



¡Bienvenido!

Le damos la bienvenida y gracias por escoger a nuestro Community Health Center como su hogar médico. Nuestra misión es ser un proveedor líder de servicios de salud de calidad en nuestra comunidad diversa.

Estamos aquí para usted:

- Nosotros haremos nuestro mejor esfuerzo para ofrecerle citas del mismo día
- Durante nuestro *horario de oficina normal*, tenemos una enfermera de comunicación disponible para usted para preguntas o preocupaciones médicas.
- Nosotros proveemos acceso de 24 horas para consejos médicos en todas nuestras ubicaciones. Usted tiene acceso a nuestros proveedores en la oficina.
- Nosotros ofrecemos un programa de descuento de tarifa flexible para ayudar a que su cuidado de salud sea más económico para usted y su familia. ¡Por favor pregúntele a nuestros recepcionistas para que le ayuden a aplicar hoy!

SIRVIENDOLE CONVENIENTEMENTE EN LAS SIGUIENTES UBIACIONES

<p>Harrisonburg Community Health Center (HCHC) CHC Main Site 1380 Little Sorrell Drive Suite 100 Harrisonburg, VA 22801</p>		<p>Community Health Center of Elkton (CHCE) 800 Shenandoah Avenue Suite 170 Elkton, VA 22827 telefono: 540-298-9900 Fax: 540-298-8991</p>	<p>VMRC Community Health Center (VMRC CHC) 1491 Virginia Ave, Harrisonburg, VA 22802 Phone: 540-574-3895 Fax: 540-564-3582</p>
<p>Servicios de Salud (1^{er} Piso) Telefono: 540-433-4913 Fax: 540-433-4915</p>	<p>Servicios Dentales (2^{do} Piso) Telefono: 540-574-3895 Fax: 540-564-3582</p>	<p>Horario de oficina: Lunes 8 am – 4 pm Martes 8 am – 4 pm Miercoles 8 am – 4 pm Jueves 8 am – 4 pm Vienes 8 am – 4 pm</p>	<p>Office Hours: Lunes 8 am – 4 pm Martes 8 am – 4 pm Miercoles 8 am – 4 pm Jueves 8 am – 4 pm Vienes 8 am – 4 pm</p>
<p>Horario de oficina: Lunes 7:30 am – 5 pm Martes 7:30 am – 6 pm Miercoles 7:30 am – 6 pm Jueves 7:30 am – 6 pm Vienes 7:30 am – 5 pm</p>	<p>Horario de oficina: Lunes 8 am – 5 pm Martes 8 am – 5 pm Miercoles 8 am – 5 pm Jueves 8 am – 5 pm Vienes 8 am – 12 pm</p>		

Le damos la bienvenida y gracias por escoger CHC como su hogar médico. Como siempre es un placer asistirle con cualquier pregunta que usted pueda tener; siéntase libre de contactarnos al 540-433-4313.

Lisa Bricker, RN, MSN
Executive Director

Patient Name:

Date Of Birth:

INFORMACION DEL PACIENTE				
Apellido		Primer Nombre	Inicial	Número de Seguro Social ____ - ____ - ____
Fecha de Nacimiento ____/____/____ (Mes/ día / año)	Sexo asignando al nacer <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Transgenero <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Otro	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Domicilio (si es diferente que la de arriba)				
Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:	Número Telefónico del Trabajo:		
¿Le gustaría registrarse para nuestro portal del paciente? Por favor provéanos con su dirección de correo electrónico: _____ (¿No está familiarizado con el portal del paciente? ¡Pregúnteles a nuestros recepcionistas! Nosotros no compartiremos esta información con ninguna otra institución)				
Nombre del Empleador		Dirección del Empleador		
		Ciudad	Estado	Código Postal
Estado de empleo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia				
Estado estudiantil <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> No un estudiante				

PERSONA RESPONSABLE (persona a la cual se le enviara la factura, si es otra que el paciente)				
Apellido		Primer Nombre	Fecha de Nacimiento ____/____/____ (Mes/ día / año)	
Domicilio (si es diferente que la de arriba)		Ciudad	Estado	Domicilio (si es diferente que la de arriba)
Teléfono Primario	Relación con el paciente			

Patient Name:

Date Of Birth:

CONSENT TO SERVICES AND CARE

Autorización para Tratamiento:

Yo le doy autorización al Community Health Center de tratar al paciente nombrado arriba. Voy a dar, cuando me pregunten, toda información por cualquier enfermedad o lesión, historial médico, recetas o tratamientos, y copias de todos los archivos médicos. Yo entiendo que el Community Health Center provee servicios sin importar la raza, credo, color o nacionalidad.

Acuerdo Financiero:

Yo autorizo pagos directos al Community Health Center por cualquier cuidado médico recibido. Voy a permitir que el Community Health Center procese cualquier reclamo por mí. Entiendo que yo soy responsable por los servicios que mi plan de seguro médico no haya cubierto, al igual que por servicios adquiridos si no use al Community Health Center como mi proveedor de cuidado primario o si mi seguro médico no está vigente al momento del servicio.

Aviso de consentimiento para pruebas de enfermedades contagiosas: Al firmar, yo entiendo que he sido informado de las leyes del Estado de Virginia código de estado 32. 1-45.1 referente a estudios sanguíneos : En caso de que el proveedor de salud o empleado se ha expuesto a los fluidos corporales del paciente en una manera en que se pueda transmitir alguna enfermedad, se le propondrá dar su consentimiento para estudios como VIH y hepatitis y proporcionar o revelar los resultados de sus estudios al proveedor de salud o empleado.

