

Si una pregunta o campo no se aplica a su caso o usted no tiene la información solicitada, escriba "N/A" (No aplica).



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____ Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo al nacer: Masculino Femenino

Seguro Social: _____

Nombre preferido: _____ Pronombres preferidos: _____

Dirección: _____ Apto./unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

¿Cómo se enteró sobre nosotros?: _____

Orientación sexual: Bisexual
 Lesbiana, gay u homosexual Prefiero no revelarlo
 Heterosexual Identidad de orientación sexual: _____

Identidad de género: Femenino a masculino (FTM)/Hombre transgénero/Hombre trans
 Masculino a femenino (MTF)/Mujer transgénero/Mujer trans
 Masculino Queer de género, no exclusivamente masculino ni femenino
 Femenino Prefiero no revelarlo
 No binario Identidad de género: _____
 Andrógino

Estado civil: Casado Divorciado En pareja Soltero Viudo Separado legalmente

Idioma preferido (Idioma preferido): _____ **¿Desea un traductor?** (Desea un intérprete): _____

Raza: Asiática Negra o afroamericana Haitiana De islas del Pacífico Blanca Otra _____

Etnia: Cubana Hispana o latina Latinoamericana Mexicana No hispana ni latina Portorriqueña
 Prefiero no revelarlo Otra etnia: _____

Información sobre seguro
¿Tiene seguro de salud? Sí No **Seguro:** _____ **ID de afiliado:** _____
2° Seguro: _____ 2° ID de afiliado: _____

¿Tiene seguro dental? Sí Sin seguro dental: _____ **ID de afiliado dental:** _____

Si contestó Sí, traiga las tarjetas de sus seguros a su cita.

Si contestó No, marque N/A. Hable con el personal de la oficina para examinar opciones financieras disponibles.

Nombre del proveedor de atención primaria o último tratante: _____ **Teléfono:** _____

Información de contacto de emergencia
Nombre de amigo o familiar local: _____

Relación con el paciente: _____ **Teléfono celular:** _____ **Teléfono de la casa:** _____

Nombre de amigo o familiar local: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de la casa: _____

Al firmar a continuación, confirmo que la información anterior es exacta y verdadera.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del representante/tutor: _____ **Fecha:** _____

Si una pregunta o campo no se aplica a su caso o usted no tiene la información solicitada, escriba "N/A" (No aplica).



INICIACIÓN DE SERVICIOS

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

PARTE I: CONSENTIMIENTO DE RELACIÓN PACIENTE-PROVEEDOR

Doy mi consentimiento para entablar una relación paciente-proveedor. Autorizo a CAN Community Health, Inc. y a sus representantes a brindar atención médica, de salud conductual y/o dental. Entiendo que mi atención médica, de salud conductual y/o dental es confidencial y voluntaria. Puedo interrumpir la relación en cualquier momento.

- La atención médica puede involucrar visitas al consultorio médico/de telesalud, incluso obtención de antecedentes médicos, exámenes, administración de medicamentos, historial de recetas externas, pruebas de laboratorio, pruebas de ITS, investigación y/o procedimientos menores.
- La atención de salud conductual: puede involucrar visitas al consultorio de salud conductual o de terapia/de telesalud, incluso orientación para individuos, parejas y grupos.
- La atención dental puede involucrar visitas al consultorio dental, incluso obtención de antecedentes médicos y dentales, examen de boca y estructura de soporte, radiografías dentales, tratamiento dental, administración o receta de medicamentos y conferencia con otros profesionales de la salud.

PARTE II: CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN *(solo con fines de operaciones de tratamiento, pago o atención de la salud)*

Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información o mis datos médicos, que pueden incluir, entre otras cosas, imágenes fotográficas, incluso médicos, dentales, de VIH/SIDA, ETS, TB, prevención de consumo de sustancias, psiquiátricos/psicológicos y gestión de casos, para operaciones de tratamiento, pago, investigación, calidad y atención de la salud. La información médica sobre trastorno por consumo de sustancias no se divulgará sin autorización adicional de acuerdo con las regulaciones federales (42 CFR parte 2).

