



Información del paciente (presente su identificación con foto y tarjeta de seguro con esta documentación)									
Nombre Legal:Primero		Medio		Último		Sufijo (Jr., Sr., II, III etc.)			
Fecha de nacimiento: / /		Seguridad social #		Sexo del paciente según figura en el seguro/licencia de conducir/documento de identidad del estado ☐ Hombre ☐ Mujer					
Dirección				Apto./Int. /Und.	Ciudad		Estado	Código postal	
Teléfono móvil /Celular ()		Teléfono de casa ()		Dirección de correo electrónico					
La mejor manera de ponerse en contacto conmigo/dejar mensajes (marque todas las que correspondan):				☐ Teléfono/correo de voz		☐ Correo electrónico/Portal del paciente		☐ Mensaje de texto	
Pronombre preferido ☐ Pregunta desconocida ☐ Él, Él, Su ☐ Ella, Su ☐ Ellos, Ellas, Su ☐ Elle ☐ Otros ☐ Rechazado									
¿Cómo describiría usted (paciente) su identidad de género?					Orientación sexual:				
☐ Mujer		☐ Hombre a Mujer (MTF)		☐ Lesbiana o Gay		☐ Algo más			
☐ Hombre		Transgénero Femenino		☐ Heterosexual (o hetero)		☐ Elijo no revelar			
☐ Mujer a Hombre (FTM)		☐ Elijo no revelar		☐ Bisexual		☐ No lo sé			
Transgénero Masculino		☐ Otros _____							
Estado Civil	☐ Soltero	☐ Union Libre	☐ Casado	☐ Divorciado	☐ Separado	☐ Viudo	☐ Otros		
Idioma Preferido	☐ Burmano	☐ Inglés	☐ Francés	☐ Alemán	☐ Japonés	☐ Italiano	☐ Español		
	☐ Gujarati	☐ Kanjobal	☐ Tigrina	☐ Sudanés	☐ Otros				
Condición de estudiante	☐ A tiempo completo	☐ A tiempo parcial	☐ No es un estudiante						
Persona responsable de la factura - Si es "uno mismo", déjelo en blanco									
Relación	☐ Yo mismo	☐ Padres	☐ compañero de vida	☐ Cónyuge	☐ Otros _____				
Nombre Legal:Primero		Medio		Último		Sufijo (Jr., Sr., II, III etc.)			
Dirección				Apto./Int. /Und.	Ciudad		Estado	Código postal	
Fecha de nacimiento: / /		Seguridad social #							
Información sobre seguros									
Situación De Vivienda	☐ Dobles	☐ Transitorio	☐ Calle	☐ Albergue	☐ Otros (sin hogar)	☐ Viviendas de apoyo permanente			
	☐ Tengo hogar								
Contacto en caso de emergencia/relaciones/role									
Nombre Legal:Primero		Medio		Ultimo		Sufijo (Jr., Sr., II, III etc.)			
Dirección				Apto./Int. /Und.	Ciudadity		Estado	Código postal	
Teléfono móvil /Celular ()		Teléfono de casa ()		Relación con el Paciente					
Condición de trabajador migrante									
☐ Migrante	☐ No es un trabajador agrícola	☐ Trabajador temporal							
Raza:	☐ Indio Asiático	☐ Chino	☐ Nativo de Hawai	☐ Blanco	☐ Asiático				
	☐ Vietnamita	☐ Otros asiáticos	☐ Filipino	☐ Japonés	☐ Coreano				
	☐ Indio Americano/Nativo de Alaska	☐ Negro/Afroamericano	☐ Otros Isleños del Pacífico	☐ Samoano	☐ Guameño o Chamorroorro				
Etnia:	☐ Hispano	☐ No Hispano	☐ Chicano	☐ Cubana	☐ Otros Hispanos				
	☐ Mexicano	☐ Mexicoamericano	☐ Puertorriqueño	☐ Español					
Veterano:	☐ Si	☐ No							

Consentimiento del menor para el tratamiento

Nombre completo del menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Un médico, una enfermera o un auxiliar médico, un dentista, un higienista dental, una enfermera, un psiquiatra y un consejero de salud mental están disponibles, según el horario, para proporcionar atención sanitaria primaria, cuidados dentales, servicios psicosociales y consultas nutricionales.

Los servicios disponibles pueden incluir, entre otros:

- Exámenes físicos, evaluaciones de salud y/o detección de problemas de salud
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas
- Educación y promoción de la salud: se ofrecerán talleres de promoción y prevención de la salud.
- Inmunizaciones
- Promoción del bienestar, como dejar de fumar, nutrición o control del peso
- Atención a la salud reproductiva, incluidos exámenes ginecológicos, educación sobre ETS, pruebas y tratamiento, educación sobre VIH/SIDA, asesoramiento/pruebas y servicios anticonceptivos
- Pruebas de laboratorio como cultivo de exudado faríngeo, hemograma completo, mononucleosis, etc.
- Servicios de asesoramiento en salud mental
- Examen y tratamiento dental
- Remisiones a otros organismos para servicios no prestados en el Centro de Salud Escolar.

