

Premier Community HealthCare Group, Inc.
Patient Information Form

Información del Paciente

1. Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____
2. Dirección Postal: _____ Dirección Física: _____
3. Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
4. Teléfono: _____ Celular: _____ Teléfono de trabajo: _____
Teléfono preferido : Casa Celular Trabajo
Método preferido de recordatorio de cita: Teléfono Texto Correo Electrónico No contacte
5. Dirección de Correo Electrónico _____
6. Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Vuido(a)
7. Sexo: Hombre Mujer Está usted incapacitado? Si No

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.

8. 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 Sé Prefiero no declarar
9. 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

10. Raza: Blanco Negro Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo Hawaiano
 Otro de Las Islas del Pacifico Asiático Mas de una raza
11. Origen Étnico: Hispano/Latino No Hispano/Latino Language Preferido: _____
12. Estado de Empleo: Empleado Negocio Propio Desempleado Incapacitado Jubilado
 Estudiante Tiempo Completo Estudiante Medio Tiempo Nombre de Empleador o Escuela: _____
13. Tiene seguro de salud? Si No Nombre de seguro _____
Tiene seguro dental? Si No Nombre de seguro _____

14. Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____
Número de Teléfono: _____ Idioma preferido: _____

15. Padre/Guardian Legal: (complete si el paciente es menor de edad)
- Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: Hombre Mujer
Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: Hombre Mujer
Nombre de Guardian Legal: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: Hombre Mujer
16. Número De Teléfono: _____ Dirección de Correo Electrónico : _____
17. Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
18. Raza: Blanco Negro Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo Hawaiano
 Otro de Las Islas del Pacifico Asiático Mas de una raza
19. Estado de Empleo: Empleado Negocio Propio Desempleado Incapacitado Jubilado
 Estudiante Tiempo Completo Estudiante Medio Tiempo Nombre de Empleador o Escuela: _____

20. Tiene acceso al internet? Si No

21. Premier participa en el Programa 340B. Este programa es un programa federal de los E.U., que requiere que fabricantes de medicamentos 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 que nuestros proveedores prescriban medicamentos recetados bajo este programa, mientras se use una de las siguiente farmacias. Si sigue estos pasos, esto permitirá que pacientes elegibles reciban 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 #16526 – 8400 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 #6886 – 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 #4400 – 8951 Hudson Ave, Hudson | <input type="checkbox"/> Walgreens #2192 – 11180 Spring Hill Dr, Spring Hill |
| <input type="checkbox"/> Walgreens #3793–4510 US Hwy 19, New Port Richey | <input type="checkbox"/> Walgreens #5131 – 10401 Little Rd, New Port Richey |
| <input type="checkbox"/> Walgreens #7916 – 20020 Cortez Blvd, Brooksville | <input type="checkbox"/> Walgreens #12391 – 4096 Mariner Blvd, Spring Hill |
| <input type="checkbox"/> Walgreens #6540 – 13053 Cortez Blvd, Brooksville | <input type="checkbox"/> Walgreens #16526 – 8400 US Hwy 19 N, Port Richey |
| <input type="checkbox"/> Walgreens #5858 – 14320 Spring Hill Dr, Spring Hill | <input type="checkbox"/> Walgreens #7733 – 7305 Spring Hill Dr, Spring Hill |
| <input type="checkbox"/> Walgreens #4289 – 4255 Commercial Way, Spring Hill | |

Por favor elija una farmacia de esta lista o elija su farmacia preferida: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____

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

- Ha trabajado usted o el jefe de familia en la agricultura? Si No
- Se ha mudado usted o el jefe de familia de una área, a otro condado o estado en busca de trabajo en la agricultura? Si No
- Ha vivido su familia en esta área y ha ganado más de la mitad de sus ingresos de temporadas en la agricultura? Si No

23. Es usted un veterano militar? Si No Le dieron baja military? ? Si No Fecha de baja _____

24. Arreglos de vivienda: Dueño/Renta Refugio Esta sin hogar Vivienda Pública
 Vivo con amigos En la Calle/en Carro Transitorias Otro _____