PARTE III: CERTIFICACIÓN DE PACIENTES CON MEDICARE, AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO

(Solo se aplica a pacientes con Medicare)

Como paciente/representante abajo firmante, certifico que la información que proporcioné al solicitar pago en virtud del Título XVIII de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo a CAN Community Health, Inc. a divulgar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios/aseguradoras para esta reclamación o una de Medicare relacionada. Solicito que se haga el pago de los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos para servicios de médicos a la agencia antes nombrada y la autorizo a presentarle a Medicare una reclamación del pago.

PARTE IV: CESIÓN DE BENEFICIOS (Solo se aplica a pagadores externos)

Como paciente/representante abajo firmante, cedo a CAN Community Health, Inc. todos los beneficios proporcionados en virtud de cualquier póliza de plan de atención de la salud o de gastos médicos. El importe de esos beneficios no excederá los cargos médicos estipulados por el programa de honorarios aprobado. Todos los pagos en virtud de este párrafo deberán hacerse a la agencia antes citada. Soy personalmente responsable por los cargos no cubiertos por esta cesión.

PARTE V: AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Confirmando que he recibido el Aviso de privacidad de las consultas que describe las maneras en que la consulta puede usar y divulgar mi información de atención de la salud para sus operaciones de tratamiento y pago/atención de la salud y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo contactar al funcionario de Cumplimiento si tengo una pregunta o queja. En la medida permitida por ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los propósitos descritos en el Aviso de privacidad de las consultas. Estos documentos están disponibles en cualquier clínica CAN o si se solicitan.

Nombre del paciente en
impresa

Firma del
paciente

Fecha

Nombre en imprenta del representante/tutor

Firma del representante/tutor

Fecha



CONSENTIMIENTOS Y CONFIRMACIONES DEL PACIENTE

1. Consentimiento para comunicación de atención de la salud

Los pacientes de nuestra consulta pueden ser contactados por teléfono, correo electrónico y/o mensajes de texto para recordatorios de citas e información de salud en general. Si en cualquier momento yo, el paciente, proporciono un correo electrónico o un número de celular al que me pueden contactar, doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones/información de atención de la salud de la consulta en ese correo electrónico o número de celular. Doy mi consentimiento y acepto el riesgo de recibir recordatorios de citas/información por correo electrónico o mensaje de texto.

Los correos electrónicos y mensajes de texto serán parte de su registro médico; usaremos la cantidad mínima de información necesaria en cualquier comunicación. Marque las casillas apropiadas y complete según sea necesario.

- Doy mi consentimiento** para recibir mensajes de **VOZ** para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios/información de salud general
- o en mi **HOGAR** en este **número de teléfono:** _____
 - o en mi **TELÉFONO CELULAR** en este **número de teléfono celular:** _____
- Doy mi consentimiento** para recibir mensajes de **TEXTO** para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios/información de salud general en este **número de celular:** _____
- Doy mi consentimiento** para recibir mensajes por **CORREO ELECTRÓNICO** para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios/información de salud general en este **correo electrónico:** _____

Si usted, como paciente, le envía un correo electrónico o mensajes de texto a CAN Community Health, Inc., CAN tomará eso como permiso para responderle por correo electrónico o mensaje de texto. Nuestra respuesta explicará que los correos electrónicos no son seguros y le solicitará que firme este formulario la próxima vez que esté en la oficina. Yo, el paciente, entiendo que puedo cambiar de idea en cualquier momento y proporcionar mi consentimiento más adelante.

Parte 2: Revocación de comunicación de atención de la salud

- NO doy mi consentimiento** y por el presente revoco mi solicitud para recibir mensajes de **VOZ** para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios/información de salud general
- NO doy mi consentimiento** y por el presente revoco mi solicitud para recibir mensajes de **CORREO ELECTRÓNICO** para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios/información de salud general
- NO doy mi consentimiento** y por el presente revoco mi solicitud para recibir mensajes de **TEXTO** para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios/información de salud general

Firma del paciente o progenitor/tutor Fecha

2. Portal del paciente

Nuestro portal del paciente le permite el acceso confidencial, las 24 horas, a sus registros médicos y permite que los pacientes se comuniquen con nuestra consulta de una manera conveniente, segura y protegida. Después de inscribirse, podrá presentar solicitudes de reposición, enviar mensajes al departamento de enfermería, actualizar información personal según sea necesario y revisar citas próximas. Proporcione un correo electrónico para inscribirse ya mismo. **CAN Community Health, Inc. (CAN)** ofrece una opción de pago en línea segura y fácil para la parte de los servicios que su seguro no cubra. El pago se puede hacer en línea en su portal del paciente. La información de su tarjeta de crédito no será guardada por CAN.



