

Los siguientes documentos  
deben usarse solo con  
fines de traducción.  
Por favor complete los  
documentos en inglés.





## **FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE**

Fecha de hoy:		Número de Seguro Social:		Proveedor de atención primaria:	
<b>Información del Paciente</b>					
Título:	Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:	
Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra	Nombre Preferido:	Pronombre Preferido(s):			
Orientación Sexual:	Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No Binario		<input type="checkbox"/> Mujer a Hombre/Hombre transgénero/Hombre Trans <input type="checkbox"/> Hombre a Mujer/Mujer transgénero/Mujer Trans <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____		<input type="checkbox"/> Género <i>queer</i> , ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Rehúso reportar
Raza:	Etnicidad:	Estado civil:	¿Cómo le gustaría que le recuerden acerca de las citas programadas? <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono móvil <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico		
Dirección:					
Teléfono de casa:		¿Desea más información sobre nuestro portal para pacientes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Teléfono del trabajo:		(si la respuesta es SÍ, ingrese el correo electrónico a continuación)			
Teléfono móvil:		Correo electrónico:			
Otros miembros de la familia que se ven aquí:					
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO (por favor entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista)</b>					
Persona responsable de la factura:	Fecha de nacimiento:	Dirección (si es diferente)		Teléfono de casa:	
¿Es la persona un paciente aquí?	¿Este paciente está cubierto por un seguro?				
Ocupación:	Empleador:	Dirección del Empleador:		Teléfono del Empleador:	
Seguro primario:		Identificación de miembro:		# de Grupo:	
Nombre de Garante:	# Seguro Social de Garante:	Fecha de nacimiento:	Relación de garante con paciente:		
Seguro secundario (si aplica):		Identificación de miembro:		# de Grupo:	
Nombre de Garante:				Relación de garante con paciente:	
<b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>					
Nombre de amigo o familiar local (que no vive en la misma dirección):		Relación con paciente:	Teléfono de casa:	Teléfono móvil:	
<b>La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a CAN Community Health. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a CAN Community Health o a mi compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.</b>					
Firma de Paciente/Guardián _____				Fecha _____	

Nombre \_\_\_\_\_

#ID \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Revisado 01/17/2020



## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **#MIP** \_\_\_\_\_

**Instalación/Sitio/Programa:** \_\_\_\_\_

*Recibí una copia de las prácticas de privacidad de CAN Community Health, con vigencia a partir del 01/09/2016.*

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
Individuo o Representante con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica

**Si firmado por un/a Representante:**

Imprima nombre: \_\_\_\_\_ Rol: \_\_\_\_\_  
(P/Madre, guardián, etc.)  
Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si el individuo tiene un representante con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre del individuo, se debe dar el aviso y se debe obtener un reconocimiento del representante. ***Si el individuo o representante no firmó arriba, el personal debe documentar cuándo y cómo se le dió el aviso al individuo, por qué no se pudo obtener el reconocimiento y los esfuerzos que se hicieron para obtenerlo.***

**Aviso de prácticas de privacidad otorgadas a la persona en:** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Reunión cara a cara
<input type="checkbox"/> Envío
<input type="checkbox"/> Correo electrónico
<input type="checkbox"/> Otro _____

**Motivo Individual o Representante no firmó este formulario:**

- Individuo o Representante eligió no firmar
- Individuo o Representante no respondió después de más de **un** intento
- Verificación de recepción de correo electrónico
- Otro \_\_\_\_\_

**Esfuerzos de buena fe:** Los siguientes esfuerzos de buena fe se hicieron para obtener la firma del individuo o Representante. Documente con detalles (por ejemplo, fecha(s), hora(s), personas con las que se habló y resultado de los intentos) los esfuerzos que se realizaron para obtener la firma. Se debe haber hecho más de un intento.

- Presentación(es) Cara a Cara \_\_\_\_\_
- Contacto por Teléfono \_\_\_\_\_
- Envío(s) \_\_\_\_\_
- Correo electrónico \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

**Firma de Personal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Imprima Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

#ID \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Revisado 11/6/2019



## **PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES**

*USE UNA PUBLICACIÓN POR PERSONA/FACILIDAD*

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso a todo el personal de CAN Community Health para hablar con

\_\_\_\_\_  
*(Relación y número de contacto – Favor de Imprimir)*

con respecto a todos los aspectos de mi cuidado, que incluyen, entre otros, realizar y cancelar citas, asuntos de facturación y seguro, vivienda y todos los asuntos relacionados con mi atención médica y dental.

Toda la información por la presente autorizada por mí para ser obtenida por CAN Community Health será estrictamente confidencial y no podrá ser divulgada por el destinatario sin mi consentimiento por escrito. *Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito.*

\_\_\_\_\_  
Fecha Cliente *(firma)*

\_\_\_\_\_  
Fecha Cliente *(imprima nombre)*

\_\_\_\_\_  
Fecha Representante/Guardián *(firma)*

\_\_\_\_\_  
Fecha Representante/Guardián *(imprima nombre y relación)*

\_\_\_\_\_  
Fecha Testigo *(firma e imprima nombre)*

### **Retirada del consentimiento**

\_\_\_\_\_  
Fecha consentimiento retirado Firma del Cliente/Representante/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha Testigo *(firma e imprima nombre)*

Nombre \_\_\_\_\_

#ID \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Revisado 01/17/2020





# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ #ID de Paciente: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN PUDIERA SER DIVULGADA POR:

Persona/Instalación: \_\_\_\_\_ # Tel: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # Fax: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN PUDIERA SER DIVULGADA A:

Persona/Instalación: \_\_\_\_\_ # Tel: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # Fax: \_\_\_\_\_

Otro método de comunicación: \_\_\_\_\_

## AUTORIZO ESPECÍFICAMENTE LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON: (coloque iniciales por su selección)

Registros médicos generales  Historia y resultados físicos  Planificación familiar  Enfermedades de transmisión sexual  
 Notas de progreso  Salud mental (que no sean notas de psicoterapia)  Información y tratamiento relacionados con el VIH/SIDA

Toda la información de mi salud que el proveedor tiene en su posesión, incluida información relacionada con cualquier historial médico, mental (excluyendo notas de psicoterapia) o condición física y cualquier tratamiento que yo reciba.

Notas de psicoterapia: si se seleccionan notas de psicoterapia, no se puede seleccionar ningún otro elemento. Se debe completar un formulario por separado. El uso o divulgación de notas de psicoterapia es a discreción del autor de la nota.

Informes de prueba diagnóstica (especifique tipo de prueba(s)): \_\_\_\_\_

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**La información relacionada con el VIH / SIDA puede enviarse por fax**

## PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

Continuidad de cuidado  Uso personal  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

FECHA DE VENCIMIENTO: esta autorización caducará (inserte fecha o evento) \_\_\_\_\_. Entiendo que si no especifico y la fecha de vencimiento o evento, esta autorización caducará doce (12) meses a partir de la fecha en que se firmó.

### Aviso a Paciente:

Al firmar este formulario, nos otorga su consentimiento para divulgar su información médica protegida a las personas mencionadas anteriormente. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona más detalles sobre usos y divulgaciones de su información de salud protegida para tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica. Si no hay una copia de la Notificación que acompaña este formulario de Consentimiento, solicite una. Lo alentamos a que lo lea, ya que proporciona detalles sobre cómo se puede usar y / o divulgar su información y describe ciertos derechos que tiene con respecto a su información de atención médica. Usted comprende que la información anterior puede ser revelada por el destinatario y no puede estar protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad. Cualquier información cubierta bajo 42 CFR parte 2 no será revelada. Usted comprende que completar este formulario de autorización es voluntario y que no se negará el tratamiento si se niega a firmar este formulario. Puede solicitar una lista de divulgaciones de información protegida sobre la atención médica realizadas en su nombre.

Tiene derecho a **revocar** su consentimiento mediante notificación por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. La revocación no afectará las acciones que ya se tomaron basándose en este Consentimiento. Tiene derecho a una copia de este **Formulario de Consentimiento** después de haberlo firmado.

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente/Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Relación de representante a cliente

\_\_\_\_\_  
Testigo (opcional)

\_\_\_\_\_  
Fecha



## **CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO / TEXTO**

El correo electrónico y los mensajes de texto no encriptados no son una forma segura de comunicación. Existe el riesgo de que cualquier información de salud individualmente identificable y otra información sensible o confidencial que pueda estar contenida en dicho correo electrónico o mensaje de texto puedan ser mal dirigidas, divulgadas o interceptadas por terceros no autorizados. No podrá responsabilizar a CAN Community Health si otros acceden a su correo electrónico o mensajes de texto desde su computadora, teléfono u otro dispositivo móvil.

Al firmar a continuación, puede dar su consentimiento para recibir correos electrónicos y/o mensajes de texto de nosotros con respecto a su tratamiento. El correo electrónico y los textos enviados a usted pueden incluirse como parte de su registro médico. Utilizaremos la cantidad mínima necesaria de información de salud protegida en cualquier comunicación. Nuestro primer correo electrónico o mensaje de texto verificará la dirección de correo electrónico o el número de teléfono celular que proporcionó.

***Escriba sus iniciales al lado de su elección con respecto a la comunicación por correo electrónico o por mensaje de texto:***

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento y acepto el riesgo de recibir información por correo electrónico o mensaje de texto. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento sólo para recibir recordatorios de citas por correo electrónico o mensaje de texto. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Proveedor de telefonía móvil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No doy mi consentimiento para recibir información por correo electrónico o mensaje de texto.

\_\_\_\_\_ Retiro mi consentimiento para la comunicación por correo electrónico/texto. También puede retirar su consentimiento enviando un correo electrónico a CAN Community Health. Esto se registrará en su registro médico.

Si envió un correo electrónico o un mensaje de texto a CAN Community Health, lo tomaré como un permiso para enviar correspondencia por correo electrónico. Nuestro correo electrónico de respuesta le explicará que los correos electrónicos no son seguros y le pedirá que firme este formulario la próxima vez que se encuentre en nuestra oficina. Entiendo que puedo cambiar de opinión y dar mi consentimiento más adelante.

\_\_\_\_\_  
Imprima Nombre y Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy

Nombre \_\_\_\_\_

#ID \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Revisado 01/17/2020



## Cuestionario de la Ley de Autodeterminación del Paciente

Para cumplir con la Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus de 1990 y el Capítulo 745 de los Estatutos de la Florida, responda las siguientes preguntas.

### Declaración para rechazar el procedimiento de prolongación de la vida (Testamento Vital)

- He hecho tal declaración
- No he hecho tal declaración

### Subrogado de atención médica

- He designado a un Subrogado de atención médica
- No he designado un Subrogado de atención médica

### Poder de Abogado Duradero

- He nombrado un poder duradero para las decisiones de atención médica
- No he nombrado un poder duradero para las decisiones de atención médica

### Orden de No Resucitar (ONR)

- Tengo una Orden de No Resucitar

### Me han proporcionado información con respecto a la LEY DE DETERMINACIÓN DEL PACIENTE

---

Nombre (impreso)

Firma

Fecha

Se me brindó información sobre la LEY DE DETERMINACIÓN DEL PACIENTE, pero rehúso responder las preguntas anteriores.

---

Nombre (impreso)

Firma

Fecha

---

**FAVOR DE PROVEER A SUS PROVEEDORES DE SALUD CON COPIAS DE TODOS SUS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD.**

Nombre \_\_\_\_\_

#ID \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Revisado 4/7/2020



## **POLÍTICA DE AUSENCIA SIN AVISO**

### **¿Qué es "Ausencia Sin Aviso"?**

Debido a que reservamos una cantidad considerable de tiempo de personal médico y de personal para sus necesidades de atención médica, requerimos **al menos 24 horas de aviso** al reordenar o cancelar su cita médica o de laboratorio. **La falta de notificación con al menos 24 horas para reprogramar o cancelar la cita da como resultado una "ausencia sin aviso".**

CAN Community Health es una organización sin fines de lucro, comprometida a pasar suficiente tiempo con nuestros pacientes para proporcionar una atención excelente y de alta calidad. Debido a que le pagamos a los médicos y demás personal por estar disponibles para usted durante la hora de su cita programada, cuando no se presenta a su cita, le quita recursos valiosos a otros pacientes.

### **Tarifa por Ausencia Sin Aviso**

**La falta de notificación con al menos 24 horas de anticipación puede resultar en una tarifa de ausencia sin aviso. Se le pedirá que pague las tarifas de ausencia sin aviso antes de su próxima visita o que elabore un plan de pago con un asesor financiero. Nuestra tarifa actual de ausencia sin aviso se le proporcionará durante el proceso de registración en su primera visita.**

### **Otras Penalidades relacionadas a Ausencia Sin Aviso**

Si tiene 2 ausencias sin aviso dentro de un período de 12 meses, es posible que se le solicite programar una cita durante una de nuestras aperturas designadas para pacientes que se ausentan sin aviso para ver a uno de nuestros médicos. Múltiples ausencias sin aviso pueden resultar en el despido de la práctica. Tenga en cuenta que las ausencias sin aviso repetidas también pueden descalificarlo para recibir los servicios del programa de Ryan White.

### **Recordatorios de citas**

Los recordatorios generalmente se brindan como cortesía antes de su cita. Llamamos al número de teléfono que proporcionó, así que infórmenos inmediatamente si cambia su información de contacto. Además, considere registrarse en nuestro portal confidencial para pacientes, que le permite actualizar fácilmente su información y seleccionar las preferencias de comunicación, como mensajes de texto o recordatorios por correo electrónico. Nuestro equipo de recepción se complace en configurar el portal para usted o ayudarlo si necesita restablecer su contraseña. Agradecemos su cooperación, ya que su aviso anticipado nos permite ayudar a pacientes enfermos con necesidades urgentes.

***Si necesita reprogramar o cancelar su cita, llame al (844) 922-2777 y presiona el número 3 lo antes posible para informarnos.***

*He leído y entiendo esta política. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la clínica con al menos 24 horas de anticipación si no puedo asistir a mi cita.*

Imprima su Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

#ID \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Revisado 01/17/2020



## **PORTAL PARA PACIENTES**

Nuestro portal para pacientes le permite acceso confidencial las 24 horas a sus registros médicos. También permite a los pacientes comunicarse con nuestra práctica de manera conveniente y segura.

### **Beneficios de usar el portal:**

- Enviar solicitudes de recarga de medicamentos
- Realizar un seguimiento de la información médica personal
- Enviar mensajes a enfermería
- Actualizar información personal
- Recibir recordatorios de mantenimiento de la salud
- Recibir educación del paciente
- Ver sus próximas citas
- Ver los resultados de su laboratorio

### **iFácil registro!**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**\*\*NO USE EL PORTAL PARA LAS NECESIDADES URGENTES\*\***

Nombre \_\_\_\_\_

#ID \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Revisado 01/17/2020