



**Registro de Pacientes** (Por favor en letra de imprenta)

<b>Información al paciente</b>						
Apellido Paterno		Nombre		Apellido Materno		Fecha de Nacimiento
Dirección Residencial			Apt #	Ciudad		Estado Zona Postal
Teléfono Residencial		Teléfono durante el Día		Teléfono Celular		Correo Electrónico
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Nº de Seguro Social		Nº de Licencia para Conducir		Idioma Principal
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica		Prefèrido Método de Contacto <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Teléfono Celular <input type="checkbox"/> Paciente Portal (Correo Electrónico Seguro)		Raza <input type="checkbox"/> Indios Americanos, o Nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negros o Afroamericanos <input type="checkbox"/> Nativos de Hawai o Otros Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Alguna Otra Raza <input type="checkbox"/> Dos o Más Razas Etnicidad		Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
Empresa donde Trabaja				Ocupación		
Dirección del Trabajo				Telefono del Trabajo		
<b>Parte Responsable (Garante)</b>						
Apellido Paterno		Nombre		Apellido Materno		Fecha de Nacimiento
Dirección Residencial (si es diferente del paciente)			Apt #	Ciudad		Estado Zona Postal
Teléfono Residencial		Teléfono durante el Día		Teléfono Celular		Correo Electrónico
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Nº de Seguro Social		Nº de Licencia para Conducir		Relación con Paciente
<b>Contacto de Emergencia (Si es diferente de la parte responsable)</b>						
Apellido Paterno		Nombre		Apellido Materno		Fecha de Nacimiento
Dirección Residencial (si es diferente del paciente)			Apt #	Ciudad		Estado Zona Postal
Teléfono de emergencia			Teléfono Alternativo		Relación con Paciente	
<p>Yo/Nosotros autorizamos y consentimos la realización de todos los tratamientos, cirugías y servicios médicos recomendados por los médicos y personal de los grupos médicos afiliados con Community Health and Life Center, PLLC para mi o el menor anteriormente mencionado del cual yo soy el padre, madre o tutor legal. Certifico que, a mi entender, todas las declaraciones contenidas son verdaderas. Yo entiendo que soy directamente responsable de todos los cargos incurridos por los servicios médicos para mí y para mi cargo independientemente de la cobertura del seguro, excluyendo sólo servicios cubiertos autorizados bajo un contrato HMO prepagado. Yo además acepto pagar interés legal, costos de recolección, y los honorarios de los abogados que se incurran para recolectar cualquier cantidad que yo deba. Yo también autorizo mi grupo médico afiliado con Community Health and Life Center, PLLC a que entregue información solicitada por la compañía de seguros y/o sus representantes. Comprendo perfectamente que este acuerdo y el consentimiento continuarán hasta que sean revocados por mí por escrito.</p>						
Firma del Paciente/Parte Responsable				Fecha		
Nombre del Paciente/Parte Responsable (por favor en letra de imprenta)				Relación con Paciente		

Patient Registration

Informacion de farmacia		Farmacia Preferida		Farmacia Secundaria			
Nombre		Nombre		Nombre			
Direccion		Direccion		Direccion			
Telefono		Telefono		Telefono			
Fax		Fax		Fax			
Directiva Anticipada							
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No Resucitar		<input type="checkbox"/> Designacion de un apoderado			
				<input type="checkbox"/> Testamento			
				<input type="checkbox"/> Apoderado de Salud			
Fecha Repasado:				Vital			
Medicina- Enumere todos los medicamentos que toma con y sin receta y la dosis							
<input type="checkbox"/> No tomo ninguna medicina							
Nombre			Dosis				
Alergias- Enumere alergias conocidas (medicinas, comida, animals ect.)							
<input type="checkbox"/> No Alergias							
Historia Medico- enumere si tiene ahora (actual) o ha tenido (pasado) una de las siguientes condiciones.							
Condiciones		Fecha		Condiciones		Fecha	
<input type="checkbox"/> Ninguna				<input type="checkbox"/> Enfermedad de Vesicula			
<input type="checkbox"/> Alergias				<input type="checkbox"/> Acido Reflujo			
<input type="checkbox"/> Anemia				<input type="checkbox"/> Hepatitis C			
<input type="checkbox"/> Angina				<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia			
<input type="checkbox"/> Ansiedad				<input type="checkbox"/> Hipertension			
<input type="checkbox"/> Artritis				<input type="checkbox"/> Enfermedad de intestino			
<input type="checkbox"/> Asma				<input type="checkbox"/> Enfermedad de higado			
<input type="checkbox"/> Fibrilacion Auricular				<input type="checkbox"/> Migraña			
<input type="checkbox"/> Hipertrofia Prostatica Benigna				<input type="checkbox"/> Infarto miocardio			
<input type="checkbox"/> Coagulos				<input type="checkbox"/> Osteoartritis			
<input type="checkbox"/> Cancer - tipo				<input type="checkbox"/> Osteoporosis			
<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular				<input type="checkbox"/> Enfermedad de Ulcera			
<input type="checkbox"/> Enfermedad arteria coronaria				<input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñon			
<input type="checkbox"/> Obstruccion pulmonar cronico				<input type="checkbox"/> Incautacion			
<input type="checkbox"/> Enfermedad Crohn's				<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides			
<input type="checkbox"/> Depresion				<input type="checkbox"/> Otro			
<input type="checkbox"/> Diabetes				<input type="checkbox"/> Otro			

