


Inscripción del cliente

Nombre legal*	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre que usa:
Sexo legal (marque solo uno)* <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <small>* Aunque Fenway reconoce la diversidad de géneros/sexos, muchas compañías de seguros y entidades legales desafortunadamente no lo hacen. Tenga en cuenta que el nombre y el sexo que usted indicó en su seguro deben usarse en los documentos relacionados con el seguro, la facturación y la correspondencia. Si su nombre y sus pronombres preferidos son diferentes a esos, avísenos.</small>				Pronombres:
Fecha de nacimiento Mes Día Año		N.º del Seguro Social		N.º de id. del estado o N.º de licencia (si corresponde)
/ /				

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a comunicarnos con usted de manera rápida y discreta para darle información importante.

Teléfono de casa () ¿Podemos dejarle un mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono celular () ¿Podemos dejarle un mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono del trabajo () ¿Podemos dejarle un mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico:			
Ocupación	Empleador/Nombre de la escuela	¿Está usted cubierto por el seguro de su empleador o de la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del contacto de emergencia		Teléfono	Relación con usted
Fenway Health le enviará cierta correspondencia, como las facturas, a su dirección postal. ¿Cómo prefiere recibir otros tipos de correspondencia por escrito? (marque solo una opción) <input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro (MyFenway) <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Otro			

Esta información tiene solo una finalidad demográfica y no afectará su atención.

1) ¿Cuál es su ingreso anual? _____ <input type="checkbox"/> Sin ingresos 1a) ¿Cuántas personas (incluyendo usted) mantiene económicamente con sus ingresos? _____	2) Estado laboral <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Otro _____	3) Grupos raciales (marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska/Inuit <input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____	4) Etnia <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Latina <input type="checkbox"/> No hispano/No latino/No latina 5) País de origen <input type="checkbox"/> EE. UU. <input type="checkbox"/> Otro _____
6) Idioma preferido (elija una opción): <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Русский Otro _____	7) Usted se considera: <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra opción <input type="checkbox"/> No sabe	8) Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro _____ 9) Condición de veterano <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No veterano	10) Origen de la remisión <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Amigo o familiar <input type="checkbox"/> Proveedor médico <input type="checkbox"/> Sala de emergencia <input type="checkbox"/> Publicidad/Internet/Difusión en los medios <input type="checkbox"/> Trabajo o escuela <input type="checkbox"/> Otro _____
11) ¿Cuál es su género? <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No conforme o no exclusivamente masculino ni femenino	12) ¿Cuál fue el sexo que le asignaron al nacer? <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	13) ¿Se identifica como transgénero o transexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Dé vuelta la página 

Fenway Health – Consentimiento para tratamiento

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Hora: _____ (a. m./p. m.)

Por el presente, doy mi consentimiento y autorizo que Fenway Health trate cualquier condición física o mental que yo tenga, siempre que el proveedor de atención médica me haya explicado mi condición, los procedimientos del tratamiento y los métodos alternativos para tratar mi condición. El proveedor de atención médica analizó conmigo los riesgos probables del tratamiento mencionado arriba, y me explicó que puede haber resultados no deseables.

Autorizo que el proveedor de atención médica haga cualquier tratamiento adicional o diferente que se considere necesario en el caso de que, durante el tratamiento, se descubra una condición que se desconocía antes.

Entiendo que Fenway Health dirige una práctica de atención primaria que integra servicios de salud conductual, lo que significa que el personal de salud conductual es parte de mi equipo médico y de mi experiencia médica, y que si tengo una consulta con un proveedor de salud conductual mediante la atención primaria puede haber más cargos a mi seguro. Esto también puede dar lugar a un copago o un coseguro extras. Reconozco que, en los casos de cobertura insuficiente, yo seré responsable del saldo restante.

Leí con atención y entendí totalmente este Formulario de consentimiento informado, y respondieron todas mis preguntas de manera adecuada.

Tratamiento, pagos y acuerdo sobre datos

- Autorizo que se hagan exámenes y tratamientos en esta consulta de salud física o mental y en todas las siguientes consultas.
- Entiendo que soy personalmente responsable de todos los cargos y deducibles. Hay ayuda económica para aquellas personas que califican, incluyendo un programa de escala de tarifas móvil.
- Soy personalmente responsable de dar información precisa y actualizada del seguro.
- Autorizo que se haga una fotocopia de esta declaración para que sirva como el original, y autorizo que se use esta firma en todas las presentaciones al seguro.
- Autorizo que se revele toda la información necesaria para conseguir los pagos de los beneficios.
- Doy mi consentimiento a Fenway Health para que me envíe uno o más mensajes por día relacionados con mi atención médica. Entiendo que puede haber costos por el uso de datos, según el plan de mi compañía de teléfono.
- Entiendo que Fenway Health puede usar los datos creados para los clientes o dados por los clientes para determinar las características generales de las comunidades a las que presta servicios, y que ninguna parte de esta información identificará de ninguna manera a clientes individuales.

Declaro que la información de arriba es verdadera y correcta. Recibí de Fenway una copia del Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA) y una copia de los Derechos y responsabilidades del paciente.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Representante legalmente autorizado: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Información general: Se obtendrá el consentimiento informado de todos los pacientes que accedan a actividades o servicios médicos, de salud conductual o de investigación. El consentimiento informado no es simplemente un documento firmado. Es un proceso continuo en el que se consideran las necesidades y preferencias del paciente, el cumplimiento de la ley y de los reglamentos y la información que se da al paciente.