

Inscripción del cliente

La información de su expediente médico es confidencial y está protegida por el cap. 111, art. 70., de las Leyes Generales de Massachusetts (Massachusetts General Laws). Se necesitará su consentimiento por escrito para revelar la información, excepto que haya una orden judicial.

Medical Record #
(For office use only)

Las preguntas de abajo son sobre su seguro*. Si no tiene seguro, escriba lo que está en su identificación legal.

* Aunque Fenway reconoce diversos géneros/sexos, muchas compañías de seguros y entidades legales no. Tenga en cuenta que debe usar el nombre y el sexo que figuran en su seguro en los documentos relacionados con el seguro, la facturación y la correspondencia. Si usa un nombre o pronombres distintos a estos, díganoslo abajo, como se indica. Si no está seguro de lo que debe incluir en la lista, pida a un miembro de Servicios para Pacientes que se lo aclare.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	N.º del seguro social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

¿Cómo quiere que nuestro personal se refiera a usted?

Nombre	Pronombres
---------------	-------------------

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a comunicarnos con usted para darle información importante.

Teléfono celular () ¿Podemos dejar mensajes de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono de su casa () ¿Podemos dejar mensajes de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono del trabajo () ¿Podemos dejarle mensajes de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de teléfono preferido: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
Dirección	ciudad	estado	código postal
Dirección de correo electrónico			
Ocupación	Nombre del empleador/escuela	¿Tiene cobertura del seguro de la escuela/del empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del contacto de emergencia	N.º de teléfono	Relación con usted	
Fenway Health le enviará cierta correspondencia, como facturas, a su dirección postal. ¿Cómo prefiere recibir otros tipos de correspondencia escrita? (marque una opción) <input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro (MyFenway) <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Otro			

Inscripción del cliente

Esta información es solo para fines estadísticos y no afectará a su atención.

<p>1. ¿Cuánto son sus ingresos anuales?</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Sin ingresos</p> <p>1a. ¿A cuántas personas (incluyéndose) mantiene con sus ingresos?</p> <p>_____</p>	<p>2. Situación laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado de tiempo parcial</p> <p><input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo</p> <p><input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo parcial</p> <p><input type="checkbox"/> Jubilado</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p>3. Grupos raciales (marque todo lo que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska/Inuit</p> <p><input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p>4. Etnia</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Latina/Latinx</p> <p><input type="checkbox"/> No hispano/No latino/No latina/No latinx</p>	<p>5. País de nacimiento</p> <p><input type="checkbox"/> EE. UU.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p>6. Idioma preferido (elija uno)</p> <p><input type="checkbox"/> English</p> <p><input type="checkbox"/> Español</p> <p><input type="checkbox"/> Français</p> <p><input type="checkbox"/> Português</p> <p><input type="checkbox"/> Русский</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p>7. Orientación sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Lesbiana</p> <p><input type="checkbox"/> Gay</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> Otra orientación: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/No lo tiene claro</p>	<p>8. Estado civil</p> <p><input type="checkbox"/> Casado</p> <p><input type="checkbox"/> En pareja</p> <p><input type="checkbox"/> Soltero</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciado</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/No lo tiene claro</p> <p>9. Condición de veterano</p> <p><input type="checkbox"/> Veterano</p> <p><input type="checkbox"/> No veterano</p>	<p>10. Origen de la remisión</p> <p><input type="checkbox"/> Por cuenta propia</p> <p><input type="checkbox"/> Amigo o familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedor médico</p> <p><input type="checkbox"/> Sala de emergencia</p> <p><input type="checkbox"/> Publicidad/Internet/Medios/Trabajador social/Escuela</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p>11. ¿Cómo describiría mejor su género?</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino/Mujer</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino/Hombre</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer trans o transfemenina</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre trans o transmasculino</p> <p><input type="checkbox"/> No binario, queer o no exclusivamente masculino ni femenino</p> <p><input type="checkbox"/> Otro género: _____</p>	<p>12. ¿Qué sexo* está escrito en su primer certificado de nacimiento?</p> <p>* Actualmente estamos probando las mejores formas de registrar otros sexos. Sabemos que esta pregunta actualmente no representa por completo a nuestras comunidades.</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p>	<p>13. ¿Se identifica como trans, transgénero, transexual o con historia trans?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/No lo tiene claro</p>

Consentimiento para el tratamiento

Nombre del paciente ^	Fecha	Hora (a. m./p. m.)
-----------------------	-------	--------------------

Por el presente doy mi consentimiento y autorizo a Fenway Health para tratar cualquier condición médica o de salud mental, 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 extra o diferente que se considere necesario si, durante el tratamiento, se descubre una condición que se desconocía antes.

Entiendo que Fenway Health dirige un centro 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 me atiende 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. Acepto que, si hay cobertura insuficiente, yo seré responsable del saldo restante.

Leí con atención y entiendo 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.
- Entiendo que soy personalmente responsable de todos los cargos y deducibles. Hay ayuda económica para quienes califiquen, incluyendo un programa de tarifas de escala móvil.
- Soy personalmente responsable de dar información del seguro precisa y actualizada.
- 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 para que Fenway Health 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 que los clientes dieron 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 de los Derechos y responsabilidades del paciente. Nombre que usa el paciente, si es distinto al registro

Firma del paciente ^	Fecha
----------------------	-------

Representante legalmente autorizado	Relación con el paciente	Fecha
-------------------------------------	--------------------------	-------