Patient Registration

Quirúrgico Histórico - Enumere si ha tenido estos procedimientos						
Procedimiento	Año	Procedimiento	Año			
<input type="checkbox"/> Ninguno		<b>Hombres solamente</b>				
<input type="checkbox"/> Angioplastia		<input type="checkbox"/> Biopsia prostata				
<input type="checkbox"/> Angioplastia con Stent		<input type="checkbox"/> TURP				
<input type="checkbox"/> Apendectomia		(Trans-urethral resection of Prostate)				
<input type="checkbox"/> Artroscopia de rodilla		<input type="checkbox"/> Vasectomia				
<input type="checkbox"/> Cirugia de espalda		<input type="checkbox"/> Otra				
<input type="checkbox"/> Bypass de corazon		<input type="checkbox"/> Otra				
<input type="checkbox"/> Tunel Carpal						
<input type="checkbox"/> Extraccion de cataratas		<b>Mujers Solamente</b>				
<input type="checkbox"/> Colectomia		<input type="checkbox"/> Augmento de seno				
<input type="checkbox"/> Colectomia		<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas Bilateral				
<input type="checkbox"/> Colostomia		<input type="checkbox"/> Biopsia de seno				
<input type="checkbox"/> Bypass Gastrico		<input type="checkbox"/> Cesarea				
<input type="checkbox"/> Reparacion de hernia		<input type="checkbox"/> Dilatacion raspado				
<input type="checkbox"/> Repuesta de cadera		<input type="checkbox"/> Histerectomia				
<input type="checkbox"/> Repuesta de rodilla		<input type="checkbox"/> Mastectomia				
<input type="checkbox"/> LASIK		<input type="checkbox"/> Miomectomia				
<input type="checkbox"/> Biopsia de higado		<input type="checkbox"/> Reduccion de seno				
<input type="checkbox"/> Marcapasos		<input type="checkbox"/> TAH/BSO				
<input type="checkbox"/> Reseccion intestinal		<input type="checkbox"/> Histerectomia vaginal				
<input type="checkbox"/> Tiroidectomia		<input type="checkbox"/> Otro				
<input type="checkbox"/> Amigdalectomia		<input type="checkbox"/> Otro				
Mantenimiento De Salud - Enumere con fecha mas reciente de su examen						
Examen	Fecha	Exam	Fecha			
<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Examen ginecologo				
<input type="checkbox"/> Examen De Seno		<input type="checkbox"/> Vacuna influenza				
<input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo cardiaco		<input type="checkbox"/> Exam de lipidos				
<input type="checkbox"/> Colonoscopia		<input type="checkbox"/> Mamographia				
<input type="checkbox"/> DEXA Escaneo		<input type="checkbox"/> Papanicolaou				
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma		<input type="checkbox"/> Examen fisico				
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma (EKG)		<input type="checkbox"/> Vacuna neumonia				
<input type="checkbox"/> Examen De Ojos		<input type="checkbox"/> Prueba de funcion Pulmonar				
<input type="checkbox"/> FOBT (stool card for hidden blood)		<input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia				
<input type="checkbox"/> Examen de pies		<input type="checkbox"/> Vacuna de Tetano				
Historico Familiar De Salud - Enumere si algun miembro familiar tiene algun condicion						
<input type="checkbox"/> ADOPTADO						
Diagnosis	Madre	Padre	Hermano/A	Otra	Otra	Otra
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque de Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer - Tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso De Desarroyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient Registration