3. Telesalud

Entiendo que puede ser necesario programar visitas con un proveedor de CAN Community Health, Inc. en una plataforma de telesalud. Para una cita de telesalud, me aseguraré de contar con una ubicación segura y privada con acceso a Internet confiable y planificar llegar 15 minutos antes de la hora de mi cita para iniciar sesión y solucionar cualquier problema técnico que pueda tener. Seré responsable por cualquier copago. Entiendo que mi proveedor tiene licencia en el estado donde estoy registrado para recibir servicios y las leyes del estado donde esté ubicado se aplicarán a mi recepción de servicios de telesalud.

- Los beneficios potenciales de la telesalud (que no se garantizan ni aseguran) incluyen: (i) acceso a atención médica si no puedo viajar hasta el consultorio de mi proveedor de CAN, (ii) evaluación y control médico más eficiente y (iii) durante emergencias de salud pública, menor exposición a pacientes, personal médico y otras personas en una ubicación física.
- Los riesgos potenciales de la telesalud incluyen: (i) disponibilidad limitada o nula de pruebas diagnósticas de laboratorio, radiología, ECG, etc. y algunas indicaciones para asistir a mi proveedor médico en el diagnóstico y el tratamiento, (ii) incapacidad de mi proveedor para hacerme un examen físico concreto y (iii) demoras en evaluación y tratamiento debido a dificultades o interrupciones técnicas, distorsión de imágenes o muestras de diagnóstico por problemas en la transmisión electrónica, acceso no autorizado a mi información o pérdida de información debido a fallas técnicas. No haré responsable a CAN por información perdida debido a fallas tecnológicas.

4. Política sobre no presentarse

Debido a que reservamos una cantidad considerable de tiempo de médicos y personal para sus necesidades de atención de la salud, exigimos aviso con un mínimo de 24 horas de anticipación cuando re programe o cancele su cita.

- La omisión de proporcionar aviso con un mínimo de 24 horas de anticipación puede dar como resultado una tarifa de \$35 por no presentarse. Se le exigirá que pague cualquier tarifa por no presentarse antes de su siguiente visita o que elabore un plan de pago con un asesor financiero si se le cobra una tarifa por no presentarse.
- Si no se presenta dos veces en un período de 12 meses, es posible que se le exija que programe durante una de las aperturas de nuestras clínicas designadas por no presentarse para consultar a uno de nuestros médicos. Múltiples instancias de no presentarse pueden dar como resultado que se le elimine de la consulta.
- Se proporcionan recordatorios a través del número de teléfono que usted proporcione como cortesía antes de la fecha de su cita programada. Infórmenos de inmediato si su información de contacto cambia. Considere la posibilidad de inscribirse para nuestro portal del paciente confidencial (vea el número 2), que le permite actualizar su información con facilidad.
- A fin de garantizar que podamos cumplir continuamente nuestra misión de empoderar el bienestar al proporcionar la mejor atención de la salud mental, el pago de los copagos de salud conductual se exige por adelantado. Si se pierde una cita, el pago se aplicará para la tarifa por no presentarse.
- Si necesita reprogramar o cancelar su cita, llame al (844) 922-2777 y marque la indicación 3 para reprogramar.

5. Estados

Se enviarán estados impresos por correo una vez al mes. Asegúrese de que su dirección esté actualizada. Los pacientes con un portal del paciente recibirán un estado electrónico en la cuenta del portal y un estado impreso. Los pacientes que prefieran recibir únicamente un estado electrónico deben informar a la recepción que desean ser excluidos de los estados impresos.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si transfiere sus servicios fuera de CAN Community Health, recibirá automáticamente un estado impreso por los saldos pendientes.

