamos dinero en efectivo, Visa, MasterCard, tarjetas de crédito Discover, tarjetas de débito y cheques personales. Hay disponibles opciones de planes de pagos y se revisan individualmente. Si hay alguna responsabilidad del paciente que no se anticipó/cobró en el momento del servicio, pero se identificó después de que el seguro procesó el reclamo, ANHC le avisará al paciente del saldo adeudado mediante una declaración. Se espera el pago antes de la fecha de pago que está en la declaración. ANHC puede enviar el saldo adeudado a cobros si no se paga en la fecha de pago.

Cuando se pida o si no tiene seguro/paga por su cuenta, ANHC hará un esfuerzo de buena fe para dar al paciente o garante un cálculo razonable de los cargos, usando los precios más recientes por un servicio igual o similar. Estos cálculos no son una garantía de los cargos reales de facturación de una persona debido a la imposibilidad de predecir todos los servicios que pueden ser necesarios con el plan de atención individual.

Si tiene seguro médico, le enviaremos la factura a la compañía de seguros.

- Si no está seguro si su proveedor está dentro de la red o si es un proveedor preferido en su plan de seguro, pregúntenos antes de su cita.
- Esperamos que pague en el momento del servicio cualquier porción calculada de responsabilidad del paciente, incluyendo copagos, deducibles, coseguros o cargos por servicios no cubiertos.
- Damos un período de gracia de 90 días para que su seguro responda a nuestros reclamos. Si la compañía de seguros no responde a nuestros reclamos en el plazo de 90 días, usted será responsable de pagar el saldo total.

Debido al equipo especializado necesario para algunas pruebas de laboratorio, ANHC no tiene la capacidad de prestar todos los servicios de laboratorio. ANHC contrata a un proveedor externo para hacer las pruebas que no podemos hacer. Nuestro proveedor facturará por separado las pruebas que se hagan en su centro. Debido a esto, es posible que reciba

dos estados de cuenta (uno de ANHC y otro del proveedor del laboratorio) si las pruebas ordenadas no se pudieran hacer por completo en ANHC. No somos responsables de las prácticas de facturación del proveedor.

Programa de descuento de escala variable de tarifas

Tenemos un programa de descuento de escala variable de tarifas para pacientes con ingresos del grupo familiar menores al 200 % del Nivel federal de pobreza de Alaska. Este descuento está disponible para todos los pacientes calificados, independientemente del estado del seguro.

- El Descuento de escala variable de tarifas se puede usar para cualquier cargo no cubierto, incluyendo, entre otros, copagos, deducibles y coseguros.
- Si sus ingresos o el tamaño del grupo familiar cambian, debe actualizar su solicitud de escala variable de tarifas.
- Debe actualizar la solicitud al menos cada 12 meses para calificar para el descuento de escala variable de tarifas.

Revelación, cesión y declaración de responsabilidad

Doy mi consentimiento (estoy de acuerdo) para relevar cualquier información necesaria para procesar los reclamos del seguro y ceder y pedir el pago directamente a Anchorage Neighborhood Health Center, Inc. (ANHC). Entiendo que:

- Soy responsable del pago de todos los servicios y productos que me presten a mí o a cualquier paciente para el que soy el garante del pago.
- Acepto, firme como tutor legal, garante o paciente, pagar esa cuenta de acuerdo con las tarifas y los términos habituales de ANHC.
- Si la cuenta se remite a un abogado o agencia de cobranza para el cobro, pagaré los honorarios reales del abogado y los gastos de cobranza. Si su cuenta está atrasada 30 días, es posible que se le cobren intereses a la tasa legal.

Firma para el Consentimiento para el tratamiento y prácticas de facturación*

Firmando, reconozco y acepto que:

- Revisé una copia del Aviso de prácticas de privacidad de ANHC que tuve disponible y entiendo que puedo pedir una copia del aviso en cualquier momento.
- Leí y entiendo el Consentimiento para el tratamiento y prácticas de facturación (este documento) con respecto a mi tratamiento o, si firmo como padre/madre o tutor, de mi hijo menor de edad o la persona de la que soy responsable.

Leí las declaraciones de arriba. Entiendo mis derechos como paciente y mi responsabilidad económica con Anchorage Neighborhood Health Center. Si tengo preguntas sobre este formulario, pregunto a un miembro del personal y entiendo las respuestas a mis preguntas antes de firmar. Entiendo que en cualquier momento, puedo hacer preguntas al personal de ANHC sobre el tratamiento, prácticas de privacidad y facturación.

Nombre en letra de molde	
Firma	Fecha

**Este acuerdo expira en un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se revoque (cancele) por escrito con antelación o se firme un nuevo acuerdo.*

Acuerdo de revelación de PHI



Su nombre	Su fecha de nacimiento

Política de información médica protegida de ANHC

La **información médica protegida (PHI)** incluye información demográfica, historia médica, resultados de pruebas, información del seguro y más. **Solo revelaremos la PHI a terceros con su permiso por escrito.**

¿A quién debe incluir en este formulario?

- Cualquier persona que quiera que tenga acceso a la PHI.
- **Ayuda de interpretación de idiomas:** Personas que le darán ayuda de interpretación de idiomas cuando reciba atención médica en ANHC.
- **Padres o tutores:** Si tiene entre 12 y 17 años, sus padres o tutores solo tendrán acceso a su cuenta MyChart como apoderados si los incluye en este formulario.

¿Cuánto dura el Acuerdo de revelación de PHI?

Este acuerdo de revelación de PHI permanecerá vigente a menos que recibamos un aviso por escrito de su parte. Puede hacer cambios en el acuerdo de revelación de PHI en cualquier momento. Para hacer cambios, pida otra copia de este formulario.

ANHC tiene mi autorización para revelar la información médica personal a las siguientes personas:

Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento	¿Autoriza a esta persona a tener acceso de representante a su cuenta de MyChart?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Firma

Firma	Fecha de hoy