Historial Familiar - continuado							
Diagnosis	Mama	Papa	Hermano/A	Otro	Otro	Otro	Otro
Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiencia Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas a prender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema Vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historial Social							
Ocupacion				empleador			
Tiene hijos?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Cuantos?		Hembras	Machos
Uso de Tabacco		<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Poco		<input type="checkbox"/> Masticar <input type="checkbox"/> Pipa		<input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Cigarrio	
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Antes/ Año que dejo:		<input type="checkbox"/> Sin Humo		Marca:	
Uso de Alcohol		<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Poco		<input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vino		<input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Antes/ Año que dejo:		Patron Dormir		<input type="checkbox"/> Cambios <input type="checkbox"/> Ninguno	
Ejercicio		<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Vigoroso <input type="checkbox"/> Sdentario		Days/Week:			
Uso de cafeina		<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Poco		<input type="checkbox"/> Chocolate <input type="checkbox"/> Cafe		<input type="checkbox"/> Soda <input type="checkbox"/> Te	
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Antes/ Año que dejo::		<input type="checkbox"/> Tabletas		<input type="checkbox"/> Other:	
Pediatria							
Paciente vive con		Primero	<input type="checkbox"/> Mama	<input type="checkbox"/> Papa	<input type="checkbox"/> Los dos	<input type="checkbox"/> Otro	
		Secundo	<input type="checkbox"/> Mama	<input type="checkbox"/> Papa	<input type="checkbox"/> Otro		
Ocupacion de mama				Ocupacion de papa			
Relacion de padres				Cuido			
<input type="checkbox"/> Cazados		<input type="checkbox"/> Soltero/a		<input type="checkbox"/> Mama		<input type="checkbox"/> Abuelos	
<input type="checkbox"/> Divorciados		<input type="checkbox"/> Separados		<input type="checkbox"/> Papa		<input type="checkbox"/> Niñera	
<input type="checkbox"/> Viudo				<input type="checkbox"/> Hermanos		<input type="checkbox"/> Guarderia	
Expuesto a tabaco <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				Fuma el paciente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Fuman en casa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							

## Asignación de las Prestaciones del Seguro/Elegibilidad Certificación

Seguro Primario		
Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	
Plan de Seguros	Nº del Grupo	Nº de Poliza
Dirección del Seguro	Teléfono	
Nombre del Suscriptor	Relación con Paciente	
Número del Seguro Social del suscriptor	Fecha de Nacimiento del Suscriptor	
Empresa donde trabaja el suscriptor	Teléfono del Trabajo	
Dirección del Trabajo		

Para los Pacientes de Medicare Sólomente:		
Nº del Reclamación de Seguro de Salud	Fecha Efectiva Parte A	Fecha Efectiva Parte B

Otras Coberturas de Seguro del Paciente		
Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	
Plan de Seguros	Nº del Grupo	Nº de Poliza
Dirección del Seguro	Teléfono	
Nombre del Suscriptor	Relación con Paciente	
Número del Seguro Social	Fecha de Nacimiento del suscriptor	
Empresa donde trabaja el Suscriptor	Teléfono del Trabajo	
Dirección del Trabajo		

Medicare/Otros	Polizas de HMO
<input type="checkbox"/> Por la presente autorizo y solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare/ú otros beneficios de seguro a mi nombre sean pagados directamente a Community Health and Life Center, PLLC para cualquier servicio médico ó quirúrgico prestado por sus grupos médicos afiliados, a mí o a un miembro de mi familia. Autorizo al titular de mi información médica u otra información a que la libere a la Administración de la Seguridad Social, Administración de Financiamiento de Servicios de Salud, sus agentes o portadores, o la compañía de seguros cualquier información necesaria para que este o un reclamo relacionado de beneficios de Medicare u otro seguro para determinar éstos beneficios.  O los beneficios pagables por servicios relacionados. Tengo entendido que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier otro partidario que pueda ser responsable por el pago de mi tratamiento.	<input type="checkbox"/> Yo entiendo que soy elegible para beneficios en o a partir de la fecha ____/____/____ mediante mi póliza de HMO. Tengo entendido que mi IPA/grupo médico elegido para mis beneficios es un grupo médico afiliado con Community Health and Life Center, PLLC mencionado anteriormente. Estoy consciente de que si lo anterior no es cierto, yo (o la persona responsable financieramente por mí) soy responsable de todos los cargos relacionados con los servicios proporcionados. Estoy de acuerdo en que si lo anterior no es cierto, yo (o la persona responsable financieramente por mí), pagará la totalidad de estos cargos.

Firma del paciente /Parte Responsable	Fecha
Nombre del Paciente/Parte Responsable (por favor en letra de imprenta)	Relación con Paciente

# CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

=Total Score: \_\_\_\_\_

**Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?**

No ha sido difícil □	Un poco difícil □	Muy difícil □	Extremadamente difícil □
-------------------------	----------------------	------------------	-----------------------------

## Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a proporcionar atención médica y servicios de alta calidad a todos nuestros pacientes. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que le exigimos que usted lea y acepte antes de iniciar cualquier tratamiento.