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante/tutor

Fecha

Esta sección es para uso de la Oficina ÚNICAMENTE



CONFIRMACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Como paciente/garante, acepto ser responsable por el pago de servicios con base en lo siguiente:

- Si mi plan médico no participa con CAN Community Health (CAN), seré responsable por el saldo que no pague mi plan. Esa responsabilidad no se aplica para pacientes de Ryan White.
- Si mi plan de salud participa con CAN, acepto pagar el copago en el momento del servicio, al igual que todos los deducibles, coseguros y cargos no cubiertos.
- Si no tengo seguro o elijo pagar yo mismo los servicios médicos proporcionados, seré responsable por el pago en el momento del servicio, o solicitaré asistencia financiera a CAN.
- Si no puedo hacer el pago de servicios, o si necesito un plan de seguro con beneficios médicos, solicitaré asistencia financiera a un Especialista en Acceso de Pacientes de CAN. Entiendo que será necesaria una evaluación financiera para calificar.
- Entiendo que CAN tiene asociaciones con farmacias especializadas que proveen ciertos medicamentos que pueden ser recetados por el proveedor y pueden estar cubiertos en virtud del plan de beneficios médicos o de farmacia o el programa (como Medicare Parte B o Parte D). No se le exige que use esas farmacias y puede surtir sus medicamentos recetados donde usted elija. Si selecciona una de las farmacias asociadas para surtir sus recetas emitidas por CAN, usted entiende que las políticas de responsabilidad financiera del paciente de CAN también se aplicarán a esos artículos.
- Entiendo que si mi seguro cambia, soy responsable de actualizar a CAN antes de completar cualquier otro servicio, incluso extracciones de sangre, radiografías, etc. en CAN o en cualquier institución externa. Soy financieramente responsable por todos los análisis y servicios no cubiertos si olvido actualizar mi información en CAN y la institución externa. Cuando los servicios son proporcionados por una ubicación externa, entiendo que puedo recibir una factura separada de ese proveedor externo.
- Puedo proporcionar los documentos enumerados en la tabla que sigue para selección de elegibilidad y verificación de ingresos para los siguientes programas: Programa CAN Cares, Gestión de casos, Gerente de casos Ryan White (cuando corresponda), Programa de honorarios con escala móvil y navegación de programas adicionales con base en la comunidad. Entiendo que la disponibilidad de programas puede variar según la ubicación de CAN y analizaré con mi Especialista en Acceso de Pacientes si alguno de esos servicios es necesario.
- Entiendo que si decido usar el Programa de descuentos con escala móvil de honorarios, es mi responsabilidad (como paciente) de notificar a CAN de cualquier cambio en los ingresos y el tamaño del grupo familiar. Cualquier cambio en el tamaño del grupo familiar puede cambiar la ubicación del paciente en la escala móvil de honorarios.

Esta sección es para uso de la
Oficina ÚNICAMENTE

Nombre del
paciente:

Si una pregunta o campo no se aplica a su caso o usted no tiene la información solicitada, escriba "N/A" (No aplica).



At least 1 month of current pay stubs (2-3 preferred)	W-2, 1040, 1099
Retirement income statement	Letter of support
Disability income statement	Unemployment
Food stamp letter with amount	Cash assistance statement
Pension statement	Child support
Alimony	V.A. benefits letter
Earnings statement from S.S.A.	Income disclosed but not listed here

Entiendo mi responsabilidad financiera anterior. Iniciales: _____ Fecha: _____

Deseo solicitar asistencia financiera y proporcionaré toda la documentación financiera necesaria. Iniciales: _____ Fecha: _____

Rechazo la asistencia financiera en este momento. Iniciales: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente en imprenta: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre en imprenta del representante/tutor: _____

Firma del representante/tutor: _____ Fecha: _____



CONSENTIMIENTO PARA ACCEDER A INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN
USE UNA AUTORIZACIÓN POR PERSONA/INSTITUCIÓN

Yo, _____ , **do**y permiso a todo el personal de CAN Community Health, Inc. para

que hable con:

1 _____ *(1° relación y número de contacto; en imprenta)*

2 _____ *(2° relación y número de contacto; en imprenta)*

con respecto a todos los aspectos de mi atención, incluso, entre otras cosas, hacer y cancelar citas, asuntos de facturación y seguros, vivienda y todas las cuestiones relacionadas con mi atención médica y dental. En el caso de muerte, la persona designada tiene permiso para solicitar registros médicos limitados.

Aviso al paciente: Al firmar este formulario, usted nos da su consentimiento para divulgar su información de salud protegida a las personas antes enumeradas. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona más detalles sobre los usos y divulgaciones de su información de salud protegida para tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención de la salud. Si no hay una copia del Aviso acompañando a este formulario de consentimiento, solicite una. Le recomendamos que lo lea, ya que ofrece detalles sobre cómo puede usarse y/o divulgarse información sobre usted y describe ciertos derechos que usted tiene con respecto a su información de atención de la salud. Usted entiende que la información anterior puede ser redivulgada por el destinatario y quizá no esté protegida por leyes o regulaciones federales sobre privacidad. Cualquier información cubierta en virtud de 42 CFR parte 2 no se redivulgará. Usted entiende que completar este formulario de autorización es voluntario y que no se denegará tratamiento si se niega a firmarlo. Puede solicitar una lista de divulgaciones de información de atención de la salud protegida hechas en su nombre.

Usted tiene derecho a **revocar** su autorización si presenta aviso escrito a nuestro funcionario de Privacidad. La revocación no afectará medidas que ya se hubieran tomado usando esta autorización. Usted tiene derecho a una copia de este **formulario de autorización** después de haberlo firmado.

Fecha

Firma del paciente

Nombre del paciente en imprenta

Fecha

Firma del representante/tutor

Nombre en imprenta y relación del representante/tutor

Retiro de consentimiento

Fecha de revocación del consentimiento

Firma del paciente/representante/tutor

Fecha

Firma y nombre en imprenta del testigo



PROCEDIMIENTO DE QUEJAS

Todas las personas, independientemente de la raza, origen étnico, situación económica, orientación sexual o afiliación religiosa, tendrán acceso a servicios en CAN Community Health, Inc. CAN acepta cumplir con las disposiciones o el Título VI o la Ley de Derechos Civiles. Es política de CAN que todas las quejas se resuelvan de una forma de varios niveles, comenzando por el nivel más bajo. Se harán todos los esfuerzos por resolver las quejas o apelaciones VERBALES lo antes posible. **Todas las quejas permanecerán confidenciales** y no habrá ninguna represalia hacia los clientes cuando se hagan quejas.

1. Todas las reclamaciones, verbales o escritas, deben dirigirse al Administrador de la Consulta de la clínica, que trabajará estrechamente con el empleado que presente la reclamación para proporcionar indicaciones y supervisión apropiadas. El Administrador de la Consulta observará el desempeño del empleado y, después, analizará sus hallazgos con el paciente. Todas las reclamaciones, verbales o escritas, se confirmarán en el plazo de 2 días laborables.
2. El Administrador de la Consulta notificará al Director de Operaciones Clínicas Sénior.
3. Habrá un análisis del problema entre el paciente y el Administrador de la Consulta y se presentará una resolución en el plazo de 10 días laborables.
4. Si el paciente no está satisfecho con los resultados del análisis o la reunión, puede solicitar una audiencia con el Director de Operaciones Clínicas.
5. Cualquier paciente o paciente potencial que tenga una queja puede presentar una reclamación ESCRITA al Director de Operaciones Clínicas dirigida a la ubicación de la sede central de CAN Community Health, Inc.:

CAN Community Health, Inc.
Attn: Sr. Director of Clinical Operations
2105 N. Nebraska Ave.
Tampa, FL 33602

6. Habrá un análisis del problema entre el paciente y el administrador o la persona a quien este designe tendrá lugar en el plazo de 30 días después del informe escrito original.
 - a. Los clientes pueden apelar adicionalmente conforme con la legislación de sus respectivos estados.
 - b. Las quejas sobre servicios financiados por Ryan White también pueden registrarse en el condado de residencia del cliente, los servicios sociales locales y/o el departamento de salud del condado local de esos fondos.

Firma del paciente

Nombre del paciente en imprenta

Fecha

Firma del representante/tutor

Nombre en imprenta del representante/tutor

Fecha

Esta sección es para uso de la
Oficina ÚNICAMENTE

Nombre del
paciente: