



Formulario de Información del Paciente

Por favor escriba claramente

Si es necesario, solicite ayuda para completar este formulario.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Mes / Día / Año

Nombre usado / Apodo: _____ Apellido diferente / Apellido de soltera: _____

Dirección postal: _____
Incluya calle o apartado postal (PO Box), ciudad, estado y código postal.

Dirección física (si es diferente) _____

Teléfono Primario: _____ Celular Casa Trabajo (marque uno) →
Teléfono Secundario: _____ Celular Casa Trabajo (marque uno) →

Dirección de Correo Electrónico: _____ (Solo para el portal/información de salud, a menos que se marquen otras opciones a continuación)

Sí, envíenme los boletines informativos y correos electrónicos de marketing Sí, notifiquenme sobre oportunidades de recaudación de fondos.

Género asignado al nacer: Femenino Masculino

Estado Civil: Soltero Casado Separada/o Divorciada/o Viuda/o Pareja

Estado de Empleo: Tiempo completo Medio tiempo Retirado (Fecha): _____
 Incapacitado Nombre del Empleador: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono del Contacto Emergencia: _____ Relación: _____

Si el paciente es un niño, por favor complete esta sección.

Nombre del padre/tutor # 1: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación con el Paciente: _____
Mes / Día / Año

Quién tu compañía de seguro lista como proveedor de atención primaria: _____

Nombre del padre/tutor # 2: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación con el Paciente: _____
Mes / Día / Año

Quién tu compañía de seguro lista como proveedor de atención primaria: _____

Información del seguro de salud

Por favor proporcione su(s) tarjeta(s) para que podamos hacer una copia.

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____
Mes / Día / Año

Nombre del Seguro: _____ Número de póliza: _____

Relación con el Paciente: _____

Quién tu compañía de seguro lista como proveedor de atención primaria: _____

Si no tiene seguro, y le preocupa que su cobertura no sea suficiente o le preocupe pagar copagos/servicios, por favor solicite hablar con alguien sobre nuestros programas de asistencia financiera.

Nombre del Paciente:

Fecha de nacimiento del Paciente:

Mes / Día / Año

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO DE PACIENTES EXTERNOS

De manera continua, Yo solicito, consiento, y autorizo Lamprea Health Care, Inc. para realizar pruebas, diagnósticos y procedimientos terapéuticos y proporcionar cuidados generales y tratamiento determinados necesario y / u ordenado por los profesionales de la salud involucrados en mi cuidado. Esto incluye, pero no se limita a, el desempeño de exámenes físicos y rayos X u otros diagnósticos o procedimientos radiológicos, así como la toma de sangre, tejidos, fluidos u otras muestras corporales. También doy mi consentimiento y autorizo Lamprea Health Care para examinar, utilizar para los fines que fueron proporcionados, almacenar y disponer de cualquier sangre, tejidos, fluidos corporales o muestras de acuerdo con los requisitos legales y procedimientos habituales. Entiendo que puedo pedir a mis proveedores de salud acerca de mi atención, tratamiento y procedimientos en cualquier momento y yo soy alentado a hacerlo.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

Lamprey Health Care aplica un método de equipo integrado para la coordinación de la atención primaria y salud conductual. Como un equipo integrado, todos los miembros del personal trabajan juntos, mejorando la comunicación entre los proveedores mediante el intercambio de decisiones y de informaciones usando un expediente médico, así como la responsabilidad colectiva por el plan de atención del paciente. Servicios de salud conductual están disponibles para todas las personas. Entiendo que profesionales de la salud en entrenamiento pueden estar implicados en mi atención y doy mi consentimiento para su participación en ella bajo la supervisión apropiada.

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cobranzas y facturas asociadas con mi cuidado y tratamiento, excepto en la medida en que la totalidad o parte de estas cobranzas o cuentas son pagadas o cubiertas por un seguro de salud, un programa de salud pública (como Medicare o Medicaid), un programa de asistencia financiera, u otra parte responsable de su pago (los cuales son referidos como "tercero pagadores"). Autorizo Lamprey Health Care a someterse facturas o reclamaciones y la información relacionada con respecto a mi estado de salud, la atención, el tratamiento y los pagos realizados por mi cuidado y tratamiento a cualquier tercero pagador aplicable y sus socios de negocios. También autorizo a tal tercero pagadores para realizar pagos directos a Lamprey Health Care en respuesta a estas cobranzas o reclamaciones.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Lamprey Health Care mantiene registros electrónicos y en otras formas. Estos registros describen, entre otras cosas, mi estado de salud pasado y actual, incluyendo el diagnóstico de cualquier enfermedad y las condiciones, la naturaleza y los resultados de exámenes y pruebas, tratamientos proporcionados, y cualquier plan de cuidado o tratamiento. Además, estos registros incluyen información de facturas, social y otra información de identificación y pueden incluir información confidencial, como los resultados de prueba genéticas, estado de VIH / SIDA y el uso de drogas y alcohol (todos los cuales se conocen como mi "Información de Salud"). Doy mi consentimiento y autorizo Lamprey Health Care, cuando sea necesario para mi tratamiento, pago de mis facturas, o las operaciones comerciales de Lamprey Health Care y operaciones de atención médica, para liberar y intercambiar mi Información de salud con otros profesionales de la salud y organizaciones involucradas en mi cuidado y con socios de negocios que Lamprey Health Care ha contratado por las mismas razones. Entiendo que cualquier divulgación de esta información de salud puede ser usado o re-divulgado por el destinatario de los registros y, por lo tanto, ya no estará protegido por leyes federales de privacidad como 42 CFR Parte 2. Entiendo que al reusar dar mi consentimiento para que mis registros se divulguen con fines de pago puede resultar en que Lamprey Health Care se niegue a tratarme.

ESTE CONSENTIMIENTO PERMANECERÁ EFECTIVO HASTA QUE LO REVOQUE POR ESCRITO, LO CUAL PUEDO HACER EN CUALQUIER MOMENTO EXCEPTO EN LA MEDIDA EN QUE LAMPREY HEALTH CARE O CUALQUIER OTRO DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN DIVULGADA A CONTINUACIÓN YA HAYA ACTUADO CONFIANDO EN ÉL

Firma:

(Paciente o Representante Autorizado)

Fecha:

Mes / Día / Año

Relación del Representante Autorizado:

(Por ejemplo: Padre, Guardián, o Agente de Cuidados de Salud)

SÓLO MEDICARE

Solicito el pago de beneficios autorizados por Medicare para mí o en mi nombre por cualquier servicio proporcionados por mí o por Lamprey Health Care. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo de información sobre mí para liberar a Medicare ya sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios por servicios relacionados. Si tiene Medicare, inicie sesión para confirmar que ha leído y comprende esta sección.

Firma:

(Paciente o Representante Autorizado)

Fecha:

Mes / Día / Año

Formulario de Información del Paciente

Por favor escriba claramente

Si es necesario, solicite ayuda para completar este formulario.

Lamprey Health Caree recibe fondos estatales y federales para apoyar a nuestros servicios. Devez en cuando se nos pide que informemos sobre la situación financiera general y la raza / origen étnico de nuestros pacientes. Su ayuda para completar esta información nos ayudará a aplicar para futuros fondos.

Toda la información proporcionada es confidencial.

Gracias por su cooperación.

Raze: Seleccione máximo dos de las que mejor se apliquen en su caso.

Indio asiático	Otros Isleños del Pacífico
Chino	Guameño o Chamorro
Filipino	Samoano
Japonés	Negro / Afroamericano
Coreano	Indio americano/nativo de Alaska
Vietnamita	Blanco
Otro asiático	Más de una raza
Nativo hawaiano	Elige no revelar

Etnia

No hispano, latino, español
Mejicano
Puertoriqueno
Cubano
Otro origen hispano, latino, español.
Otro origen hispano, latino y español combinado

Orientación Sexual

¿Cuál es tu orientación sexual?
Derecho o Heterosexual
Lesbiana, Gay u Homosexual
Bisexual
Algo más
No sé
Prefie o no divulgar

Pronombre de Preferencia:

Ella/Ella
Ella/Ellas
El/El
El/Ellos
Ellos/Ellos
Otro

Comunicación con usted

¿Es su primer idioma Inglés?
Si no, ¿cuál es su primer idioma?
¿Necesita un intérprete?
¿Tienes problemas auditivos?
¿Necesita de un intérprete de lenguaje de signos?