- Por favor, entiendan que el pago de su factura es considerada como parte de su tratamiento. Los honorarios deben ser pagados al obtener los servicios. Aceptamos pagos en efectivo, cheques, tarjetas de crédito y seguros pre-aprobados en los cuales somos proveedores contratados y somos además el proveedor primario designado, si viene al caso.
- Es su responsabilidad saber cuáles son sus propios beneficios del seguro médico, incluso la cuestión de si somos un proveedor médico bajo contrato con su compañía de seguros, beneficios cubiertos y las exclusiones de su póliza de seguro, y cualquier pre-requisito para la autorización de su compañía de seguros.
- Nosotros trataremos de confirmar el alcance de su cobertura antes de su tratamiento. Es su responsabilidad proporcionar la exacta información del seguro, incluidas todas las actualizaciones o cambios en la cobertura. Si Ud. no proporciona esta información, usted será responsable del monto total de la factura.
- Si tenemos un contrato con su compañía de seguros le facturaremos a su compañía de seguros en primer lugar, menos cualquier copago(s) o deducible(s), y, después de eso, el resto será su responsabilidad. Este proceso generalmente toma entre 45-60 días desde el momento en que la reclamación es recibida por la compañía de seguros.
- Si no tenemos un contrato con su compañía de seguros, Ud. es responsable por el monto total de todos los servicios prestados al final de su visita. Nosotros le proporcionaremos un recibo que se puede presentar a su compañía de seguros para reembolso.
- Comprobante de pago y ID con foto son requeridos para todos los pacientes. Nosotros pediremos hacer una copia de su ID y tarjeta de seguro para nuestros registros. El proporcionarnos con una copia de su tarjeta de seguros no confirma que su seguro está vigente ni que los servicios prestados serán cubiertos por su seguro.
- Por favor, entiendan que algunas coberturas de seguro tienen beneficios fuera de la red que tienen cargos y co-pagos más altos y beneficios anuales limitados. Si recibe servicios que forman parte de una red "out of network", su proporción debida del monto total puede que sea más de lo que Ud. pagaría en "in network".

He leído la información acerca de la responsabilidad financiera antes indicada, y mi firma abajo sirve como reconocimiento a una clara comprensión de mi responsabilidad financiera. Yo entiendo que si mi compañía de seguros me niega la cobertura y/o el pago por servicios prestados, yo asumo la responsabilidad financiera y pagare todos los gastos en su totalidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente /Parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/Parte responsable  
(por favor en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relación con paciente



**Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad**

Al firmar este formulario usted acusa el haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Community Health and Life Center, PLLC sus grupos médicos afiliados. Nuestras Prácticas de Privacidad proporcionan información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información privada. Le invitamos a leerlo en su totalidad.

Nuestras Prácticas de Privacidad están sujetas a cambios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente/Representante del Paciente  
(por favor en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relación con paciente

**PARA USO OFICIAL:**

Hemos intentado obtener un acuse de recibo del paciente de nuestras Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener en éste caso por la siguiente razón:

- Paciente Negó a Firmar
- Representante del Paciente Negó a Firmar
- Situación de Emergencia Impidió Firma
- Otros (especificar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha





### Comunicarse con usted

Le pedimos que complete este formulario para poder identificare la manera más efectiva con la que nuestro personal se pueda comunicar con usted para proporcionarle resultados de pruebas de laboratorio, radiografías, información acerca de prescripciones o responder a un mensaje que dejo para el consultorio médico. **Nosotros podemos comunicar a través del correo, correo electrónico seguro, o por teléfono, incluyendo mensajes de voz.**

Por favor, marque todas las casillas que dan permiso a Community Health and Life Center, PLLC para comunicarse con usted

<input type="checkbox"/> Me puede contactar por teléfono número de teléfono: ____
<input type="checkbox"/> Usted puede dejar una mensaje de voz por correo teléfono: ____
<input type="checkbox"/> me puede contactar por correo
<input type="checkbox"/> me puede contactar a través de correo electrónico (Mychart)

Si da permiso para que nos comuniquemos con otra persona, por favor complete la siguiente lista:

Nombre/número de teléfono	Relación	Opciones
1.		<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información de cita Información médica/de salud <input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información de cita Información médica/de salud <input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información de cita Información médica/de salud <input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información de cita Información médica/de salud <input type="checkbox"/>

Esto solicitud reemplaza a cualquier previa solicitud para la comunicación de la información tenga hizo.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente/responsable

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente/responsable  
 (impresión)

\_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente