



## REGISTRO DE PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ 2<sup>do</sup> Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo al Nacer:  Varón  Hembra Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Pronombre(s): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Tel de Casa: \_\_\_\_\_ Tel Móvil: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
¿Como escuchó de nosotros? \_\_\_\_\_

Orientación Sexual:  Bisexual  
 Lesbiana Gay o Homosexual  Prefiero No Revelar  
 Heterosexual  Identidad de Orientación Sexual: \_\_\_\_\_

Gender Identity:  Mujer a Hombre/Hombre Transgénero/Hombre Trans  
 Masculino  Hombre a Mujer/Mujer Transgénero/Mujer Trans  
 Femenino  Género Queer; Ni Exclusivamente Masculino ni Femenino  
 No Binario/a  Prefiero No Revelar  
 Andrógino/a  Identidad de Género: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado  Divorciado/a  Cónyuge  Soltero/a  Viudo/a  Separado/a Legalmente

Idiomia preferida: \_\_\_\_\_ ¿Gustaría interprete?: \_\_\_\_\_

Raza:  Asiático/a  Afroamericano/a  Haitiano/a  Isleño del Pacífico  Caucásico/a  Otra raza: \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Cubano/a  Hispano/a or Latino/a  Latino Americano/a  Mexicano/a  No Hispano/a o Latino/a  
 Puertorriqueño/a  Preferiero no Revelar  Otra Etnicidad: \_\_\_\_\_

Información Del Seguro: ¿Tienes seguro medico?  Si  No

Si tiene, traiga su(s) tarjeta(s) de seguro a su primera cita. Seguro: \_\_\_\_\_ 2<sup>do</sup> seguro: \_\_\_\_\_  
# de Identificación: \_\_\_\_\_ 2<sup>do</sup> # de Identificación: \_\_\_\_\_

Si no tiene, Puede haber opciones disponibles; hable con el personal de la oficina para explorar las opciones.

Proveedor Primario: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia

Nombre de amigo/a o familiar local: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Tel Móvil: \_\_\_\_\_ Tel de Casa: \_\_\_\_\_

Nombre de amigo/a o familiar local: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Tel Móvil: \_\_\_\_\_ Tel de Casa: \_\_\_\_\_

**La información es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a CAN Community Health, Inc., Inc. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a CAN Community Health, Inc., Inc. o a mi compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.**

Firma de Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta Sección es para uso de Oficina ÚNICAMENTE  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Fec. de Nac.: \_\_\_\_\_  
Número de ID: \_\_\_\_\_





## CONSENTIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS DEL PACIENTE

### 1. Aviso de Prácticas de Privacidad

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

Reconozco que he recibido el Notificación de Prácticas de Privacidad que describe las formas en que la clínica puede usar y divulgar mi información de atención médica para su tratamiento y operaciones de pago / atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo comunicarme con el Oficial de Cumplimiento si tengo una pregunta o queja. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de Privacidad de la clínica. Estos documentos se publican en el vestíbulo. Reconozco que he recibido una copia de cada uno.

*(Esta sección es para uso exclusivo del personal de la oficina de CAN):* Esfuerzo de Buena Fe

Se hicieron los siguientes esfuerzos de buena fe para obtener la firma de la persona o representante el (fecha): \_\_\_\_\_

Reunión cara a cara  Teléfono  Correo  Correo electrónico  Otro: \_\_\_\_\_

Firma del Personal: \_\_\_\_\_

### 2. Portal para Pacientes

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

Nuestro portal para pacientes le permite acceso confidencial las 24 horas a sus registros médicos y permite que los pacientes se comuniquen con nuestra práctica de una manera conveniente, segura y protegida. Después de registrarse, podrá enviar solicitudes de prescripciones, enviar mensajes al departamento de enfermería, actualizar la información personal según sea necesario y revisar sus próximas citas. ¡Envíe un correo electrónico y regístrese hoy! CAN Community Health, Inc., Inc. (CAN) ofrece opción de pago en línea segura y fácil para el parte de los servicios que su seguro no cubre. Puede ser pago en el portal para pacientes. CAN no guardará la información de su tarjeta de crédito.

### 3. Telemedicina

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

Entiendo que puede ser necesario programar visitas con un proveedor de CAN Community Health, Inc., Inc. en una plataforma de telesalud. Para una cita de telesalud, me aseguraré de tener un lugar seguro y privado con acceso confiable al Internet y planeo estar listo 15 minutos antes de mi cita para iniciar sesión y componer cualquier problema técnico que posiblemente pasa. Seré responsable de cualquier copago. Entiendo que mi proveedor tiene licencia en el estado en el que estoy registrado para recibir servicios y que las leyes del estado en el que estoy ubicado se aplicarán a mi recepción de servicios de telesalud.

- Los beneficios potenciales de la telesalud (que no están garantizados ni asegurados) incluyen: (i) acceso a atención médica si no puedo ir a la oficina de mi proveedor de CAN; (ii) evaluación y manejo médico más eficiente; y (iii) durante la pandemia de COVID-19, menos exposición de pacientes, personal médico y otras personas en un lugar físico.
- Los riesgos potenciales de la telesalud incluyen: (i) disponibilidad limitada o nula de pruebas de laboratorio de diagnóstico, rayos X, electrocardiogramas y otras pruebas, y algunas recetas, para ayudar a mi proveedor médico en el diagnóstico y tratamiento; (ii) la incapacidad de mi proveedor para hacer un examen físico práctico de mí y de mi condición; y (iii) retrasos en la evaluación y el tratamiento por dificultades técnicas o interrupciones, distorsión de imágenes de diagnóstico o muestras como resultado de problemas de transmisión electrónica, acceso no autorizado a mi información o pérdida de información debido a fallas técnicas. No haré responsable a CAN por la pérdida de información por las fallas tecnológicas.

### 4. Política de Ausencia sin Aviso

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

Debido a que reservamos una cantidad considerable de tiempo del médico y del personal para sus necesidades de atención médica, requerimos un aviso de al menos 24 horas para cambiar o cancelar su cita.

- No dar a lo menos 24 horas de notificación puede resultar en una tarifa de \$35 por no presentarse. Se le pedirá que pague las tarifas por no presentarse antes de su próxima visita o elaborar un plan de pago con un asesor financiero si se le cobra una tarifa por no presentarse.
- Si tiene dos ausencias dentro de un período de 12 meses, es posible que deba programar durante una de nuestras aperturas designadas de clínicas de ausencias para ver a uno de nuestros médicos. Varias ausencias pueden resultar en el despido de la práctica. Tenga en cuenta que las ausencias repetidas también pueden descalificarlo para recibir los servicios de Ryan White.

Esta Sección es para uso de Oficina ÚNICAMENTE  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fec. de Nac.: \_\_\_\_\_

Numero de ID: \_\_\_\_\_



- Los recordatorios se proporcionan al número de teléfono que proporcionó como cortesía antes de la fecha de su cita. Háganos saber de inmediato si cambia la información de contacto. Considere registrarse en nuestro portal confidencial para pacientes (revisa el número 2), que le permite actualizar fácilmente su información.
- Si necesita cambiar o cancelar su cita, llame al (844) 922-2777 y marque el 3 para cambiar o cancelar la cita.

**5. Consentimiento Para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida (IMH/PHI)**

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

- ¿Podemos llamar a su trabajo y dejar un mensaje?  Si  No  
Si escogiste 'SI': a cual número de teléfono? \_\_\_\_\_
- ¿Podemos llamar a su casa y dejar un mensaje?  Si  No  
Si escogiste 'SI': a cual número de teléfono? \_\_\_\_\_
- ¿Podemos dejar un mensaje sobre información médica en su teléfono celular?  Si  No  
Si escogiste 'SI': a cual número de celular? \_\_\_\_\_

**6. Consentimiento para Correo Electrónico o Mensaje de Texto Para Recordatorios de Citas y Otras Comunicaciones de Atención Médica**

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

**• Parte 1: Consentimiento para Correo Electrónico/Mensaje de Texto**

Los pacientes en nuestra oficina pueden ser contactados por correo electrónico y/o mensajes de texto para recordatorios de citas o información general de salud. Si en algún momento yo, el paciente, proporciono un correo electrónico o un número de teléfono móvil en el que puedan ser contactados, doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones / información de atención médica en ese correo electrónico o número de teléfono móvil del consultorio. Doy mi consentimiento y acepto el riesgo de recibir una cita / información por correo electrónico o mensaje de texto.

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

**Doy mi consentimiento** para recibir mensajes de **TEXTO** para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios / información de salud general a este número de **teléfono móvil:** \_\_\_\_\_

**Doy mi consentimiento** para recibir **CORREO ELECTRÓNICO** para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios / información de salud general a este número de **correo electrónico:** \_\_\_\_\_

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

**• Parte 2: Revocación si no Desea Recibir Correos Electrónicos / Mensajes de Texto**

**No doy mi consentimiento** para recibir mensajes de **TEXTO** para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios / información de salud general

**No doy mi consentimiento** para recibir **CORREO ELECTRÓNICO** para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios / información de salud general

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Padre/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Padre/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Esta Sección es para uso de Oficina ÚNICAMENTE  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fec. de Nac.: \_\_\_\_\_

Numero de ID: \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

### 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) :

Rango de Fechas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Registros Médicos Generales    \_\_\_\_ Historia y Resultados Físicos    \_\_\_\_ Notas de Evaluación    \_\_\_\_ Planificación Familiar

