

Fecha: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ 2.º nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer: Masculino Femenino Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Pronombres: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt./Unidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cómo supo de nosotros?: \_\_\_\_\_

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

Identidad de género:   
 Hombre   
 Mujer   
 No binario   
 Andrógino   
 Mujer a hombre / Hombre transgénero / Hombre trans   
 Hombre a mujer / Mujer transgénero / Mujer trans Género   
 No binario, no es exclusivamente hombre ni mujer   
 Prefiere no revelar   
 Identidad de género: \_\_\_\_\_

Estado civil: Casado/a Divorciado/a Compañero/a Solter/a Viudo/a Legalmente separado/a

Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_ ¿Desea los servicios de un traductor?: \_\_\_\_\_

Raza: Asiática Negra o afroamericana Haitiana De las islas del Pacífico Blanca Otra raza: \_\_\_\_\_

Origen étnico: Cubano Hispano o latino Latinoamericano Mexicano Ni hispano ni latino Puertorriqueño   
 Prefiero no revelarlo Otro origen étnico: \_\_\_\_\_

**Información del seguro**  
**¿Tiene seguro médico?** Sí No **¿Tiene seguro odontológico?** Sí No  
 Si lo tiene, traiga la credencial del seguro a su primera cita. **Seguro:** \_\_\_\_\_ 2.º seguro: \_\_\_\_\_ Seguro odontológico: \_\_\_\_\_  
**N.º de socio:** \_\_\_\_\_ 2.º número de socio: \_\_\_\_\_ N.º de socio del seguro odontológico: \_\_\_\_\_

**Si no lo tiene**, pueden existir alternativas. Hable con el personal del consultorio para averiguar sobre las alternativas disponibles.

Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono de atención primaria: \_\_\_\_\_

**Información de contacto de urgencia**  
**Nombre de un amigo o pariente en la localidad:** \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
 Nombre de un amigo o pariente en la localidad: \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

**A mi leal saber y entender, la información que antecede es verdadera. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a CAN Community Health, Inc. Entiendo que soy económicamente responsable de cualquier saldo. También autorizo a CAN Community Health, Inc. o a mi compañía de seguro a revelar cualquier información necesaria para procesar mis reclamaciones.**

**Firma del paciente/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Esta sección es para uso EXCLUSIVO del consultorio**

**Parte I: CONSENTIMIENTO DE RELACIÓN PACIENTE-PROVEEDOR**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la entidad: \_\_\_\_\_

Dirección de la entidad: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para participar de una relación paciente-proveedor. Autorizo a CAN Community Health, Inc. y a sus representantes a brindar atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria y puede incluir visitas al consultorio médico que impliquen obtener la historia clínica o el historial de recetas externas; realizar exámenes, análisis clínicos, análisis para detectar enfermedades venéreas, investigaciones o procedimientos menores; o administrar medicamentos. Podré interrumpir esta relación en cualquier momento que lo desee.

**Parte II: CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** *(solo para abordar el tratamiento y las operaciones de pago o atención médica)* Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mis datos o información médicos (que pueden incluir, entre otras, imágenes fotográficas, información sanitaria, odontológica, psiquiátrica/psicológica, y sobre VIH/SIDA, tuberculosis, enfermedades venéreas, prevención del consumo de sustancias y gestión de casos) para realizar estudios, evaluar la calidad, abordar el tratamiento y llevar a cabo operaciones de pagos y atención médica. La información médica sobre trastornos por consumo de sustancias no se divulgará sin una autorización adicional de conformidad con la parte 2 del título 42 del CFR.

**PARTE III: CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO PARA PACIENTES DE MEDICARE (Solo para pacientes con Medicare)**

Como paciente/representante que firma más abajo, certifico que la información que proporcioné para la solicitud de pago en virtud del Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a la entidad antes mencionada a ceder mi información médica a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios/entidades colaboradoras para tal fin o para una reclamación de Medicare relacionada. Solicito que se realice en mi nombre el pago de los beneficios autorizados. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios del médico a la entidad antes mencionada y la autorizo a presentar una reclamación a Medicare para el pago.

**PARTE IV: ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (Solo se aplica a terceros pagadores)**

Como paciente/representante que firma más abajo, asigno a la entidad antes mencionada todos los beneficios provistos en virtud de cualquier plan de atención médica o póliza de gastos médicos. El monto de dichos beneficios no excederá los cargos médicos establecidos por el programa de tarifas aprobado. Todos los pagos contemplados en este párrafo deben hacerse a la entidad mencionada. Soy personalmente responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación.

