

Información del Paciente

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Teléfono de trabajo: _____ Teléfono preferido: Casa Celular Trabajo

Dirección de Correo Electrónico: _____

Método preferido de recordatorio de cita: Teléfono Texto Correo Electrónico No contacte

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Vuido(a)

Sexo: Hombre Mujer

Preguntas 8 y 9 no se requieren para pacientes menores de 18 años de edad.

La colección de datos de identidad de género y orientación sexual es importante para ayudar a reducir las disparidades de salud y promover la atención culturalmente competente de la salud.

Orientación Sexual (identidad sexual de una persona en relación con el género a los que se sienten atraídos)

- Lesbiana/Gay No Lesbiana/Gay Bisexual
 Otro _____ No Se Prefiero no declarar

Identidad de Género (opinión de una persona de tener un género determinado, que puede o no puede corresponder al género que eran al nacer)

- Hombre Mujer Transgénero Hombre(Mujer a Hombre) Transgénero Mujer(Hombre a Mujer)
 Otro _____ Prefiero no declarar

Office Use Only

Care Team Member Signature: _____ Date: _____

Información del Paciente

Raza: Blanco Negro Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo Hawaiano Otro de Las Islas del Pacifico

Asiático Mas de una raza Prefiero no declarar

Origen Étnico: Hispano/Latino No Hispano/Latino Language Preferido: _____

Estado de Empleo: Empleado Negocio Propio Desempleado Incapacitado Jubilado

Estudiante Tiempo Completo Estudiante Medio Tiempo Nombre de Empleador o Escuela: _____

Tiene seguro de salud? Si No Nombre de seguro? _____

Contacto de emergencia: _____ **Relación:** _____

Teléfono: _____ **Language Preferido:** _____

Padre/Guardian Legal: (complete si el Paciente es menor de edad)

Nombre de Madre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Gender:** Male Female

Nombre de Padre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Gender:** Male Female

Nombre de Guardian Legal: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Gender:** Male Female

Numero De Teléfono: _____ **Tipo de Telefono:** Casa Celular Trabajo

Dirección de Correo Electrónico: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Vuido(a)

Raza: Blanco Negro Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo Hawaiano Otro de Las Islas del Pacifico

Asiático Mas de una raza Prefiero no declarar

Origen Étnico: Hispano/Latino No Hispano/Latino Language Preferido: _____

Estado de Empleo: Empleado Negocio Propio Desempleado Incapacitado Jubilado

Estudiante Tiempo Completo Estudiante Medio Tiempo Nombre de Empleador o Escuela: _____

Office Use Only

Care Team Member Signature: _____ Date: _____

Información del Paciente

Tiene el acceso al internet? Si No

Premier participa en el Programa 340B. Este programa es un programa federal del U.S., que requiere que fabricantes de la medicina proporcionen medicinas de consulta externa a organizaciones de salud y entidades cubiertas y elegibles a precios considerablemente reducidos.

Los pacientes de Premier pueden optar por hacer prescribir prescripciones por Premier bajo de este programa, llenos según usando una de las siguiente farmacias. Haciendo por tanto esto permitirá que usted reciba un precio reducido de prescripciones calificadas.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Walgreens #04811 – 12807 US Hwy 301, Dade City | <input type="checkbox"/> Walgreens #03629 – 12028 Majestic Blvd, Hudson |
| <input type="checkbox"/> Walgreens #05414 – 9220 Little Rd, New Port Richey | <input type="checkbox"/> Walgreens #03836 – 9332 US Hwy 19, Port Richey |
| <input type="checkbox"/> Walgreens #05604 – 6429 Gall Blvd, Zephyrhills | <input type="checkbox"/> Walgreens #05857 – 7420 SR 54, New Port Richey |
| <input type="checkbox"/> Walgreens #06412 – 28115 SR 54, Wesley Chapel | <input type="checkbox"/> Walgreens #06886 – Massachusetts Ave, New Port Richey |
| <input type="checkbox"/> Walgreens #11790 – 36515 SR 54, Zephyrhills | <input type="checkbox"/> Walgreens #07466 – 14217 US Hwy 19, Hudson |
| <input type="checkbox"/> Walgreens #12318 – 2480 US Hwy 19, Holiday | <input type="checkbox"/> Walgreens #16262 – 105 Mariner Blvd, Spring Hill |
| <input type="checkbox"/> Walgreens #0440 – 8951 Hudson Ave, Hudson | |

Por favor elegí una farmacia en esta lista o elegí su farmacia preferida: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Arreglos de vivienda: Dueno/Renta Refugio Esta sin hogar Vivienda Pública Transitorias

Vivo con amigos En la Calle/en Carro Otro: _____

En los últimos dos años, o antes de la jubilación o incapacidad:

- **Usted o el jefe de la familia ha trabajado en la agricultura?**
 Si No

- **Usted o el jefe de la familia se mueve de una área, a otro condado o estado en busca de trabajo en la agricultura?**
 Si No

- **Su familia vive en esta área y a ganado más de la mitad de sus ingresos en temporadas en la agricultura?**
 Si No

Office Use Only

Care Team Member Signature: _____ Date: _____

Información del Paciente

¿Has servido en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Si No

Fecha de separación de las fuerzas armadas: _____ Todavía sirviendo

Es usted un refugiado? Si No Pais de origen: _____

Elegí el tamaño de su familia y de los ingresos familiares anuales. (Para fines informativos solamente)

Total en el hogar	Ingresos Anuales Familiares				
1	\$0 - \$12,140	\$12,141 - \$16,146	\$16,147 - \$20,152	\$20,153 - \$24,280	\$24,281 and up
2	\$0 - \$16,460	\$16,461 - \$21,892	\$21,893 - \$27,324	\$27,325 - \$32,920	\$32,291 and up
3	\$0 - \$20,780	\$20,781 - \$27,637	\$27,638 - \$34,495	\$34,496 - \$41,560	\$41,561 and up
4	\$0 - \$25,100	\$25,101 - \$33,383	\$33,384 - \$41,666	\$41,667 - \$50,200	\$50,201 and up
5	\$0 - \$29,420	\$29,421 - \$39,129	\$39,130 - \$48,837	\$48,838 - \$58,840	\$58,841 and up
6	\$0 - \$33,740	\$33,741 - \$44,874	\$44,875 - \$56,008	\$56,009 - \$67,480	\$67,481 and up
7	\$0 - \$38,060	\$38,061 - \$50,620	\$50,621 - \$63,180	\$63,181 - \$76,120	\$76,121 and up
8	\$0 - \$42,380	\$42,381 - \$56,365	\$56,366 - \$70,351	\$70,352 - \$84,760	\$84,761 and up

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente o Representante del Paciente: _____ Fecha: _____
(si aplica)

Relación a Paciente: _____

Office Use Only

Care Team Member Signature: _____ Date: _____

Información del Paciente

1. Como su Proveedor Médico

Yo decido participar en el cuidado medico centrado en el paciente. Un hogar médico centrado en el paciente no es un edificio, una casa o un hospital, sino más bien un enfoque para proporcionar atención médica integral. Un hogar médico se llama “hogar” porque quisiéramos que esta oficina fuera el primer lugar que usted piensa para todas sus necesidades del cuidado médico.

2. Divulgación de Información

Información médica protegida de salud que puede ser divulgada a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente con el fin de verificar la cobertura o cualquier otro propósito relacionado para beneficiarse del pago.

Si estoy cubierto por Medicaid, Medicare u otro plan de salud, autorizo la divulgación de la información médica protegida de salud a la agencia apropiada para el pago de la reclamación. La información puede incluir, sin limitación, la historia y el físico, registros de emergencia, informes de laboratorio, tratamiento de drogas y alcohol y el informe de alta.

