



Fecha: _____

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ SS#: _____

Teléfono de la casa#: _____ Teléfono Celular#: _____ Estado civil: _____

Race (circle): Black/African American White Asian American Indian/Alaska Native More than Once Race
Native Hawaiian Other Pacific Islander

Ethnicity (circle): Hispanic or Not Hispanic Preferred Language: _____

Características del paciente (círculo): Veterano Migratorio Estacional Sin hogar Transitorio

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: Código Postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nota: Como Centro de Salud Calificado Federalmente, La ley federal requiere que Life Coast Health Community Health Center (LCCHC) recopile la siguiente información únicamente con fines estadísticos. Esta información se reporta anualmente sobre el total de pacientes. La información individual de cada paciente no se reporta ni divulga. La recopilación de esta información también ayuda a LCCHC a solicitar subvenciones adicionales para apoyar y ampliar sus servicios. **Gracias por su cooperación.**

Cuántas personas viven en tu casa? _____ Ingresos familiares mensuales aproximados? Casilla de verificación

☐ Under \$1,000	☐ \$1,000-\$1,500	☐ \$1,500-\$2,000	☐ \$2,000-\$2,500	☐ \$2,500-\$3,000	
☐ \$3,000-\$3,500	☐ \$3,500-\$4,000	☐ \$4,000-\$4,500	☐ \$4,500-\$5,000	☐ \$5,000-\$5,500	☐ over \$5,500

Otras fuentes de ingresos: (marque todas las que correspondan) ☐ SSI ☐ Asistencia a veteranos ☐ AFD/TANF ☐ Cupones de alimentos☐ Seguridad social ☐ Beneficios de jubilación ☐ Vivenda de la sección 8 ☐ Manutención infantil

Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono de contacto#: _____

Relación de contacto de emergencia: _____

Si es menor de edad* Nombre del garante: _____

SSN del garante#: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono # (____) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario: _____ Política#: _____ Póliza#: Grupo#: _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____ SS#: _____ DOB: _____

Empleador del titular de la tarjeta: _____ Ocupación: _____

Seguro Secundario: Póliza#: Grupo#: _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____ SS#: _____ DOB: _____

Su empleador: _____ Ocupación: _____

ENUMERE A TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA O TUTORES QUE TENDRÁN AUTORIDAD PARA HABLAR SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono#: (____) ____-____ Teléfono Celular#: _____

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono#: (____) ____-____ Teléfono Celular #: (____) ____-____

FARMACIA: _____ MÉDICO REFERENTE: _____

Doy mi consentimiento voluntario a todos los tratamientos de atención médica y procedimientos de diagnóstico proporcionados por todos los proveedores, médicos y otro personal de Life Coast. Reconozco que nadie puede ofrecer ninguna garantía con respecto a los resultados de los tratamientos, exámenes o procedimientos. TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS MENORES DE EDAD: Entiendo que los menores deben estar acompañados por un padre o tutor legal.

Firma Paciente/Tutor: _____

Fecha: _____



POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir Life Coast Community Health Center (LCCHC). Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra Política Financiera que requerimos que lea, acepte y firme antes de cualquier tratamiento. Todos los pacientes deben completar nuestro Formulario de Registro de Paciente y Formulario de Seguro antes de ver al médico.

Cesión de beneficios:

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare y/o seguro se realice en mi nombre a LCCHC por cualquier servicio que se me preste. Autorizo a cualquier titular de mi información médica a divulgar la información necesaria para determinar estos beneficios a los CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid), sus agentes o cualquier compañía de seguros que tenga. Esta cesión permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí, por escrito. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como el original.

Acuerdo Financiero:

Acepto que soy responsable del pago de los servicios prestados por los proveedores de LCCHC. Si no tiene seguro, se requiere el pago el día del servicio según la escala móvil de tarifas de LCCHC. Si estoy asegurado, entiendo que las reclamaciones se presentarán ante mi compañía de seguros y que soy responsable de cualquier copago, coseguro, no cubierto y/o deducibles según lo designado por mi plan de salud. Entiendo que el copago autorizado de mi plan de salud se pagará en la fecha del servicio. Entiendo que es mi responsabilidad informar a los proveedores de LCCHC de cualquier cambio en mi información personal o información de seguro, y que es mi responsabilidad obtener referencias apropiadas si así lo requiere mi compañía de seguros.

Si el pago no se realiza dentro de los 90 días a partir de la fecha de emisión del estado de cuenta, su cuenta se considerará morosa. Entiendo y acepto que si mi cuenta está en mora, LCCHC hará todo lo posible para cobrar la deuda ofreciendo opciones de pago en forma de planes de pago.

Habrà un cargo de \$25.00 para todos los cheques de NSF; Le pediremos que todos los pagos posteriores se realicen en efectivo o con tarjeta de crédito. No podemos retener cheques para una fecha de depósito posterior, así que asegúrese de que haya fondos suficientes en su cuenta antes de emitirnos un cheque.

X _____
Firma, Paciente o Representante Legal

Escriba el nombre del paciente

Fecha



AVISO DE PRIVACIDAD

PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PARA TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

1.) Usos y divulgaciones: Todos los proveedores de Life Coast Community Health Center están autorizados por ley a divulgar la información de salud personal mínima necesaria de cada paciente para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica de la instalación. Para fines de tratamiento, dichas divulgaciones se pueden hacer a los médicos y otros proveedores de atención médica según sea necesario para efectuar el tratamiento y la atención adecuados de los pacientes. La información de salud personal puede ser divulgada al gobierno u otros terceros pagadores con el fin de obtener el pago por los servicios prestados. El centro también puede usar la información de salud personal para llevar a cabo las operaciones diarias, como la programación, las citas, los recordatorios y la revisión de calidad.

2.) Autorizaciones requeridas: El centro no divulgará la información de salud personal de ningún paciente para cualquier propósito aparte del pago, el tratamiento y las operaciones de atención médica, sin la autorización del paciente para divulgar tales datos. Al solicitar dicha autorización, el paciente tendrá derecho a rechazar y/o revocar cualquier divulgación de la información médica personal del paciente.

3.) Cumplimiento de la privacidad: De acuerdo con las regulaciones de privacidad promulgadas en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos, 45 CFR Partes 160 y 164 ("Las Regulaciones de Privacidad"), el centro ha adoptado políticas de privacidad con respecto al uso de la información de salud personal de los pacientes. La instalación es de conformidad con las Regulaciones de Privacidad y todas las demás leyes y regulaciones relacionadas con el derecho a la privacidad de los pacientes.

4.) Información adicional: Para obtener información adicional sobre la política de privacidad de la instalación o para obtener una copia de este aviso, comuníquese con nuestra oficina. El centro se reserva el derecho de cambiar este aviso y de hacer que el aviso revisado y modificado entre en vigencia para la información médica que el centro ya tiene sobre usted, así como para cualquier información que el centro reciba en el futuro. El aviso contendrá la fecha de entrada en vigor.

La siguiente firma reconoce que he recibido una notificación de mis derechos de privacidad con respecto al uso y la divulgación de información de salud protegida según lo definido por las Regulaciones de Privacidad.

Firma del paciente o representante legal

Fecha



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO

Estamos comprometidos a satisfacer sus necesidades de atención médica y a mantener su seguro y otros arreglos financieros lo más simples posible. Con el fin de lograr esto de una manera rentable para todos nuestros pacientes, le pedimos que se adhiera a la política financiera de nuestra práctica. Al firmar a continuación, acepta sus términos.

1. En última instancia, soy responsable del pago de los cargos por los servicios que recibo de esta práctica, incluidos los cubiertos por mi seguro. Para mayor comodidad, esta práctica presentará reclamos de reembolso con mi proveedor de seguros; Sin embargo, toda la responsabilidad de pago es en última instancia mía.
2. Es posible que se espere algún pago inmediato en el momento del servicio. Esto puede incluir un copago y un pago adicional si esta práctica determina que el costo de mi visita de hoy no será reembolsado por mi proveedor de seguros. Esto sucede a menudo si mi deducible aún no está satisfecho.
3. Es mi responsabilidad proporcionar mi dirección actual, número de teléfono, dirección de correo electrónico e información del seguro en cada visita.
4. En el caso de un saldo del paciente que no esté satisfecho en el momento del servicio mediante pago o plan de pago, puedo recibir un estado de cuenta mensual por cualquier saldo pendiente. Soy responsable de pagar este saldo antes de su fecha de vencimiento.