Estoy de acuerdo que esta autorización se ha válida hasta que se ha revocado por escrito o remplazado por una con una fecha más adelante. Una fotocopia de este acuerdo será considerado vigente y valido como original. .

Paciente/Firma del Tutor: _____ **Fecha:** ____/____/____
Mes/ día / año

Nombre en letra de molde: _____ **Relación con el paciente:** _____

Díganos el mejor teléfono para contactarle:

Déjenos saber dónde llamarle, dejarle un mensaje y recordarle citas: _____ casa _____ Celular _____ trabajo

¿Puede CHC Dejarle mensaje en los números de teléfono que nos ha proporcionado? Si es si, podemos dejarle un mensaje o
Si No Corto Detallado

Por favor enlistar todos los individuos con los cuales podemos discutir su cuidado médico (HIPPA).
Los individuos en esta lista también serán parte de su contacto de emergencia
Nosotros no discutiremos su cuidado médico con aquello que NO esté en esta lista.

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

Patient Name:

Date Of Birth:

La información siguiente nos ayudara para obtener becas y otros fondos para continuar mejorando nuestro centro.
GRACIAS de antemano por su asistencia

RAZA (subraye todas la que aplique):

- Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái Negro o Africano americano
 Blanco (incluyendo latino/descendiente hispano) Isla del pacifico Me niego a Responder

ETNICIDAD:

- Hispano/Latino No hispano/Latino Me niego a Responder

Idioma Primario:

¿Va usted a necesitar un intérprete? Sí No

VIVIENDA:

- Unifamiliar Multi-Familiar Apartamento Otro

¿Es usted un veterano de las fuerza Armadas de los estados Unidos? Sí No

SITUACION DE VIVIENDA: Indique la opción que mejor describa su situación de vivienda actual

- Refugio para personas sin hogar En la Calle *Doubling Up* (compartiendo espacio) Transitorio Vivienda Publica no corresponde

Dia que empezo: ___/___/_____

¿Es usted o algun miembro de su familia un trabajador granjero migrante (con vivienda temporal)? Sí No

¿Es usted o algun miembro de su familia un trabajador granjero por temporada (Sin vivienda temporal)? Sí No

¿Se le dificulta a usted conseguir transporte? Si No **Transportación**

Primaria: _____

Afirme sus ingresos de hogar en una del as categorias enlista abajo

Semanal _____ Mensual _____ Anual _____ Me reuso a responder

FOR OFFICE USE ONLY

Qualify for sliding fee discount program?

- 100% & below 101-150% 151-175% 176-200% 201% & above

Patient Name: _____

Date Of Birth: _____

PARA PODER SERVIRLE MEJOR, PORFAVOR REVISE LA INFORMACION EN LA PARTE INFERIOR Y PONGA SUS INICIALES AQUI

REGISTRACION: Por favor tenga su tarjeta (s) de seguro disponible en la registraci3n. Un recepcionista le tomara una fotograf3a para identificarlo con exactitud en cada visita

HORA DE LLEGADA: si usted ya es un paciente establecido le pedimos que llegue 15 minutos antes a sus citas. Si usted es un paciente nuevo su hora de llegada ser3 1 hora antes esto le garantiza una cita segura y exitosa

AYUDENOS HA AYUDARLE: Nuestra prioridad es su salud – para obtener lo mejor de sus citas, Se le requiere traer con usted todos sus frascos de medicamentos que est3 tomando actualmente. Esto incluye hierbas medicinales, suplementos, medicamentos que no requieren prescripci3n m3dica y cualquier otro medicamento recetado por alg3n otro proveedor.

PRACTICAS DE PRIVACIDAD: he le3do y entiendo el “aviso de pr3cticas de privacidad” de CHC

ARCHIVOS MEDICOS: CHC participa con el programa de monitoreo de medicamentos. Yo doy autorizaci3n a CHC de obtener archivos m3dicos de cualquier hospital, pr3ctica o farmacia donde yo haya recibido servicios para aprovechar mi cuidado. Para poder transferir sus archivos de un proveedor anterior llene un formulario de “Autorizaci3n para liberar informaci3n de salud protegida” (PHI).

CANCELACION DE CITAS: Nosotros entendemos que a veces usted necesita cancelar o re agendar su cita. Nosotros le pedimos que usted nos notifique por lo menos con 24 horas de anticipaci3n de su cita, para que nosotros podamos ayudar a otros pacientes que est3n esperando ser vistos. Para ayudarle a recordar sus citas, nosotros le ofrecemos un Sistema de recordatorio automatizado y un portal del paciente en l3nea.

MANEJO DEL DOLOR: CHC maneja Dolores cr3nicos sin opi3ceos y sin sustancias controladas. Nosotros le asistiremos con alternativas para manejar su dolor.

RELLENOS DE MEDICAMENTOS: **NO espere hasta que se le hayan acabado por complete sus medicamentos para pedir un relleno.** Para rellenos de medicamentos, por favor llamar a su farmacia para pedir un relleno. Por favor permita por lo menos 2 0 3 d3as avil3s para que su relleno est3 disponible en su farmacia.

Firma del Paciente/Tutor: _____ **fecha:** __ __ / __ __ / __ __ __ __
Mes d3a a3o

Nombre en letra de molde: _____ **Relaci3n con el Paciente:** _____

Patient Name:

Date Of Birth:

Scanned By:

Date: