

Cumming Family Health Center Canton Family Health Center Bartow Family Health Center Dawsonville Family Health Center Highlands Medical Plaza

**Highlands Pharmacy**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y REGISTRO**

Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Segundo Nombre: \_\_\_\_\_\_

 Código

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datos de Facturación:**

***Persona Responsable de la Cuenta*:**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Dirección:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Código

*Ciud*ad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Estado*: \_\_\_\_\_\_\_ Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_

*Seguro Social:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Fecha de Nacimiento:* \_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación *con el Paciente:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_**Divorciado(a) \_\_\_\_\_\_Casado(a) \_\_\_\_\_\_ Pareja \_\_\_\_\_\_ Soltero(a)

\_\_\_\_\_Viudo(a) \_\_\_\_\_\_ Legalmente Separado(a) \_\_\_\_\_\_Se Desconoce

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: Femenino \_\_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_

Estudiante: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Esta Empleado(a): Si \_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Teléfono*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Relación con el Paciente:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Teléfono de Casa*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Celular*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Acuerdo de Contacto: Para poder tener en orden nuestras cuentas y colectar nuestros honorarios usted acepta que lo(a) contactemos por teléfono a cualquier número telefónico asociado con su cuenta, incluyendo celulares, que pueden resultar en cobros adicionales para usted. Así mismo podremos contactarlo usando mensaje de texto y/o su correo electrónico. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes pre-grabados, mensaje de voz artificiales y/o el uso de un sistema automático. También autoriza que dejemos un mensaje grabado con respecto a las citas o los resultados.**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Por favor marque todos los que correspondan:****Tiene el paciente una persona que lo(a) cuide? Sí\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Está usted incapacitado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**Tiene Usted Ordenes Anticipadas para el cuidado de sus últimos días? Sí \_\_ No\_\_*  | *Ha servido en las Fuerzas Armadas? Sí \_\_\_No \_\_\_**Sin Hogar? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**Trabajador Agrícola Temporal? Sí \_\_ No \_\_**Trabajador Agrícola Migrante Temporal? Sí \_No \_\_**Necesita Interprete? Si \_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_* |
| **Raza: Por favor marque todos los que correspondan:** **Grupo Etnico: Por favor marque lo que corresponda:**Blanco \_\_\_\_\_\_ *Asiático* \_\_\_\_\_ No Hispano \_\_\_\_\_\_\_\_Negro/Afro Americano \_\_\_\_\_ Multirracial \_\_\_\_\_\_ Hispano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *No Deseo Especificar*  *\_\_\_\_\_* No Deseo Especificar \_\_\_\_ |

**Información del Seguro Médico**

Si, Yo tengo Seguro Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No, Yo No tengo Seguro Médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Persona Primaria en el Seguro Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo, que estoy requerido a presentar una copia de mi Seguro Médico o Prueba de Cobertura Médica en el momento de mi cita médica o seré responsable por el monto total de la cuenta de mi visita médica. **Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Le Informamos:** Las agencias que proporcionan fondos a Georgia Highlands Medical Services (GHMS) requieren que obtengamos la siguiente información. Es por medio de los fondos de estas agencias que (GHMS) puede ofrecerle precios económicos y un mejor servicio de cuidado a nuestros pacientes. Esta información **NO SERÁ** compartida con otras agencias.

***Cual categoria describe mejor el ingreso anual de su familia?***

**\_\_\_\_\_<$10,000 \_\_\_\_\_$10,001-14,999 \_\_\_\_\_$15,000-19,999 \_\_\_\_\_$20,000-29,999**

 **\_\_\_\_\_$30,000-49,999 \_\_\_\_\_$50,000-79,999 \_\_\_\_\_$ SOBRE $80,000**

**Cual es el número de familiares viviendo en su hogar que dependen de éste ingreso anual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ***Información de la Escala de Descuentos***

*Nosotros ofrecemos una escala de descuentos para los pacientes que califican. Está usted interesado en solicitar?*

*\_\_\_\_\_\_ Sí,* estoy interesado en solicitar para la Escala de Descuentos. Me gustaría una aplicación y entiendo que tengo que proveer la documentación necesaria para calificar para la Escala de Descuentos. **Iniciales\_\_\_\_\_­­­***­\_\_­\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_No, yo no estoy interesado(a) en solicitar para la Escala de Descuentos. Entiendo que puedo solicitar en un futuro. (Otra aplicación será necesaria donde se verificará los miembros de la familia y los ingresos requeridos para calificar para éste servicio).* ***Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_***

***Hay algún miembro de su familia que YA ES paciente de Georgia Highlands Medical Services? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_***

***Si la respuesta es sí, por favor liste los nombres y las fechas de nacimientos de cada uno.***

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | Fecha de Nacimiento: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

***Pago y Consentimiento de Tratamiento Médico***

***Consentimiento para Tratamiento****: Por la presente doy mi consentimiento a cualquier tratamiento, pruebas de diagnóstico, para incluir, pero no limitado a pruebas de VIH, o estudios necesarios por cualquier proveedor o miembro del personal clínico de Georgia Highlands Medical Services. AUTORIZO A EL MÉDICO, LA PRACTICANTE DE ENFERMERÍA, EL ASISTENTE MÉDICO, PARTERA O EL TRABAJADOR SOCIAL CLÍNICO LICENCIADO PARA DARME A MI O A MI DEPENDIENTE, EL CUIDADO MÉDICO RAZONABLE Y ADECUADO POR LOS ESTÁNDARES DE HOY.*

*Georgia Highlands Medical Services es una entidad que participa en los Servicios del Programa Title X, entiendo que puedo pedir que los Servicios de Planificación Familiar sean confidencial y voluntario. Los adolescentes pueden dar su consentimiento para recibir Servicios de Planificación Familiar sin consentimiento de los padres.*

*También autorizo ​​la divulgación de cualquier información médica, incluyendo información relacionada con la atención psiquiátrica, abuso de alcohol y drogas, y la información confidencial del VIH/ SIDA requerida en el procesamiento de reclamación de seguro, o cualquier información médica que sea necesaria para la revisión de la utilización o actividades de aseguramiento de calidad.*

 *Por la presente autorizo que mi seguro o los beneficios de Medicare sean pagados directamente a Georgia Highlands Medical Services. También entiendo que cualquier porción que no esté cubierta por el Seguro es mi responsabilidad de pagar. El pago se espera en el momento del servicio y Georgia Highlands Medical Services puede usar cualquier medio que se considere necesario para cobrar una deuda.*

*Una fotocopia de esta autorización será considerada como efectiva y válida como la original.*

*Toda la información anterior es correcta, y permanecerá en efecto hasta que sea revocado por mí por escrito.*

 *Si elige usar la opción de envío por correo de sus recetas a través de nuestra farmacia, nos autoriza a enviar a la dirección que nos proporcionó.*

*Entiendo que el nuevo coronavirus de 2019 que causa la enfermedad Covid-19, ha sido declarado pandemia por la Organización Mundial de la Salud, es extremadamente contagiosa y se cree que se transmite por contacto de persona a persona. Reconozco que el personal de Georgia Highlands Medical Services ha implementado medidas preventivas razonables destinadas a reducir la propagación de Covid-19. Los protocolos organizacionales que pertenecen a la evaluación de pacientes se encuentran en un estado de cambio rápido según la información publicada por los organismos reguladores, incluido el CDC y otras organizaciones Federales y Estatales. La mayoría de los protocolos actuales se siguen durante mi atención en Georgia Highlands Medical Services.*

***Firma del Paciente/Representante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Relación si no es el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 ***Form Created 8/2020***