

**Frontera Healthcare Network**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Consentimiento para el Tratamiento**

El paciente nombrado anteriormente por la presente autoriza y consiente a cualquier servicio, incluyendo pero no limitado a procedimientos de diagnóstico, procedimientos radiológicos, procedimientos de laboratorio, tratamientos quirúrgicos, servicios de salud dental y mental, telesalud y servicios virtuales; que se considere necesario y conveniente por los proveedores de atención y prestados al paciente bajo las instrucciones generales o especiales de dicho proveedor (es). Los establecimientos de salud no están equipados o diseñados para funcionar como una sala de emergencias.

Iniciales \_\_\_\_\_

**Autorizacion del professional/Pactante de enfermeria**

Por la presente autorizo al médico en Sanidad de Frontera para instruir a los centros médico, enfermera / o asistente médico para ayudar en ciertos aspectos de mi atención médica. Entiendo que un asistente de los médicos o enfermero no es un médico con licencia y puede no tratar o diagnosticar cualquier enfermedad, lesión o condición médica excepto bajo la supervisión y dirección de un médico con licencia. Es un profesional de la salud calificado por educación académica y clínica para proporcionar servicios médicos en el médico con licencia, aunque no es necesaria la presencia física de los médicos supervisores.

Iniciales \_\_\_\_\_

**Declaracion de Confidencialidad**

Toda la información incluida en esta entrevista y el registro es confidencial y será protegida bajo la regla de privacidad HIPAA. Nos estamos informando que podemos usar y divulgar su información protegida de (salud del comportamiento, dental, y medica) para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Entiendo que para una descripción más completa de estos usos y divulgaciones que tengo el derecho a revisar el aviso de derechos de privacidad de cliente antes de firmar para dar su consentimiento. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones de escritura cómo mi información de salud protegida es usada o divulgada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Entiendo que el centro tiene el derecho de revisar y rechazar la solicitud. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en la escritura, excepto en la medida en que los centros de atención de Frontera han tomado medidas en dependencia al respect.

Iniciales \_\_\_\_\_

**Seguro Asignacion**

Por la presente autorizo el pago de beneficios de Medicare, Dental o otro caso contrario a pagar a mí, directamente a centros de atención de Frontera. También autorizo cualquier información relativa a cualquier reclamación por mí mismo o menor bajo mi tutela. Entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento con cualquiera de los servicios no cubierto por mi seguro beneficios. La oficina hará una copia de su tarjeta de seguro para mantener en archive.

Iniciales \_\_\_\_\_

**Consentimiento de Comunicacion**

Por la present autorizo al médico en Sanidad de Frontera para contactarme por telefono, mensaje de texto or correo electronico(según corresponda) para enviarme recordatorios de citas, de salud pendiente y notificaiones de emergencia relacionadas con la clinica.

Iniciales \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo y entiendo el anterior consentimiento para tratamiento, declarion de confidencialidad, seguro asignacion, y consentimiento de comunicacion.

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente / Padre/ Guarda legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Atestiguar

Frontera Healthcare Network

Forma De Registro Paciente

**Informacion de Paciente**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Correo electronico \_\_\_\_\_

Cuidad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_

Telefono de la casa \_\_\_\_\_ Telefono Cellular \_\_\_\_\_ religion \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Genero: F M

Veterano: Si / No                      Estudiante: Si / No                      Empleado: Si / No                      Retirado: Si / No

Hispano/Latino: Si / No                      Nacionalidad: \_\_\_\_\_                      Idioma preferida: \_\_\_\_\_

**Doctor Primario** \_\_\_\_\_ **Numero de telefono** \_\_\_\_\_

**Jefe de Hogar**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Cuidad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_

Telefono de la casa \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo \_\_\_\_\_ Telefono Cellular \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia**

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Numero de Telefono \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a las siguientes personas para dar su consentimiento al tratamiento o los servicios y a verbalmente dar y recibir información protegida de salud acerca de cualquier tratamiento o servicios prestados en los centros de salud de Frontera Healthcare. Si los cambios se producen a esta autorización será mi responsabilidad notificar a que centros de Frontera Healthcare. Individuos a continuación deben ser mayores de 18 años de edad y tener identificación con foto.

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Certifico la información anterior es verdadera y correcta, si cualquier información es falsificada, será responsable del pago del servicio.

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente / Padre / Guarda legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Atestiguar

Frontera Healthcare Network

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Certificado de Ingresos**

Entiendo que el centro de salud determinará mi elegibilidad en base a estas figuras. Entiendo además que si me declaran haber dado información inexacta, será motivo para el centro de salud al no permitir mi descuento y me cobran para algún descuento recibido basado en la información falsa.

Firma \_\_\_\_\_

**Personas Viviendo en el Hogar**

Nombre	Fecha de nacimiento)	Genero	Relacion)
_____	____-____-____	_____	_____
_____	____-____-____	_____	_____
_____	____-____-____	_____	_____
_____	____-____-____	_____	_____

Fuente de ingresos

\_\_\_\_\_

Los ingresos

\_\_\_\_\_

La Cantidad anual \_\_\_\_\_ Numero de personas en el hogar \_\_\_\_\_ Code \_\_\_\_\_

Firma de personal de la oficina \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_

Registro Federal /11 de Enero, 2019

Horario de descuento basado en 2019 limites de ingreso federal de pobreza de HHS

**Nota: Ningún paciente se negará servicios basan en la incapacidad documentada a pagar**

\_\_\_\_\_ Mediante la firma de esta línea, se niegan a proporcionar información financiera y que soy consciente de que no soy elegible para descuentos.