OLE HEALTH

Place Patient Label Here

REGISTRO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por favor, ayúdenos a servirle a usted y a nuestra comunidad proporcionándonos esta información. Esta información es necesaria para adquirir fondos que ayuda a las personas sin seguro o con seguro insuficiente en nuestra comunidad.

Nombre legal	Apellido legal	Número de Seguro Social
Nombre que prefiere	Fecha de nacimiento	**¿Podemos mandarle mensaje de texto?** ☐ Sí ☐ No

Sexo Legal:
☐ Femenino
☐ Masculino
☐ Desconocido
☐ Intersexual (X)
☐ No Binario/a

¿Cuál es su identidad de género actual?
☐ Femenino
☐ Masculino
☐ No Binario/a
☐ Género queer
☐ Otro
☐ Transgénero Hombre
☐ Transgénero Mujer
☐ interrogatorio
☐ Dos Espíritus
☐ Prefiero no contestar

¿ Qué sexo le asignaron al nacer?
☐ Masculino ☐ Femenino

¿Qué pronombre prefiere?
☐ él/su ☐ ella/su
☐ ellos/suyos ☐ Otro: _____

¿Cuál es su orientación sexual?
☐ Heterosexual ☐ Lesbiana ☐ Omnisexual ☐ Algo Más: _____
☐ Gay ☐ Pansexual ☐ Asexual ☐ No Sé
☐ Bisexuales ☐ Queer ☐ Prefiero no contestar

Dirección	**Ciudad, Estado**	**Código Postal**	**Condado**
Teléfono de casa	**Teléfono Trabajo**	**Teléfono celular**	**Correo Electrónico**

Contacto de emergencia (escriba "ninguno" a continuación si no tiene un contacto de emergencia):

Nombre (nombre y apellido)	Relación con el paciente	Número de teléfono

Para pacientes menores de 18 años, información de los padres o tutores legales (Esta persona aparecerá como el que toma las decisiones y es el responsable financiero):

Nombre (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Número de teléfono

Estado Civil:
☐ Casado(a) ☐ Vivo con mi pareja ☐ Viudo(a)
☐ Soltero(a) ☐ Legalmente separado(a)
☐ Divorciado(a) ☐ Desconocido
☐ Otro ☐ Pareja/Compañero

Etnicidad:
☐ Mexicano, Mexicano-Americano, o Chicano/a ☐ Cubano
☐ Múltiples tipos de hispanos ☐ Puertorriqueño
☐ Otros de origen hispano, latino/a o español ☐ No Sé
☐ Prefiero no contester ☐ No Hispano o Latino/a

Raza:
☐ Indio Americano ☐ Japonés ☐ Blanco ☐ No Sé
☐ Nativo de Alaska ☐ Coreano ☐ Filipino ☐ Pefiero no contestar
☐ Indio Asiático ☐ Vietnamita ☐ Samoano
☐ Negro/Afroamericano ☐ Otros Isleño del Pacífico ☐ Otros Asiaticos
☐ Chino ☐ Guamaní o Chamorro ☐ Nativo Hawaiano

Idioma Que Prefiere:

¿Necesita servicios de traducción?
☐ Sí ☐ No

¿Está incapacitado?
☐ Sí ☐ No

¿Es Usted un veterano?
☐ Activo ☐ Servicio Inactivo ☐ Reservista ☐ Veterano/a ☐ No Un Veterano

¿Dónde vive actualmente?
☐ Casa/Apartamento ☐ Sin hogar (Calle/Coche)
☐ Viviendo transicional ☐ Con amigos/familia
☐ El albergue ☐ Otro

¿Es un trabajador agrícola temporal/migrante?
☐ Trabajador del campo migrante: mi trabajo principal es en la agricultura y me cambio de trabajo a trabajo
☐ Trabajador agrícola temporal: Mi trabajo principal es la agricultura y no trabajo todo el año

Esta información es importante para fondos como centro de salud calificado a nivel federal:

¿Cuántas personas hay en su hogar?

¿Cuál fue el ingreso de todas las personas en su hogar el mes pasado antes de impuestos?

OLE HEALTH

Place Patient Label Here

REGISTRO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por favor, ayúdenos a servirle a usted y a nuestra comunidad proporcionándonos esta información. Esta información es necesaria para adquirir fondos que ayuda a las personas sin seguro o con seguro insuficiente en nuestra comunidad.

CONSENTIMIENTO

Para brindar tratamiento, enviar el pago a su seguro o divulgar información requerida por su compañía de seguros, etc., debemos recibir su consentimiento escribiendo sus iniciales en las áreas indicadas y proporcionando su firma a continuación.

_____ Iniciales **Asignación de Beneficios**: Entiendo que OLE facturará a mi seguro y acepto asignar todos los beneficios a los que pueda tener derecho de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y otros terceros que sean financieramente responsables de la atención y el tratamiento médico proporcionados por OLE.

_____ Iniciales **Consentimiento para Cobrar:** Entiendo que soy financieramente responsable de todos los saldos restantes asociados con los servicios prestados, incluidos, entre otros, deducibles, copagos, y/o cargos no cubiertos por mi plan de seguro.

_____ Iniciales **Consentimiento de tratamiento**: Autorizo a OLE y a su personal médico, de enfermería y otros profesionales a proporcionar dichos servicios de atención médica y administrar los procedimientos y tratamientos diagnósticos y terapéuticos que, a juicio del personal médico de OLE, se consideren necesarios o aconsejables para mi atención. Esto incluye todas las pruebas y procedimientos de diagnóstico de rutina, incluidas las radiografías de diagnóstico, la administración y/o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos, y la extracción de sangre para análisis de laboratorio. Entiendo que no se me han dado garantías en cuanto a los resultados o la efectividad de los tratamientos o exámenes realizados por el personal de OLE.

_____ Iniciales **Consentimiento a Telesalud**: Los beneficiarios tienen derecho a acceder a los servicios cubiertos a través de telesalud, lo que implica el uso de audio, video u otras comunicaciones electrónicas para interactuar con los pacientes, consultar con proveedores de atención médica y/o revisar información médica con fines de diagnóstico, terapia y seguimiento y/o educación. Durante una visita de telesalud, los detalles de mi historial médico y mi información de salud personal pueden discutirse con otros profesionales de la salud mediante tecnología interactiva de video, audio y telecomunicaciones. Además, se puede realizar un examen físico y se pueden tomar grabaciones de video, audio y/o fotografías. Las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información de salud y atención también se aplican a la telesalud/telemedicina. Entiendo que las visitas de telesalud son voluntarias y mi consentimiento puede retirarse en cualquier momento. Reconozco que puede haber limitaciones o riesgos relacionados con la recepción de servicios a través de telesalud en comparación con una visita en persona, incluidos, entre otros, posibles problemas de conectividad, una capacidad restringida para realizar un examen físico integral o realizar una intervención inmediata, etc. Autorizo a OLE y a su personal médico, de enfermería y otros miembros profesionales a brindar servicios de atención de telesalud si es aconsejable para mi cuidado.

_____ Iniciales **Consentimiento del paciente para recetas electrónicas e invitación al portal web**: Acepto que OLE pueda recetar electrónicamente mis recetas y pueda solicitar y utilizar mi historial de medicamentos recetados de sus proveedores de atención médica o de terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento. Además, si proporcioné una dirección de correo electrónico, entiendo que OLE me enviará una invitación para unirme al portal web y he recibido una copia del Acuerdo de Usuario del Portal del Paciente.

_____ Iniciales **Toma de fotografías y/o grabación de vídeo/audio**: Doy mi consentimiento para que OLE y su personal médico, de enfermería y otros miembros profesionales graben fotografías, audio o videos de la clínica. Entiendo que los fines de estas fotografías son para identificación, documentación de procesos de diagnóstico y/o tratamiento. Reconozco que estas fotografías, audio y video se utilizan para brindar atención, mejorar la calidad, educación y/o fines de reembolso.

RECONOCIMIENTOS

Aviso de Prácticas de Privacidad: Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de OLE, que describe mis derechos y cómo se puede utilizar mi información para fines de tratamiento, facturación y operaciones. Al firmar a continuación, indico que tengo conocimiento de que este aviso está disponible en línea en www.olehealth.org y que puedo recibir una copia solicitándola a cualquier miembro del personal de registro de OLE.

Reconocimiento del paciente: Reconozco haber recibido notificación de que, según la ley federal relacionada con la operación de centros de salud, la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (FTCA, por sus siglas en inglés) proporciona el remedio exclusivo por daños por lesiones personales, incluida la muerte, resultantes de la realización de procedimientos médicos, quirúrgicos, dentales o relacionados a funciones dentro del alcance de cualquier voluntario de la clínica o profesional de la salud empleado que el Departamento de Salud y Servicios Humanos haya considerado empleado del Servicio de Salud Pública. (Consulte la subsección 224(q) de la Ley de Servicios de Salud Pública, codificada en 42 U.S.C. § 233(q). Este reconocimiento de notificación de la limitación de responsabilidad se proporciona antes de que esta persona me haya brindado servicios de atención médica.

Abrir base de datos de pagos: La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en https://openpaidsdata.cms.gov. Reconozco que OLE me ha notificado sobre la Base de Datos de Pagos Abiertos.

Política de no asistir a la cita: "No asistir a la cita" se refiere a un paciente que falta a una cita sin cancelarla/reprogramarla con al menos 24 horas de antelación por teléfono, portal, mensaje de texto o en persona. Para dar cabida al número significativo de personas que esperan citas, reconozco que si "no me presento" a tres (3) citas en un período de 6 meses, es posible que no se me permita programar citas programadas y que tenga que venir en un horario sin cita previa durante un período de seis meses.

Política de llegar tarde: Reconozco que, si llego más de 5 minutos tarde a mi cita, es posible que deba esperar para que me atiendan en la próxima cita disponible. Tenga en cuenta que aunque haremos todo lo posible por atenderle no podemos garantizar que haya una cita disponible. Eres más que bienvenido a reprogramar su cita si no puede esperar.

Asistencia de transporte: Entiendo que el transporte para los beneficiarios de Medi-Cal está disponible para visitas en persona si tengo problemas para viajar hacia y desde mis citas.

SIGNATURES

Nombre (nombre y apellido):_____ Fecha:_____

Firma del Paciente: _____ Fecha:_____

Tutor legal (si corresponde) Nombre en letra de imprenta:_____ Relación al Paciente: _____

Firma del tutor legal: _____ Teléfono:_____