Si No

Arreglo de Vivienda

Alquiler Propietario de Casa
Albergue Vivienda de Transición
Calle Vive con relativo /amigo
Otro:

Identidad de Género

¿Cuál es tu identidad de género?

- Hombre
 Mujer
 Hombre Transexual de Mujer
 Mujer Transexual de Hombre
 Género raro o variante (no exclusivamente masculino o femenino)
 Categoría de género adicional u otro
 Prefie o no divulgar

¿Eres..... (Marque todos los que correspondan)

- Estudiante de tiempo completo
 Estudiante de medio tiempo
 Trabajador de Temporada
 Veterano
 Trabajador Migrante

¿Cómo se enteró de nosotros?

- Relativo/Amigo
 Hospital/Otro Proveedor
 Internet/Redes Sociales Noticias
 Evento de la Comunidad
 Agencia de Servicio Social
 Otro:

Por favor escriba claramente

Instrucciones de la cuadrilla de ingreso:

Paso 1: Mire abajo la columna A y busque la fila que coincide con el número de personas en su hogar, incluyendo los niños. Si hay más de 8 en su hogar, utilice la fila 8

Paso 2: Siga esa fila al otro lado hasta encontrar el nivel de ingresos que mejor coincide con la de su familia y márkela con un círculo.

Tamaño de la familia	De-A	De	A	De	A	De	A	Ariba
<input type="checkbox"/> 1	\$0- \$ 15,960	\$ 15,960.01	\$ 21,546.00	\$ 21,546.01	\$ 29,526.00	\$ 29,526.01	\$ 31,920.00	\$ 31,920.00
<input type="checkbox"/> 2	\$0- \$ 21,640	\$ 21,640.01	\$ 29,214.00	\$ 29,214.01	\$ 40,034.00	\$ 40,034.01	\$ 43,280.00	\$ 43,280.00
<input type="checkbox"/> 3	\$0- \$ 27,320	\$ 27,320.01	\$ 36,882.00	\$ 36,882.01	\$ 50,542.00	\$ 50,542.01	\$ 54,640.00	\$ 54,640.00
<input type="checkbox"/> 4	\$0- \$ 33,000	\$ 33,000.01	\$ 44,550.00	\$ 44,550.01	\$ 61,050.00	\$ 61,050.01	\$ 66,000.00	\$ 66,000.00
<input type="checkbox"/> 5	\$0- \$ 38,680	\$ 38,680.01	\$ 52,218.00	\$ 52,218.01	\$ 71,558.00	\$ 71,558.01	\$ 77,360.00	\$ 77,360.00
<input type="checkbox"/> 6	\$0- \$ 44,360	\$ 44,360.01	\$ 59,886.00	\$ 59,886.01	\$ 82,066.00	\$ 82,066.01	\$ 88,720.00	\$ 88,720.00
<input type="checkbox"/> 7	\$0- \$ 50,040	\$ 50,040.01	\$ 67,554.00	\$ 67,554.01	\$ 92,574.00	\$ 92,574.01	\$100,080.00	\$100,080.00
<input type="checkbox"/> 8+	\$0- \$ 55,720	\$ 55,720.01	\$ 75,222.00	\$ 75,222.01	\$ 103,082.00	\$103,082.01	\$111,440.00	\$111,440.00

Marque aquí si su ingreso familiar es superior a los niveles mencionados.

Pautas de tarifas de descuento de Lamprey Health Care 2/1/2026

Si es necesario, solicite ayuda para completar este formulario.

Lamprey Health Care recibe fondos estatales y federales para apoyar a nuestros servicios. Devez en cuando se nos pide que informemos sobre la situación financiera general y la raza / origen étnico d nuestros pacientes. Su ayuda para completar esta información nos ayudará a aplicar para futuros fondos.

Toda la información proporcionada es confidencial.

Gracias por su cooperación.