Esta autorización permanecerá en vigor hasta que notifique por escrito la cancelación a la práctica. La autorización de los servicios ya prestados no puede ser cancelada ni reembolsada. Me comprometo a notificar a la práctica por escrito de cualquier cambio en mi pago u otra información.

Firma Autorizada _____

Fecha _____

Nombre del paciente:
Motivo de la visita de hoy:
Médico de Atención Primaria:
Farmacia preferida:
Lista de alergias a medicamentos:

HISTORIAL MÉDICO

Por favor, marque todo lo que se aplique a usted

	SÍ	NO		SÍ	NO
Cefaleas				Infecciones renales	
Asma				Insuficiencia cardíaca	
Anemia				Hemorroides	
Ansiedad				Hepatitis B	
Artritis				Hepatitis C	
Fibrilación auricular (FA)				Presión arterial alta	
Trastorno bipolar				VIH/SIDA	
Trastorno hemorrágico				Deficiencia de hierro	
Coágulos de sangre				Arritmia	
Cáncer				Enfermedad vascular isquémica	
Problemas circulatorios				Neuropatía	
EPOC				Post-Menopáusica	
Diabetes mellitus				Esquizofrenia	
¿De qué tipo?				Convulsiones	
¿Toma insulina?				Golpe	
Enfisema				Apnea del sueño	
Cálculos biliares				Tuberculosis	
Gota				Deficiencia de vitamina D	
Glaucoma				Deficiencia de vitamina B12	
Bulto en la mama				Hormigueo	
Aumento de peso				Problemas de tiroides	
Pérdida de peso				Cambios en la visión	
Ideaciones homicidas				Sangrado fácil	
Colesterol alto				Osteoporosis	
Otro:					

HISTORIAL QUIRÚRGICO/HOSPITALARIO/DE PROCEDIMIENTOS

	SÍ	NO			SÍ	NO
Apéndice				Cirugía Ortopédica:		
Cesárea (cesárea)				¿Qué tipo-Cuello (Circula) Espalda Hombro Cadera Rodilla Pie		
Vesícula biliar						
Histerectomía				Implantes mamarios		
Ligadura				Tiroides		
Amígdalas/Adenoides						
Marcapasos/Desfibrilador						
Cateterismo cardíaco						
CABG-Bypass Coronario						
Otro:						

EXÁMENES DE BIENESTAR

	Fecha de realización
Pruebas de detección de cáncer de mama / Mamografía	
Pruebas de detección de cáncer colorrectal	
Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou)	
Pruebas de detección del VIH	
Densidad ósea	
Examen de la vista	

VACUNAS

	Fecha dada
Influenza	
Neumocócico	
Herpes zóster	
COVID	
Otro:	

SOLO MUJERES

¿Estás embarazada actualmente? Circula	SÍ	NO
Número de embarazos		
Número de hijos		
Último período menstrual	Fecha	
¿Alguna vez recibió terapia de reemplazo hormonal?	SÍ	No

HISTORIA SOCIAL

¿Bebes alcohol? Circula	SÍ	NO
¿Usted fuma?	SÍ	NO
¿Actualidad o antecedentes de consumo de drogas?	SÍ	NO
¿Antecedentes de tabaquismo?	SÍ	NO

ANTECEDENTES FAMILIARES	
¿Cáncer de piel?	Relación con el paciente:
¿Melanoma maligno?	Relación con el paciente:
¿Cáncer de mama?	Relación con el paciente:
¿Cáncer de ovario?	Relación con el paciente:
Enumere a los miembros de la familia inmediata que tengan o hayan tenido antecedentes de enfermedad y su relación con el paciente.	
¿Diabetes?	¿Colesterol alto?
¿Presión arterial alta?	