**PARTE V: MI FIRMA A CONTINUACIÓN CORROBORA LA INFORMACIÓN QUE ANTECEDE Y LA RECEPCIÓN DEL AVISO DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/representante, en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del paciente: \_\_\_\_\_

**1. Aviso de prácticas de privacidad****Iniciales:** \_\_\_\_\_

Reconozco que he recibido el Aviso de privacidad del consultorio, que describe las formas en que el consultorio puede usar y divulgar mi información médica para el tratamiento y las operaciones de pago/atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Comprendo que puedo comunicarme con el Responsable de Cumplimiento en caso de tener preguntas o quejas. En la medida en que lo permite la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de privacidad del consultorio. Estos documentos están publicados en la recepción. Reconozco que he recibido una copia de cada uno.

*(Esta sección es para uso exclusivo del personal del consultorio de CAN):* Esfuerzos de buena fe

Se han realizado los siguientes esfuerzos de buena fe para obtener la firma del paciente o su representante el (fecha): \_\_\_\_\_

Contacto presencial    Contacto telefónico    Correo postal    Correo electrónico    Otro: \_\_\_\_\_

Firma del personal: \_\_\_\_\_

**2. Portal del paciente****Iniciales:** \_\_\_\_\_

Nuestro portal del paciente le permite, durante las 24 horas, tener acceso confidencial a su historia clínica y comunicarse con nuestro consultorio de forma cómoda, segura y garantizada. Después de registrarse, podrá presentar solicitudes de reposición de recetas, enviar mensajes al departamento de enfermería, actualizar la información personal según lo necesite y revisar las próximas citas. ¡Indíquenos un correo electrónico y regístrese hoy! **CAN Community Health, Inc. (CAN)** ofrece una opción segura y fácil de pago en línea para la parte de los servicios que su seguro no cubre. El pago se puede realizar en línea en el portal del paciente. CAN no almacenará la información de su tarjeta de crédito.

**3. Telesalud****Iniciales:** \_\_\_\_\_

Comprendo 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 tener un lugar seguro y privado con acceso confiable a Internet y de organizarme para estar 15 minutos antes del horario acordado para iniciar sesión a pesar de cualquier problema técnico que pudiera tener. Seré el responsable de cualquier copago. Comprendo que mi proveedor está colegiado en el estado en el que estoy registrado para recibir los servicios y que, para la recepción de los servicios de telesalud, se aplicarán las leyes del estado en el que estoy establecido.

- Los posibles beneficios de la telesalud (que no se garantizan ni aseguran) incluyen: (i) el acceso a la atención médica si no puedo desplazarme al consultorio de mi proveedor de CAN; (ii) una evaluación y un abordaje médicos más eficientes, y (iii) durante la pandemia de COVID-19, la reducción de la exposición de los pacientes, el personal médico y otras personas en un lugar físico.
- Los posibles riesgos de la telesalud incluyen: (i) la falta o la limitación de la disponibilidad de análisis clínicos, radiografías, ECG y otras pruebas de diagnóstico y de alguna prescripciones, que ayuden a mi proveedor médico en el diagnóstico y el tratamiento; (ii) la imposibilidad de que mi proveedor lleva a cabo una exploración física práctica mía y de mi afección, y (iii) retrasos en la evaluación y el tratamiento debido a dificultades o interrupciones técnicas, distorsión de las imágenes o muestras de diagnóstico por problemas en la transmisión electrónica, el acceso no autorizado a mi información o la pérdida de información por fallas técnicas. No haré responsable a CAN por la pérdida de información debido a fallas tecnológicas.

**Esta sección es para uso EXCLUSIVO del consultorio**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del paciente: \_\_\_\_\_

#### 4. Política de no presentación

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

Dado que reservamos una cantidad considerable de tiempo de los médicos y el personal para sus necesidades de atención médica, requerimos como mínimo

un aviso con 24 horas de anticipación para reprogramar o cancelar su cita.