SÍGUENOS



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

ACCESO A SERVICIOS Usted tiene derecho a acceso equitativo a la atención médica primaria, independientemente de su raza, color, sexo, origen nacional, discapacidad, religión, edad, orientación sexual, identidad de género o capacidad de pago. Se le garantiza acceso a asistencia médica las 24 horas y atención de emergencia. Si usted no puede asistir a su cita y no la cancela con 24 horas de anticipación, se considerará una inasistencia. Si esto ocurre tres veces en un año, es posible que le solicitemos que, en lugar de programar citas con anticipación, llame el día que esté disponible para una cita y le informaremos sobre las opciones disponibles ese día.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD Usted tiene derecho a su privacidad y confidencialidad personal, excepto en casos tales como sospecha de abuso y peligro para la salud pública y que se reporte como lo autoriza o lo exige la ley. Usted tiene derecho a aprobar o rechazar que divulguemos sus registros médicos a cualquiera persona, en la medida que la ley lo permita, o por un contrato con terceros. Se debe obtener su consentimiento por escrito antes de divulgar cualquier registro médico a fuera de Lamprey Health Care.

INFORMACIÓN Usted recibirá información completa de su condición médica y su plan de tratamiento. Usted tiene derecho a ver y examinar sus expedientes médicos, a menos que esté médicamente contraindicado. Usted a su vez, tiene la responsabilidad de proveer información completa y precisa, pertinente a su estado de salud, estilo de vida y/o enfermedad actual.

CONSENTIMIENTO Salvo en casos de emergencia, cuando un paciente no pueda tomar decisiones sobre su atención médica y necesite tratamiento urgente, usted tiene derecho a la oportunidad de discutir y solicitar información relacionada con los procedimientos específicos y/o tratamientos, los riesgos involucrados, la posible duración de la recuperación, y las alternativas médicamente razonables, así como sus riesgos y beneficios asociados. **SEGURIDAD** Usted tiene el derecho de esperar que las actividades y el ambiente de Lamprey Health Care sean seguros. Además, es responsable por sus pertenencias personales durante su estadía.

RESPECTO Y DIGNIDAD Usted será tratado con consideración, respeto, y reconocimiento pleno de su dignidad, individualidad, y necesidades culturales y/o espirituales, incluyendo la privacidad en el tratamiento y en el cuidado de sus necesidades personales. No se discriminará a ninguna persona por razón de raza, color, religión, sexo, preferencia sexual, edad, nacionalidad o condición financiera. A su vez, usted es responsable de mostrar el mismo respeto por nuestro personal y ser considerado en la manera como se comunica, cumpla con las citas programadas o notifique al centro cuando no pueda asistir a una cita.

PARTICIPACIÓN EN SU CUIDADO Usted tiene derecho a participar en el desarrollo de su plan de atención. Usted también tiene derecho a recibir información completa y actual sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en la medida que los profesionales médicos responsables de su cuidado conozcan.

OBSERVACIONES E INQUIETUDES Le animamos a expresar cualquier inquietud, queja o comentario sobre cualquier aspecto de su experiencia en nuestro centro. Esto puede hacerse personalmente, por teléfono o por escrito – a continuación la información. Puede estar seguro que cada inquietud, queja o comentario será examinado por un funcionario competente para darle un seguimiento oportuno y solucionar cualquier problema.

FACTURACIÓN Si resulta seleccionado para participar en nuestro programa de la escala de ingreso de Lamprey Health Care, que ofrece descuentos a los pacientes cuyo Nivel de Pobreza Federal está por debajo del 200%. Usted tiene derecho a solicitar y recibir un presupuesto de los cobros a razón de su consulta programada, así como los servicios y una cotización de su responsabilidad financiera por esa consulta. También es responsable de pagar los co- pagos y tarifas nominales en el momento de su visita.

ASPECTOS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD En caso que se presenten conflictos a la hora de tomar decisiones sobre su cuidado, usted, su familia y otros seres queridos tienen derecho a recibir una consulta sobre asuntos éticos con el personal correspondiente, incluyendo personal asistencial, médicos y otros.

DIRECTRICES ANTICIPADAS Usted tiene derecho a elaborar, examinar y modificar en cualquier momento, las Directrices Anticipadas (Testamento en Vida y Poder Legal Duradero) para fines de su cuidado médico. Usted tiene el derecho de esperar que Lamprey Health Care honre su decisión en las directrices en la medida permitida por la ley y las políticas de Lamprey Health Care.

ESTUDIO Cuando las actividades de investigación son aprobadas por la Junta Directiva, usted tiene derecho a aprobar o rechazar participar en cualquier estudio propuesto. Si elige tener en cuenta participar, el estudio le será explicado completamente, antes de firmar el formulario de consentimiento.