Al firmar a continuación, certifico y afirmo que:

El niño mencionado tiene mi consentimiento para recibir los servicios ofrecidos por Promise Healthcare por sus proveedores. He sido informado y comprendo el alcance de los servicios que pueden prestarse. También entiendo que un padre, tutor legal o menor de edad que esté autorizado por la ley de Illinois a dar su consentimiento en su propio nombre tiene derecho a rechazar cualquier servicio(s) de atención sanitaria. También entiendo que, aunque se me recomienda estar presente para las citas, no es obligatorio y que, al firmar a continuación, estoy autorizando a Promise Healthcare a proporcionar servicios a mi hijo en su mejor interés.

Entiendo además que, según la ley de Illinois, un menor de más de 12 años tiene la misma capacidad que un adulto para dar su consentimiento a determinados servicios sanitarios y no se requiere la presencia de los padres para dichos servicios.

Entiendo que, si mi hijo tiene 12 años o más y fuera a recibir servicios de salud mental/abuso de sustancias de Promise Healthcare, él/ella/ellos pueden recibir hasta ocho sesiones de terapia sin mi consentimiento. Por ley, un menor de 12 años no podrá recibir servicios de salud mental/abuso de sustancias sin el consentimiento de sus padres.

Este consentimiento será efectivo a partir de la fecha de la firma durante un año, a menos que lo rescinda por escrito o en el momento en que el menor cumpla dieciocho (18) años o se emancipe de otro modo.

Nombre completo impreso del padre/tutor: _____

Relación con el menor: _____

Si/cuando yo no esté disponible, autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a acompañar a este niño a su(s) cita(s) si procede:

Nombre Completo: _____ Relación con el Niño: _____

Nombre Completo: _____ Relación con el Niño: _____

Nombre Completo: _____ Relación con el Niño: _____

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Firma del paciente (12 años o más): _____ **Fecha:** _____

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL

Recibido por: _____ Fecha de Recepción: _____

¿Quién puede discutir su información médica?

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Acerca de este formulario:

- Este formulario permite a las personas indicadas a continuación disponer de información sobre su atención médica y/o pago, ya sea verbalmente en persona o por teléfono.
- Este formulario permite a Promise Healthcare informar a las personas indicadas a continuación (o a una organización de ayuda en caso de catástrofe) de su ubicación, estado de salud o fallecimiento.
- Este formulario **NO** sustituye al formulario de "Divulgación de información" que permite obtener copias de los historiales médicos.

☐ **No deseo** autorizar a Promise Healthcare a discutir mi información médica con nadie.

ESTAS PERSONAS PUEDEN TENER MI INFORMACIÓN MÉDICA:

1. Nombre:		Relación con usted:	
N.º de teléfono		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
2. Nombre:		Relación con usted:	
N.º de teléfono		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
3. Nombre:		Relación con usted:	
N.º de teléfono		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	

TIPOS DE INFORMACIÓN APROBADOS:

☐ Toda la información	☐ Información de citas	☐ Resultados de laboratorio	☐ Resultados de las pruebas
☐ Información de facturación	☐ Tratamientos	☐ Servicios Dentales	☐ Otros: _____

Al firmar, autorizo a Promise Healthcare a hablar sobre mi información médica (o la de mi dependiente) con la persona mencionada anteriormente. Entiendo que este formulario NO reemplaza la 'Divulgación de información' y no permite que las personas mencionadas anteriormente reciban copias de mi historia clínica.

Firma del paciente/padre/tutor: _____ Fecha: _____

Formulario de autorización HIPAA (Cont.)

INFORMACIÓN MÉDICA SENSIBLE QUE DEBE DARSE A CONOCER (Inicial y fecha requeridas para cada ítem):

Entiendo que la información aprobada arriba puede contener información médica sensible que requiere mi consentimiento específico para poder ser discutida. Al poner mis iniciales en cada ítem, autorizo específicamente a Promise Healthcare a hablar sobre los siguientes temas delicados con las personas que figuran en este formulario:

- | | | |
|--|------------------|--------------|
| ☐ Salud mental/conductual | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |
| ☐ Abuso de alcohol/drogas | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |
| ☐ Genética | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |
| ☐ Cuidado Reproductivo | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |
| ☐ VIH / SIDA / Enfermedades de Transmisión Sexual | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |

Nota: La siguiente información médica de un paciente de 12 a 17 años (paciente menor de edad) está restringida de la siguiente manera:

El consumo de drogas/alcohol, la salud reproductiva, el SIDA/VIH, otras enfermedades de transmisión sexual, el control de la natalidad, las agresiones sexuales, así como cualquier información médica generada como resultado del consentimiento independiente y legalmente autorizado del paciente menor de edad para recibir tratamiento, requieren la firma del paciente menor de edad para ser tratados.

