



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

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y REGISTRO

Apellido: _____

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____ Código

Highlands Pharmacy: _____
Otra: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

____ 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: _____

Datos de Facturación:
Persona Responsable de la Cuenta:
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____ Código
Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Teléfono: _____
Relación con el Paciente: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Acuerdo de Contacto: Para poder tener en orden nuestras cuentas y coleccionar 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? Sí ____ No ____

Raza: Por favor marque todos los que correspondan:
Blanco ____ Asiático ____
Negro/Afro Americano ____ Multirracial ____
No Deseo Especificar ____
Grupo Etnico: Por favor marque lo que corresponda:
No Hispano ____
Hispano ____
No Deseo Especificar ____

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 DARMÉ 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: _____