

PATIENT DEMOGRAPHIC FORM

Apellido(s) _____ Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____ Estado Civil: • S • C • D • V

Sexo al Nacer: • Masculino • Femenino Identidad de Genero: _____ Pronombres: _____ Orientación Sexual: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Celular _____ Idioma: _____ ¿Necesita Traductor? • Si • No

Preferencia de Mensajes: • Voz ☐ • Texto Tipo: • Extendido ☐ • Breve Tiempo de Dia: • Mañana • Tarde • Noche**HEALOW App**

Nuestro portal para pacientes le permite acceder a sus registros de salud, incluidos los laboratorios, solicitar resurtidos de medicamentos y comunicarse con su proveedor.

¿Quiere registrarse? • Si • No Correo Electrónico: _____**Responsable Financiero-** si el paciente es menor de 18 años**(Es la persona que está firmando consentimiento de HIPAA/PHI para tratamiento):** • Misma dirección que el paciente

Apellido(s) _____ Nombre(s) _____

Relación _____ Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____ ¿Guardian Legal? • Si • No

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero Celular _____ Preferencia de Mensajes: • Voz ☐ • Texto**Informacion del Contacto en caso Emergencia:** • Misma información que el responsable financiero

Apellido(s) _____ Nombre(s) _____

Relación _____ Numero Celular _____ Preferencia de Mensajes: • Voz ☐ • Texto

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Raza: (Marque todo lo que corresponda): • Indio nativo americano (o) Nativo de Alaska • Otro isleño del Pacífico

• Nativo de Hawái • Negro (o) Afroamericano • Blanco • Asiático • Indio Asiático • Chino • Filipino • Guamanian (o) Chamorro • Japones • Coreano • Samoana • Indio Asiático • Vietnamita • Otro • Negarse a especificar

Etnicidad: • No Hispano • Hispano • Mexicano(a) • Mexicano(a) Americano(a) • Puertorriqueño(a) • Chicano(a)

• Cubano(a) • Negarse a especificar

¿Tiene el paciente una directiva médica por adelantado o un testamento? • Sí • No**Farmacia:** Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad _____**STAFF USE ONLY BELOW****STAFF MEMBER RESPONSIBLE FOR ENTRY:** _____**SCANNED: PIC ID • PRIMARY INS CARD • SECONDARY INS CARD (IF APPLICABLE) • Web/Messenger****Configuration •**



Leading you to better health!

Firmando este documento doy mi consentimiento para la examinación y el tratamiento según sea necesario, incluida la adquisición de antecedentes médicos, de salud de conducta y farmacéuticos. Autorizo a WindRose Health Network a divulgar cualquier información relacionada con los servicios prestados por WindRose Health Network a mi compañía de seguro de salud y en el caso de Medicare y el Financiamiento del Cuidado de la Salud y sus agentes; y permita que una fotocopia de mi firma se use para presentar un seguro, incluido Medicare, cuando corresponda. Solicito que se realice el pago, incluidos los beneficios autorizados por Medicare, a mí o en mi nombre a WindRose Health Network. Autorizo y ordeno a mi aseguradora que emita el pago de los beneficios autorizados que me corresponden por los servicios prestados por WindRose Health Network que se realizarán directamente a Windrose Health Network. Independientemente de mis beneficios de seguro de salud, si los hubiera, entiendo que soy financieramente responsable de los honorarios por los servicios y cualquier costo incurrido.

Con mi consentimiento, WindRose Health Network (WHN) puede usar y divulgar información de salud protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO). Consulté el Aviso de Prácticas de Privacidad de WHN para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones. Tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. WHN se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener una Notificación de Prácticas de Privacidad revisada enviando una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de WHN al 1052 Greenwood Springs Blvd., Suite H, Greenwood, IN 46143.

Con mi consentimiento, WHN puede llamar a mi casa, celular o ubicación designada y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona sobre cualquier elemento que ayude a la práctica en la realización de TPO, como recordatorios de citas, artículos del seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención médica, incluidos los resultados de laboratorio, entre otros. Con mi consentimiento, el WHN puede enviar por correo a mi hogar u otra ubicación designada cualquier artículo que ayude a la práctica en la realización de TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones del paciente.

Por la presente se otorga autorización para recibir y divulgar toda la información de la historia clínica del tratamiento de enfermedades físicas y / o emocionales, incluida la farmacia, el tratamiento del abuso de alcohol o drogas a otro proveedor de atención médica, incluyendo el envío por fax de esta información en mi transferencia para recibir más atención. He leído y entiendo completamente el consentimiento anterior y estoy voluntariamente firmándolo.

☐ Entiendo que al marcar esta casilla, rechazo permitir que Windrose Health Network comparta mi información de salud con otras entidades con el fin de coordinar mi atención, a menos que lo solicite específicamente por escrito.

Tengo el derecho de solicitar que WHN restrinja cómo usa o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo.

Con mi consentimiento, WHN puede discutir mi salud y / o estado financiero con las personas que he listado a continuación. ** Por favor, escriba los datos que se piden a continuación**

	Nombre	Número de teléfono	Relación
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

FECHA

NOMBRE IMPRESO