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 Lenguage 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.

	Pharmacy #	Pharmacy Address	City
	Walgreens #6540	13053 Cortez Blvd	Brooksville
	Walgreens #7916	20020 Cortez Blvd	Brooksville
	Walgreens #4811	12807 Us Highway 301	Dade City
	Walgreens #12318	2480 Us Highway 19	Holiday
	Walgreens #3629	12028 Majestic Blvd	Hudson
	Walgreens #4400	8951 Hudson Ave	Hudson
	Walgreens #7466	14217 Us Highway 19	Hudson
	Walgreens #3793	4510 Us Highway 19	New Port Richey
	Walgreens #5131	10401 Little Rd	New Port Richey
	Walgreens #5414	9220 Little Rd	New Port Richey
	Walgreens #5857	7420 State Road 54	New Port Richey
	Walgreens #6886	7020 Massachusetts Ave	New Port Richey
	Walgreens #16526	8400 Us Hwy19 N	Port Richey
	Walgreens #2192	11180 Spring Hill Dr	Spring Hill
	Walgreens #4289	4255 Commercial Way	Spring Hill
	Walgreens #5858	14320 Spring Hill Dr	Spring Hill
	Walgreens #7733	7305 Spring Hill Dr	Spring Hill
	Walgreens #12391	4096 Mariner Blvd	Spring Hill
	Walgreens #16262	105 Mariner Blvd	Spring Hill
	Walgreens #6412	28115 Wesley Chapel Blvd	Wesley Chapel
	Walgreens #5604	6429 Gall Blvd	Zephyrhills
	Walgreens #11790	36515 State Road 54	Zephyrhills
	Walgreens #12103	9819 Commercial Way	Weeki Wachee

	Pharmacy #	Pharmacy Address	City
	CVS #03528	12990 CORTEZ BLVD	BROOKSVILLE
	CVS #01293	12804 US HWY 301	DADE CITY
	CVS #01328	2513 US HWY 19	HOLIDAY
	CVS #01316	13839 LITTLE RD	HUDSON
	CVS #03583	12015 LITTLE RD	HUDSON
	CVS #00306	5432 US HWY 19 N	NEW PORT RICHEY
	CVS #03260	7325 STATE RD 54	NEW PORT RICHEY
	CVS #05146	3511 US HWY 19	NEW PORT RICHEY
	CVS #03217	11938 US HWY 19 N	PORT RICHEY
	CVS #05660	7120 RIDGE RD	PORT RICHEY
	CVS #03746	11115 SPRING HILL DR	SPRING HILL
	CVS #08380	2077 COMMERCIAL WAY	SPRING HILL
	CVS #00709	1000 E TARPON AVE	TARPON SPRINGS
	CVS #03758	9204 CORTEZ BLVD	WEEKI WACHEE
	CVS #01527	5606 POST OAK BLVD	WESLEY CHAPEL
	CVS #00651	37943 EILAND BLVD	ZEPHYRHILLS
	CVS #03619	36440 STATE RD 54	ZEPHYRHILLS
	CVS #07176	34502 SR 54	ZEPHYRHILLS
	PINE BROOK PHARMACY LLC	11373 CORTEZ BLVD, Suite 101	BROOKSVILLE
	PINE BROOK PHARMACY LLC.	14111 CORTEZ BLVD	BROOKSVILLE
	RPH SOLUTION INC	14306 7TH ST	DADE CITY
	RELIANT PHARMACY LLC	10507 SPRING HILL DR	SPRING HILL
	SHREY PHARMACY LLC	5340 SPRING HILL DR	SPRING HILL
	ZEPHYRHILLS COMMUNITY PHARMACY, LLC	6242 GALL BLVD	ZEPHYRHILLS
	VASO RPH SOLUTION INC	38008 NORTH AVE	ZEPHYRHILLS
	Walmart #10-0713	12650 Hwy 301 South	Dade City
	Walmart #10-1085	8701 US HWY 19	Port Richey

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

Dirección: _____ Teléfono: _____

Premier Community HealthCare Group, Inc.
Patient Information Form

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.*

Household Size	*From*	*To*	*From*	*To*	*From*	*To*	*From*	*To*	*From*	*To*
1	$ -	$14,580	$ 14,581	$ 19,391	$ 19,392	$ 24,203	$ 24,204	$ 29,160	$ 29,161	and up
2	$ -	$19,720	$ 19,721	$ 26,228	$ 26,229	$ 32,735	$ 32,736	$ 39,440	$ 39,441	and up
3	$ -	$24,860	$ 24,861	$ 33,064	$ 33,065	$ 41,268	$ 41,269	$ 49,720	$ 49,721	and up
4	$ -	$30,000	$ 30,001	$ 39,900	$ 39,901	$ 49,800	$ 49,801	$ 60,000	$ 60,001	and up
5	$ -	$35,140	$ 35,141	$ 46,736	$ 46,737	$ 58,332	$ 58,333	$ 70,280	$ 70,281	and up
6	$ -	$40,280	$ 40,281	$ 53,572	$ 53,573	$ 66,865	$ 66,866	$ 80,560	$ 80,561	and up
7	$ -	$45,420	$ 45,421	$ 60,409	$ 60,410	$ 75,397	$ 75,398	$ 90,840	$ 90,841	and up
8	$ -	$50,560	$ 50,561	$ 67,245	$ 67,246	$ 83,930	$ 83,931	$101,120	$ 101,121	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:** _____

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 protegedia 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

Premier Community HealthCare Group, Inc.
Patient Information Form

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 dia, los siete días a la semana a travez 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
El Equipo de Servicios a la Comunidad prove asistencia con las aplicaciones de Medicaid, Estampillas de Comida, Desempleo, Florida KidCare y el Mercado de Seguros Medicos. Tambien pueden proveer informacion sobre recursos de la comunidad para servicios que no se ofrecen en Premier. ¿El paciente requiere asistencia de Servicios a la Comunidad de Premier?
□ 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.

Política para Citas Perdidas
Es nuestra prioridad servir a nuestros pacientes con la major 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 major, una notificación de cancelación o de cambio de cita es requerida con 24 horas de anticipación. Los pacientes que tengan un historial de 3 o más citas perdidas en el mismo año serán limitados a programar citas el mismo día o se les ofrecerán visitas sin cita cuando estén disponibles.

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:** _____