La información en materia de salud mental o discapacidades del desarrollo estará disponible tras la firma del paciente menor de edad, siempre que éste haya sido informado y no se oponga a su divulgación. De lo contrario, la ley de Illinois solo permite que los padres o tutores del paciente menor de edad dispongan de información limitada sobre salud mental o discapacidades del desarrollo.

Si el paciente es menor de edad (12-17 años), Promise Healthcare exige que un adulto sea testigo de la firma.

Firma del paciente/padre/tutor:	La fecha de hoy:
Firma del testigo:	La fecha de hoy:
Nombre del testigo (impreso):	N.º de teléfono del testigo:
Relación del testigo con el paciente:	

Esta autorización será válida mientras el paciente siga siendo paciente de Promise Healthcare, a menos que el paciente designe una fecha de vencimiento o revoque la autorización por escrito. Si el paciente completa varias versiones de este formulario, todas las versiones anteriores de este formulario serán nulas y solo se aceptará el formulario más reciente con la fecha de firma más reciente. Si el paciente es menor de edad al momento de la firma, esta autorización se vence cuando el menor cumpla la mayoría de edad.

Formulario revisado el 18/03/2024

Confirmación de la "Notificación de prácticas en la privacidad"

Al firmar a continuación, confirmo que he recibido una copia de la "Notificación de prácticas en la privacidad".

Nombre del Paciente / Tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Confirmación de la "Declaración de derechos del paciente"

Al firmar a continuación, confirmo que he recibido una copia de la "Declaración de derechos del paciente".

Nombre del Paciente / Tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: / / SS# _____ - _____ - _____

Nombre de soltera u otro(s) nombre(s): _____ MRN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ C.P. _____

Número de teléfono: _____ (casa, celular, otro) Email: _____

Autorizo a: Promise Healthcare - Administración de Información de Salud (HIM)

* Incluye Frances Nelson Clinic, Promise Healthcare en Neil Street, Urbana School Health Center

☐ Para enviar a:

O

☐ Para solicitar a:

Nombre del centro de atención médica, médico, individuo o agencia, etc.

Dirección

Ciudad, Estado,
Código postal

Número de
teléfono

Fax

Método de liberación:

☐ Correo

☐ Recogido en el Departamento de HIM

☐ Email

*Si elige recibir su información médica por correo electrónico, existe el riesgo de que la información en el correo electrónico pueda ser leída por un tercero.

REGISTROS ESPECÍFICOS A SER LIBERADOS

☐ Todos los registros

☐ Registros de vacunación (especificar la fecha):

☐ Registros de facturación (especificar fechas):

☐ Visita al consultorio (especifique fechas y proveedor):

☐ Exámenes de lab.

☐ Odontológico ☐ Otro (especificar):

☐ Fecha(s) de tratamiento:

Si desea alguna de la siguiente información de salud, debe marcar e y colocar sus iniciales junto a la categoría a continuación:

☐ Registros de abuso de alcohol/drogas _____ Iniciales

☐ Genéticos _____ Iniciales

☐ VIH/SIDA/Enfermedades

De Transmisión Sexual _____ Iniciales

El propósito de esta revelación de información es _____
(es decir, atención continua, reclamo de seguro, asesoría legal, etc.)

- Entiendo que mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, tratamiento para el abuso de alcohol y/o sustancias
- Tengo el derecho de inspeccionar y obtener una copia de los registros que serán revelados. Entiendo que cualquier revelación de información conlleva la posibilidad de una nueva revelación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si quiero revocar esta autorización, debo proporcionar una revocación por escrito al departamento de HIM de Promise Healthcare. Entiendo que la revocación no aplicará para la información que se reveló anteriormente.
- Esta autorización vencerá en la siguiente fecha o evento _____ . Si no especifico una fecha o evento de vencimiento, esta autorización vencerá en la fecha de la firma a continuación y los registros solo serán liberados para servicios hasta esa fecha inclusive. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización
- Entiendo que puede haber un cargo para obtener una copia de estos registros.

ATENCIÓN: Este es un documento legal. Por favor, lea atentamente. Al firmar, usted acepta que comprende y acepta los términos de este formulario.

Si el paciente tiene 18 años de edad o más, él debe firmar y fechar el formulario.

Si el paciente tiene 18 años de edad o más y no puede firmar, un sustituto legalmente autorizado puede firmar y fechar el formulario.

Indique su autoridad legal e incluya documentación de su relación

☐ Tutor Legal o Curador Agente de Atención Médica (Poder Notarial para Atención Médica)

Si el paciente tiene 17 años de edad o menos, el padre o tutor legal del paciente debe firmar y fechar el formulario, a menos que exista una excepción bajo la ley estatal o federal. Por favor, indique su relación: Padre ☐ Tutor Legal ☐

Firma: _____ Fecha de firma: _____

Se requiere la fecha de vencimiento del consentimiento si se solicitan registros de abuso de alcohol/drogas: _____

Nombre escrito de la persona que firma (si no es el paciente): _____ Teléfono: _____

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL

Liberado por Nombre del Personal: _____ Tipo de ID verificado: _____ Fecha: _____