|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DE PACIENTE** |
| Apellido(s): | 1er Nombre: | 2ndo Nombre: |
| Nombre del padre o tutor si el paciente es menor de edad: |
| Dirección: | Unidad/Apto/Piso: |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| # de Seguro Social: | Fecha de Nacimiento: | Correo electrónico: Al proporcionar su correo electrónico, acepta recibir actualizaciones y notificaciones de CHWC. |
| Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciada(a) Viudo(a) Pareja Otro(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Orientación sexual: heteosexual homosexual o lesbiana Bisexual No divulgada Otro(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Identidad de género: Masculina Femenina Hombre trans (M a F) Mujer trans (F a M) Género queer No divulgada Otra: \_\_\_\_\_­\_\_\_ |
| Teléfono primario: Casa Celular TrabajoTeléfono secudario: Casa Celular Trabajo |
| Raza: **Marque todas las que correxpondan:**  Indio Americano/Nativo de Alaska Negro/afroamericano Isleño del pacífico Asiático Multirracial Nativo americano Blanco Otra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Etnicidad:  Hispano/Latino No Hispano/Latino | Idioma: Ingles  EspañolOtro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Sin hogar: Sí No  Refugio Transicional Calle Viviendo con familiar/amigo  | Trabajador Migrante: Yes No Por temorada | Veterano del militar: Sí No | Farmacia preferida: |
| Contacto de Emergencia:Se puede comunicar con el contacto de emergencia en caso de que no podamos comunicarnos con usted para recibir atención de rutina. | # de teléfono: |
| **INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO** |
| Nombre del Seguro Primario: | Número de Póliza: | Número de Grupo: |
| Nomber del suscriptor: | Relación del paciente con el suscriptor: Paciente Esposo(a) Hijo(a) Otro(a) |
| Nombre del Seguro Secundario: | Número de Póliza | Número de Grupo: |
| Nomber del suscriptor: | Relación del paciente con el suscriptor: Paciente Esposo(a) Hijo(a) Otro(a) |
| Por favor complete a la siguiente sección para garantizar que podamos ofrecerle todos programas y beneficios para los que puede calificar.**Family size:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Total Household Annual Income: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Pautas del Nivel Federal de Pobreza para 2022 (FPL) Elija por favor un nivel de pobreza federal basado en el tamaño de la familia y los ingresos.****Family Size <100% 🞎 101%-133%🞎 134%-167%🞎 168%-200% 🞎** **1 $13,590 $18,075 $22,695 $27,180** **2 $18,310 $24,352 $30,578 $36,620** **3 $23,030 $30,630 $38,460 $46,060** **4 $27,750 $36,908 $46,343 $55,500** **5 $32,470 $43,185 $54,225 $64,940**  |

**Autorización Médica - Asignación de Beneficios - Notificación de Prácticas de Privacidad**

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamos por cualquier y todos los servicios profesionales ofrecidos por Community Health and Wellness Center of Greater Torrington y cualquier establecimiento de terceros con el fin de realizar actividades comerciales. Autorizo ​​el pago de cualquier beneficio debido a Community Health and Wellness Center of Greater Torrington y entiendo que cualquier copago, recomendación, nueva información sobre seguros, deducibles y servicios denegados serán responsabilidad del paciente.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Community Health and Wellness Center of Greater Torrington que describe cómo se puede usar y divulgar mi información médica.

Entiendo que Community Health & Wellness Center participa en el intercambio de información médica para mejorar la calidad de la atención que se me brinda. Reconozco que puedo optar por no participar en el intercambio de información en cualquier momento.

Entiendo que si tengo alguna pregunta o queja, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad. Reconozco que tengo derecho de recibir actualizaciones a estas Prácticas de Privacidad**.** Autorizo a Community Health & Wellness Center el acceso a mi información médica, incluidos los resultados diagnósticos y detección del sistema de historia clínica electrónica de otros proveedores de atención. Entiendo que si tengo alguna pregunta o queja, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad. Reconozco que tengo derecho a recibir actualizaciones de estas prácticas de privacidad.

* **Doy mi consentimiento para cualquier tipo de procedimiento o tratamiento por parte de todo el personal calificado en CHWCGT, para la persona mencionada anteriormente.**
* **Doy mi consentimiento para extraer de una base de datos que supervise cuándo y quién me recetó los medicamentos por última vez.**
* **Entiendo mis responsabilidades como paciente con respecto al pago por los servicios que he recibido y actualizaré la nueva información de mi seguro según sea necesario.**
* **De acuerdo con nuestra política, cualquier servicio prestado fuera de este sitio es responsabilidad del paciente. CHWCGT no será responsable de ninguno de estos cargos. Ejemplo: laboratorio, rayos X, atención especializada, etc.**
* **Doy mi consentimiento para la prueba del VIH. Me reservo el derecho de optar por no realizar pruebas en cualquier momento.**
* **He leído y entiendo la Notificación de Prácticas de Privacidad, incluso el intercambio de mi información médica. (HIE)**
* **He recibido una copia de los derechos y responsabilidades del paciente y entiendo mis derechos y**

**responsabilidades como paciente.**

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

Firma del tutor/Poder legal/Conservador, si se aplica

 HIPAA given on Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Community Health & Wellness Center se compromete a “brindar atención médico de calidad, profesional y con compasión, a un precio accesible y sin discriminación a todos los residentes” de la área metropolitana de Torrington. El centro brinda atención médica integral primaria y preventiva independientemente de su capacidad de pago.

**COBERTURA MÉDICA DESPUÉS DE HORAS HÁBILES** Cualquier paciente de Community Health & Wellness Center que tenga un asunto urgente pero no requiere atención de emergencia puede llamar a 860-489-0931, y podrá dejar un mensaje con nuestro servicio telefónico de contestación y el proveedor de guardia será contactado inmediatamente. Este proveedor le contactará tan pronto sea posible, ¡favor de estar disponible para esta llamada!

**ASISTENCIA FINANCIERA**

¡Todos se merecen buen cuidado de salud! Somos un Centro de Cuidado de Salud Federalmente Calificado que ofrece un plan de descuento para los que califican. Si usted piensa que necesita ayuda por favor pide información aquí y será evaluado por un asesor financiero.

***EXCLUCIONES DE LA ASISTENCIA FINANCIERA***: servicios rendidos fuera de nuestras instalaciones: laboratorios, rayos-x y especialistas. Estos cargos no son la responsabilidad de CHWCGT.

**PÓLIZA PARA REPOSICIÓN DE RECETAS MÉDICAS**

Para servir mejor a nuestros pacientes, y manejar el gran número de solicitudes para reposición de recetas médicas, les pedimos a nuestros pacientes que nos ayuden a manejar estas solicitudes de la siguiente manera:

* Acuérdese por favor de informarle a su proveedor y a su asistente durante su cita cuando necesita reponer la receta médica. Esto evitará que usted tenga una interrupción en el acceso a sus medicinas. También ayudará en eliminar llamadas innecesarias.
* Si se le acaba su medicina entre citas, llame por favor a su farmacia primero. A veces quedan repuestos. Además, la farmacia puede ponerse en contacto con nosotros vía electrónica sin tener que llamar por teléfono.
* Si se le acaba la medicina por completo, póngase en contacto con nosotros con un mínimo de 5 días de anticipación para poder procesar una nueva receta y prevenir que se le acabe la medicina por completo.

**PÓLIZA DE AUSENCIAS**

Hay un gran número de personas que esperan citas en nuestro centro. Las citas son muy solicitadas. Lo que hace que esta situación sea más difícil es el número de "pacientes" **que no cumplen con sus citas programadas** y no llaman con anticipación para cancelar o reprogramar. Debido a esto, Community Health & Wellness Center se ve obligado a instituir una **póliza de ausencias.**

Es la **responsabilidad del paciente** notificar a la oficina con 24-48 horas de anticipación de su cita si necesita reprogramarla o cancelarla para que podamos ofrecer el tiempo a otro paciente que está esperando atención.

**Cuando un paciente pierde dos citas programadas, sin notificar a la oficina**, la próxima cita solicitada será en modo de espera (lo que significa que no se dará una cita programada y el paciente tendrá que sentarse y esperar a que un proveedor tenga una vacante en su horario). **Desafortunadamente, no hay garantía de que lo vean ese día y es posible que tenga que regresar al día siguiente hasta que un proveedor tenga una vacante en su horario.** Además, esa visita será breve. No demoraremos a los pacientes programados que se presentan a tiempo para los pacientes que están en modo de espera.

Al implementar esta póliza, creemos que honramos a los pacientes que programan y acuden a sus citas, mientras que se acomodan a todos que necesitan atención de manera más eficientemente.

**PÓLIZA DE TARDANZAS**

Para brindar una atención óptima a todos los pacientes, llegue a tiempo a las citas. Los pacientes que llegan **después de 10 minutos** pueden ser reprogramados con otro proveedor.

**HE LEÍDO Y ENTIENDO LA PÓLIZA DE REPOSICIÓN DE RECETAS MÉDICAS, LA PÓLIZA DE AUSENCIAS, Y LA PÓLIZA TARDANZAS Y COMO PACIENTE ES MI RESPONSABILIDAD DE RESPETAR LAS PÓLIZAS DEL PACIENTE DEL CENTRO**.