MEDICAMENTOS

Incluir sin receta

[illegible]



605 Enterprise Drive Ste C. Houma, LA 70360
Teléfono: 985-360-3755
Fax: 985-879-4580

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente		DOB	SS#
Dirección del paciente	Ciudad	Estado: Código Postal:	
Nombre del solicitante		Teléfono del solicitante# ()	
Dirección del solicitante	Ciudad	Estado: Código Postal:	
Fecha de servicio			
Descripción de la información que se divulgará:			
_____ Discharge Resumen de los informes de _____ History y examen físico _____ Consultation Informes _____ Operative Informes _____ Pathology Informes _____ ER de resultados de pruebas de _____ Otro: _____ _____ X-Ray _____ X Ray Películas/Imágenes _____ Billing Informes _____ Itemized proyecto de ley _____ Complete Registro de Salud Informe _____ Laboratory			
Entiendo, y doy mi consentimiento para ello, que la información divulgada puede contener alcohol, abuso de drogas, información psiquiátrica, resultados de VIH o SIDA, enfermedades de transmisión sexual, pruebas de hepatitis B y C, anemia de células falciformes y / u otra información confidencial. Estoy de acuerdo en renunciar a cualquiera de los anteriores. _____ (Iniciales) Si no corresponde, marque here _____ <i>Lo entiendo:</i> 1. Puedo negarme a firmar esta autorización, y que es estrictamente voluntaria. 2. Es posible que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no esté condicionada a la firma de esta autorización. 3. Puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida para ser utilizada o divulgada. 4. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas antes de recibir la revocación. Puede encontrar más detalles en el Aviso de Prácticas de Privacidad. 5. Doy permiso a Life Coast Community Health Center para descargar mi historial de recetas electrónicas de una cámara de compensación de farmacias en línea. 6. Si el solicitante o receptor no es un plan de salud o un proveedor de un plan de salud, es posible que la divulgación de esta información ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad y se vuelva a divulgar. 7. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por una tarifa razonable, si la solicito. 8. Recibo una copia de este formulario después de firmarlo. 9. Reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información de salud protegida como se indica. Fecha de firma del paciente Representante Autorizado y Fecha de Relación Fecha de testigo			



Clínica

Cuidado fuera del horario de atención

Muchas gracias por elegir Life Coast Community Health Center para sus necesidades de atención médica. Sabemos lo difícil que pueden ser las cosas cuando no se siente bien y queremos que sepa que puede llamarnos con cualquiera de sus necesidades de atención médica.

Si es después de nuestro horario habitual de oficina (después de las 5:00 p.m. de lunes a jueves o después de las 12:00 p.m. los viernes), y necesita hablar con uno de nuestros proveedores de atención médica sobre su salud, llame al (985) 360-3755. Alguien del servicio de contestador o del personal de la oficina tomará su información y la comunicará a un proveedor. Si se trata de una emergencia, no espere para hablar con un proveedor de Life Coast, haga que un ser querido lo lleve al Departamento de Emergencias más cercano.

Para asegurarnos de brindarle la mejor atención posible, le pedimos que nos informe si tiene una admisión programada o no planificada al hospital. Al ser dado de alta, llame a nuestra clínica para que podamos asegurarnos de que tenga todo lo que necesita cuando llegue a casa.



605 Enterprise Drive, Ste C

Houma, La. 70360

Tel: # 985-360-3755

Programa de Descuento de Tarifa Variable

Life Coast Community Health Center pone a disposición de todos los pacientes el Programa de Descuento de Tarifa Variable (SFDP). Ofrecemos los servicios y procedimientos del SFDP en función del tamaño de la familia y los ingresos para garantizar que todos los pacientes de todas las edades tengan acceso a nuestros servicios (atención primaria, obstetricia y ginecología, salud conductual y dental), independientemente de su capacidad de pago.

Pregúntele a uno de los miembros de nuestro equipo si desea obtener más información o llame al 985-360-3755.