\_\_\_\_ Salud Mental (Que no sean notas de psicoterapia)    \_\_\_\_ Abuso o Dependencia de Sustancias    \_\_\_\_ Enfermedades de Transmisión Sexual

\_\_\_\_ 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 Pruebas Diagnósticas (Especifique tipo de prueba(s)): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Información de tratamiento relacionado de VIH/SIDA    \_\_\_\_ **La información relacionada con el VIH/SIDA puede enviarse por fax**

\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

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

PROPÓSIO 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 la fecha de vencimiento o evento, esta autorización caducará doce (12 meses) a partir de la fecha en que se firmó.

**Aviso al 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 los usos y divulgaciones de su información médica protegida para tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica. Si no hay una copia del Aviso que acompaña a este formulario de Consentimiento, solicite una. Le recomendamos 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 puede que no esté 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 le negará el tratamiento si se niega a firmar este formulario. Puede solicitar una lista de las divulgaciones de información médica protegida 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.

NJ: Si sufre discriminación debido a la divulgación o divulgación de información relacionada con el VIH, puede comunicarse con la Comisión de Derechos Civiles de Nueva Jersey al (973) 648-2700.

Firma del Cliente/Representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre Impreso \_\_\_\_\_ Relación de Representante o Cliente \_\_\_\_\_

Testigo (Opcional) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Esta Sección es para uso de Oficina ÚNICAMENTE  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fec. de Nac.: \_\_\_\_\_

Numero de ID: \_\_\_\_\_



## CUESTIONARIO DE LA LEY DE AUTODETERMINACIÓN DEL PACIENTE

### Declaración Para Rechazar el Procedimiento de Prolongación de la Vía (Testamento Vital)

- He hecho tal delcaración  
 No he hecho tal delcaración

### Subrogado de Atención Médica

- He designado un Subrogado de Atención Médica  
 No he designado un Subrogado de Atención Médica

### Poder de Abogado Duradero

- He nombrado un Poder Duradero para las decisions de atención médica  
 No he nombrado un Poder Duradero para las decisions de atención médica

### Orden de No Resucitar (ONR)

- Tengo Orden de No Resucitar  
 No tengo 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**

Esta Sección es para uso de Oficina ÚNICAMENTE  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Fec. de Nac.: \_\_\_\_\_  
Numero de ID: \_\_\_\_\_



## PROCEDIMIENTO AGRAVIADO

Todas las personas, independientemente de su raza, origen étnico, situación económica, orientación sexual o afiliación religiosa, tendrán acceso a los servicios de CAN Community Health, Inc. CAN acepta cumplir con las disposiciones del Título VI o la Ley de Derechos Civiles. La política de CAN es que todas los agravios se resuelvan de manera multicapa, comenzando en el nivel inferior. Se hará todo lo posible para resolver los agravios o apelaciones VERBALES lo antes posible. **Todos los agravios serán confidenciales** y no habrá represalias hacia los clientes cuando se presenten los agravios.

1. Todas los agravios, verbales o escritas, deben dirigirse al Administrador de la clínica clínica que trabajará en estrecha colaboración con el empleado que entrega el agravio para proporcionar la dirección y supervisión adecuadas. El administrador de la clínica observará el desempeño del empleado, luego discutirá sus hallazgos con el cliente. Todas las quejas, verbales o escritas, serán reconocidas dentro de los 2 días hábiles.
2. El administrador de la clínica notificará al Director Senior de Operaciones Clínicas.
3. Se discutirá el problema entre el cliente y el Administrador de la práctica y se presentará una resolución dentro de los 10 días hábiles.
4. Si el cliente no está satisfecho con los resultados de la discusión o reunión, el cliente puede solicitar una audiencia con el Director Senior de Operaciones Clínicas.
5. Cualquier cliente o cliente potencial que tenga un agravio puede presentar un agravio ESCRITA al Director de Operaciones Clínicas dirigida a la oficina central de CAN Community Health, Inc.:

CAN Community Health, Inc.  
Attn: Director Senior de Operaciones Clínicas  
4440 Fruitville Road  
Sarasota, FL 34232

6. La discusión del problema entre el cliente y el administrador de su designado deberá ocurrir dentro de los 30 días posteriores al informe escrito original.
  - a. Los clientes pueden apelar aún más de conformidad con los estatutos estatales respectivos
  - b. Los agravios relacionadas con los 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 local del condado de esos fondos.

Firma del Cliente

Nombre Impreso del Cliente

Fecha

Esta Sección es para uso de Oficina ÚNICAMENTE  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Fec. de Nac.: \_\_\_\_\_  
Numero de ID: \_\_\_\_\_