Las leyes federales y estatales pueden permitir esta facilidad para participar en organizaciones con otros proveedores de atención de salud, compañías de seguros, y/o participantes de la industria de cuidado de la salud y sus subcontratistas a fin de que estas personas y entidades que comparten mi información médica entre sí para lograr las metas que pueden incluir, pero no limitado a: la mejora de la precisión y el aumento de la disponibilidad de mi historia clínica, disminuyendo el tiempo necesario para acceder mi información, la continuidad de la atención médica; y aquellos otros propósitos que pueden ser permitidos por la ley. Entiendo que este centro puede ser un miembro de dichas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente la información relativa a las condiciones psicológicas, trastornos psiquiátricos, condiciones de discapacidad intelectual, información genética, las condiciones de dependencia de sustancias químicas y/o enfermedades infecciosas, incluyendo, pero no limitado a, las enfermedades transmitidas por la sangre, como el VIH y el SIDA.

Por la presente autorizo la práctica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en mi cuidado para liberar la información de atención de salud para propósitos de operaciones de atención médica, de tratamiento, y/o pago o cobro.

3. Derechos y Responsabilidades del Paciente, HIPAA, Política Financiera y El Cuidado Médico Centrado en el Paciente

Estos documentos se publican en el vestíbulo y en nuestra página web: www.premierhc.org. Yo reconozco que ha recibido o ha podido ver una copia de cada uno de esto documentos y entiendo y acepto los términos establecidos en nuestras políticas.

4. Divulgación de Información a miembros de la Familia o Amigos

Yo doy permiso de mi información médica y protegida de salud a revelarse para fines de necesidades de salud, comunicación de resultados, conclusiones y decisiones sobre la atención a los miembros de la familia o amigos a continuación.

Name	Relationship	Contact Number

Office Use Only

Care Team Member Signature: _____ Date: _____

Información del Paciente

5. Consentimiento para Tratamiento

Yo por el presente consiento y autorizo el tratamiento con Premier Community Healthcare Group inc, (PCHG), para mí, el paciente.

6. Consentimiento para el Tratamiento de un Meno

Yo, como padre, representate or guardian legal, por la presente doy mi consentimiento y autorización para el tratamiento de mi hijo(a)_____. Por otra parte, concedo el permiso a los siguientes individuos para autorizar tratamiento médico o dental en mi ausencia

Nombre	Relación	Número de Teléfono

7. Notificación de Políticas de aviso de política con respecto a Directivas Anticipadas (para pacientes mayores de 18 años)

Directiva Anticipadas son declaraciones legales que indican el tipo de tratamiento médico, deseado o no deseado en caso de que un individuo es incapaz de tomar decisiones así como quién está autorizado para hacerlas. Directivas Anticipadas están fabricadas y atestiguadas antes de lesiones graves o una enfermedad.

Acuerdo con la ley federal y estatal, esto sirve como notificación que fijaremos a un lado tus Directiva Anticipadas en caso de que experimenta un evento grave o serio, mientras que en uno de los centros de Premier y se transferirá a un nivel superior de atención, es decir, a un hospital.

Por favor indique si o no usted tiene una Directiva Anticipadas o si le gustaría recibir información sobre Directivas Anticipadas.

- Tengo una Directiva Anticipadas.
- No tengo una Directiva Anticipadas.
- Me gustaría recibir información sobre las Directivas Anticipadas.

8. Residentes y Estudiantes

Yo entiendo que Premier Community HealthCare Group, Inc., apoya la educación de profesionales médicos o dentales y mantiene a los residentes y los estudiantes que pueden ayudar en relación con la atención médica o su cuidado.

A firmar abajo, usted acepta y entiende esta notificación.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Paciente o Representate del Paciente: _____ Fecha: _____
(if applicable)

Relación a Paciente: _____

Office Use Only

Care Team Member Signature: _____ Date: _____