25. Es usted un refugiado? Si No Pais de origen _____

26. Elija el tamaño de su familia y de los ingresos familiares anuales. *Para fines informativos solamente.*

Total en el hogar	Ingresos Anuales Familiares					
1	\$0 - \$13,590	\$13,591-\$18,075	\$18,076-\$22,559	\$22,560-\$27,180	\$27,181	and up
2	\$0 - \$18,310	\$18,311-\$24,352	\$24,353-\$30,395	\$30,396-\$36,620	\$36,621	and up
3	\$0 - \$23,030	\$23,031-\$30,630	\$30,631-\$38,230	\$38,231-\$46,060	\$46,061	and up
4	\$0 - \$27,750	\$27,751-\$36,908	\$36,909-\$46,065	\$46,066-\$55,500	\$55,501	and up
5	\$0 - \$32,470	\$32,471-\$43,185	\$43,186-\$53,900	\$53,901-\$64,940	\$64,941	and up
6	\$0 - \$37,190	\$37,191-\$49,463	\$49,464-\$61,735	\$61,736-\$74,380	\$74,381	and up
7	\$0 - \$41,910	\$41,911-\$55,740	\$55,741-\$69,571	\$69,572-\$83,820	\$83,821	and up
8	\$0 - \$46,630	\$46,631-\$62,018	\$62,019-\$77,406	\$77,407-\$93,260	\$93,261	and up

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Paciente o Representante del Paciente (si aplica)

Fecha

Relación a Paciente

Office Use Only

Care Team Member Signature: _____ Date: _____

**Premier Community HealthCare Group, Inc.
Patient Information Form**



Nombre de Paciente: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Nombre de Cuenta: _____

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.

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 a esta entidad 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..

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 he recibido o he podido ver una copia de cada uno de esto documentos, entiendo y acepto los términos establecidos en nuestras políticas.

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:

Nombre	Relación	Número de Teléfono

*** Usted tiene el derecho de revocar a quienes hablamos con cuidado de su salud en cualquier momento. Usted debe firmar un nuevo consentimiento.*

Consentimiento para Tratamiento

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

Consentimiento para el Tratamiento de un Menor de Edad

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

--	--	--

Programa de Descuento de Tarifa Variable: Ofrecemos un Programa de Descuento de Tarifa Variable basado en las pautas federales de pobreza. Este programa garantiza el acceso a los servicios de atención médica para familias e individuos en función de la capacidad de pago de la persona elegible. Los pacientes que califican para el Programa de Descuento de Tarifa Variable serán elegibles para pagar una tarifa nominal o una tarifa con descuento según el plan de descuento al que califique. La elegibilidad será reevaluada anualmente. Los pacientes pueden volver a presentar una solicitud antes del año, si cambian los ingresos o el tamaño del núcleo familiar.

Los pacientes que no deseen solicitar el Programa de Descuento de Tarifa Variable o que no califican para nuestro programa, deberán pagar las tarifas completas. Los pagos se cobran al momento del servicio. A ningún paciente se le negará el servicio debido a incapacidad de pago.

Servicios de Emergencia después de Horario Regular: Los pacientes tienen acceso a proveedores las 24 horas del día, los siete días a la semana a través del servicio de llamadas, usando el **(352)518-2000**. Para reordenar medicamentos recetados, favor de contactar su farmacia o a Premier durante horas regulares de servicio. Para emergencias llame al 911 o vaya al servicio de emergencias del hospital más cercano.

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.

Alcance e Inscripción
 Asistencia de alcance e inscripción es proveida para determinar elegibilidad para servicios no-clínicos, tal como la transportación, traducciones, educación, conexión a servicios comunitarios y opciones para inscripción en coberturas Médicas. Si quisiera discutir los servicios de Alcance e Inscripción, indique abajo y será contactado.

- Si, quiero recibir información sobre Alcance e Inscripción

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.

Póliza de No Presentarse
 Es nuestra prioridad servir a nuestros pacientes con la mayor calidad de cuidado medico. Cuando los pacientes hacen una cita, están creando un compromiso entre el paciente y Premier Community HealthCare. Para que nuestros proveedores o equipo de cuidado puedan servirlo mejor, una notificación de cancelación o de cambio de cita es requerida con 24 horas de anticipación. A los pacientes que tengan cuatro o más "citas sin presentación" se les prohibirá hacer citas con anticipación, pero podrán visitar nuestros centros como paciente ambulante.

Al firmar abajo, usted acepta y entiende esta notificación.

 Firma del Paciente

 Fecha

 Firma de Paciente o Representate del Paciente (si aplica)

 Fecha

Office Use Only

Care Team Member Signature: _____ Date: _____