- El incumplimiento del aviso con 24 horas de anticipación puede resultar en una tarifa de \$35 por no presentarse. Se le pedirá que pague las tarifas por no presentarse antes de su siguiente visita o que se elabore un plan de pago con un asesor financiero si se le cobra una tarifa por no presentarse.
- Si tiene dos ausencias en un plazo de 12 meses, es posible que deba programar una visita durante una de nuestras aperturas de clínicas designadas para quienes no se hayan presentado para ver a uno de nuestros médicos. Varias ausencias pueden hacer que lo excluyan del consultorio.
- Se le enviarán recordatorios al número de teléfono que haya tenido la amabilidad de proporcionar antes de la fecha de su cita programada. Infórmenos de inmediato si hay cambios en su información de contacto. Considere la posibilidad de registrarse en nuestro portal del paciente (consulte el punto 2), que le permite actualizar fácilmente su información.
- Si necesita reprogramar o cancelar una cita, llame al (844) 922-2777 y marque la opción 3 para realizar la programación.

**Esta sección es para uso EXCLUSIVO del consultorio**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del paciente: \_\_\_\_\_

**5. Consentimiento para el uso y la divulgación de su información médica protegida (Protected Health Information, PHI)**

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

- ¿Podemos llamar a su trabajo y dejarle un mensaje?    Sí        No  
Si la respuesta es sí, ¿a qué número de teléfono? \_\_\_\_\_
- ¿Podemos llamar a su domicilio y dejarle un mensaje?    Sí        No  
Si la respuesta es sí, ¿a qué número de teléfono? \_\_\_\_\_
- ¿Podemos dejar un mensaje sobre información médica en su teléfono celular?    Sí        No  
Si la respuesta es sí, ¿a qué número de teléfono? \_\_\_\_\_

**6. Consentimiento para el uso del correo electrónico o mensajes de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones sobre su atención médica**

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

**• Parte 1: Consentimiento para el correo electrónico/mensajes de texto**

Los pacientes de nuestro consultorio pueden recibir mensajes de correo electrónico o mensajes de texto con recordatorios de citas o información general de salud. Si en algún momento yo, el paciente, proporciono un correo electrónico o un número de teléfono celular en el que puedan contactarme, doy mi consentimiento para recibir del consultorio recordatorios de citas y otras comunicaciones/información de atención médica en ese correo electrónico o número de teléfono celular. 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 formarán parte de su historia clínica. En todas las comunicaciones, utilizaremos la cantidad mínima necesaria de información. Marque las casillas que correspondan y complete los espacios según sea necesario.*

**Doy mi consentimiento** para recibir mensajes de **TEXTO** con recordatorios de citas, observaciones y recordatorios/información de salud general en este **número de teléfono celular:** \_\_\_\_\_

**Doy mi consentimiento** para recibir mensajes de **CORREO ELECTRÓNICO** con recordatorios de citas, observaciones y recordatorios/información general de salud en este **correo electrónico:** \_\_\_\_\_

Si usted, como paciente, envía un correo electrónico o mensaje de texto a CAN Community Health, Inc., CAN lo tomará como un 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 vaya al consultorio. Yo, el paciente, comprendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y dar mi consentimiento más adelante.

**• Parte 2: Revocación si ya no desea recibir correos electrónicos/mensajes de texto**

**NO** doy mi consentimiento y por el presente revoco mi solicitud de recibir mensajes de **CORREO ELECTRÓNICO** con recordatorios de citas, observaciones y recordatorios/información general de salud.

**NO** doy mi consentimiento y por el presente revoco mi solicitud de recibir mensajes de **TEXTO** con recordatorios de citas, observaciones y recordatorios/información general de salud.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o padre/madre/tutor**

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o padre/madre/tutor**

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

**Esta sección es para uso EXCLUSIVO del consultorio**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del paciente: \_\_\_\_\_



Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso a todo el personal de CAN Community Health, Inc. para que hable con las **1** siguientes personas: \_\_\_\_\_ *(1.ª persona y número de contacto en letra de imprenta)*  
**2** \_\_\_\_\_ *(2.ª persona y número de contacto en letra de imprenta)*

en relación con todos los aspectos de mi atención, incluidos, entre otros, la programación y cancelación de citas, asuntos relacionados con la facturación y el seguro, vivienda y todos los asuntos relacionados con mi atención médica y odontológica.

Toda la información que, por el presente, autorizo que CAN Community Health, Inc. obtenga será estrictamente confidencial y el destinatario no podrá divulgarla sin mi consentimiento escrito.

*Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito.*

**Aviso al paciente:** Al firmar este formulario, nos otorga su consentimiento para divulgar su información médica protegida a las personas mencionadas anteriormente. Nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad proporciona más detalles sobre los usos y las divulgaciones de su información médica protegida para el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica. Si este formulario de consentimiento no lleva adjunta una copia del Aviso, pida una. Le recomendamos que lo lea porque proporciona detalles sobre cómo se puede usar y/o divulgar su información y describe ciertos derechos que usted tiene con respecto a su información de atención médica. Usted comprende que el destinatario puede volver a divulgar la información anterior y es posible que ya no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad. Toda información que esté contemplada en la CFR 42 parte 2 no se volverá a divulgar. Usted comprende que completar este formulario de autorización es voluntario y que no se le negará el tratamiento si no acepta firmar este formulario. Puede solicitar una lista de las divulgaciones de información de atención médica protegida realizadas en su nombre.

Tiene derecho a **revocar** su autorización, para ello, envíe una notificación por escrito a nuestro Responsable de Privacidad. La revocación no afectará las acciones que ya se hayan tomado en función de esta autorización. Tiene derecho a recibir una copia de este **formulario de autorización** después de haberlo firmado.

New Jersey: si sufre discriminación a causa de la entrega o divulgación de información relacionada con el VIH, puede comunicarse con la Comisión de Derechos Civiles de New Jersey llamando al (973) 648-2700.

Fecha

Firma del paciente

Fecha

Nombre del paciente, en letra de imprenta

Fecha

Firma del representante/tutor

Fecha

Nombre y relación con el representante/tutor, en letra de imprenta

**Retiro del consentimiento**

Fecha de revocación del consentimiento

Firma del paciente/representante/tutor

Fecha

Firma y nombre del testigo, en letra de imprenta

**Esta sección es para uso EXCLUSIVO del consultorio**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del paciente: \_\_\_\_\_

**Declaración para rechazar el procedimiento de prolongación de vida (Living Will)**

- He hecho tal declaración  
 No he hecho tal declaración

**Apoderado para asuntos médicos**

- He designado un apoderado para asuntos médicos  
 No he designado un apoderado para asuntos médicos

**Poder notarial permanente**

- He designado un poder notarial permanente para decisiones médicas  
No he designado un poder notarial permanente para decisiones médicas

**Orden de no reanimar (DNR)**

- Tengo una orden DNR  
 No tengo una orden DNR

**Se me ha proporcionado información sobre la LEY DE AUTODETERMINACIÓN DEL PACIENTE.**

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Se me ha proporcionado información sobre la LEY DE AUTODETERMINACIÓN DEL PACIENTE, pero me niego a responder las preguntas anteriores.**

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PROPORCIONE A SUS PROVEEDORES DE SALUD COPIAS DE TODOS SUS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD**

**Esta sección es para uso EXCLUSIVO del consultorio**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del paciente: \_\_\_\_\_



## PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO

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 se compromete a cumplir con las disposiciones del Título VI o la Ley de Derechos Civiles. Es política de CAN que todas las quejas se resuelvan en varios niveles, comenzando por el nivel inferior. Se hará todo lo posible para resolver las quejas o apelaciones VERBALES a la brevedad. **Todas las quejas formales serán confidenciales** y no se tomarán represalias contra los usuarios que las formulen.

1. Todas las quejas, verbales o escritas, deben dirigirse al Director de Gestión del centro, quien trabajará en estrecha colaboración con el empleado que presente la queja para proporcionar la dirección y supervisión adecuadas. El Administrador del Consultorio observará el desempeño del empleado y, luego, expondrá sus conclusiones al paciente. Se deberá acusar recibo de todas las quejas, verbales o escritas, dentro del plazo de 2 días hábiles.
2. El Director de Gestión notificará al Director Sénior de Operaciones Clínicas.
3. El problema se analizará entre el paciente y el Administrador del Consultorio, y se presentará una resolución dentro de los 10 días hábiles.
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. Todo paciente actual o potencial que tenga una queja puede presentarla POR ESCRITO al Director de Operaciones Clínicas, dirigida a la sede de CAN Community Health, Inc.:

CAN Community Health, Inc.  
 A la atención de: Director Sénior de  
 Operaciones Clínicas 4440 Fruitville Rd.  
 Sarasota, FL 34232

6. El análisis del problema entre el paciente y el administrador de la entidad designada tendrá lugar dentro en un plazo de 30 días posteriores al informe escrito original.
  - a. Los usuarios pueden seguir apelando de conformidad con las respectivas leyes estatales.
  - b. Las quejas relacionadas con los servicios financiados por el programa Ryan White también pueden registrarse en el condado de residencia del usuario, los servicios sociales locales o el departamento de salud local del condado de esos fondos.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del paciente, en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Esta sección es para uso EXCLUSIVO del consultorio**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del paciente: \_\_\_\_\_