

INFORMACION ADICIONAL

¿Tiene una discapacidad médica? Sí No Si es así, qué tipo: _____

¿En qué idioma le gustaría ser atendido/a: _____ ¿Necesita servicios de interprete? Sí No

¿Es miembro de la tribu Nooksack? Sí No

¿Vive en vivienda del gobierno / Sección 8? Sí No

INFORMACION DEL RESPONSABLE/GARANTE DE PAGO

(En caso de que él paciente sea menor de edad)

Nombre de la Persona Responsable: _____

APELLIDO

1^{ER} NOMBRE

2^{DO} NOMBRE

Dirección: _____

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

Número de Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Mes / Día / Año

Relación al Paciente: Guardián Legal Padre/Madre

INFORMACION FINANCIAL

Tamaño de la Familia: _____

Ingreso (antes de las deducciones de impuestos): _____

Semanal Quincenal Mensual Anual

Por favor responda a las preguntas siguientes. Si tiene alguna pregunta, por favor consulte con su terapeuta durante su primera cita.

Nombre del paciente: <<PName>>	Identificación del Paciente: <<PNumber>>
Nombre del paciente preferido:	
Pronombres: <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellos /Ella/Los/ Las <input type="checkbox"/> Otros _____	

<p>Identidad de género</p> <p>¿Qué sexo le asignaron al nacer en su certificado de nacimiento original (marque uno)?</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Algo distinto <input type="checkbox"/> Negarse a contestar</p> <p>¿Te consideras a ti mismo como (marque uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a hombre (FTM) / hombre Transgénero / hombre trans <input type="checkbox"/> Hombre a Mujer (MTF) / Mujer Transgénero / mujer trans <input type="checkbox"/> Género Queer, ni exclusivamente masculino o femenino <input type="checkbox"/> Categoría de género / Otro adicional, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Negarse a contestar</p>
<p>Orientación Sexual</p> <p>¿Te consideras a ti mismo como (marque uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual (ni gay, ni lesbiana) <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> Algo más, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar</p>
<p>Estado Migratorio y Temporal de Trabajadores Agrícolas</p> <p>En los últimos dos años, ¿ha trabajado usted o un miembro de su familia en la agricultura / ganadería, silvicultura o pesca como su principal empleo incluyendo, pero no limitado a: Preparar, regar o pulverizar los campos, viveros, huertos; Plantación, recolección, clasificación, embalaje o transporte de frutas, verduras, granos, nueces, plantas, tabaco, lúpulo, flores, hierba, alfalfa, heno u otros productos agrícolas; Plantar árboles, trabajar con árboles de Navidad, recoger agujas de pino o musgo español; ¿Trabajan en granjas que producen pollo, patos, pavos, vacas, cabras, ovejas, caballos, pescados, mariscos, etc.?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha dejado usted o un miembro de su familia de migrar a trabajar en la agricultura debido a la discapacidad o la vejez?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Usted o un miembro de su familia eligió no establecer un hogar temporal para trabajar en la agricultura debido a una discapacidad o vejez? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>En los últimos dos años, ¿ha trabajado usted o un miembro de su familia en la agricultura sobre una base estacional sin la necesidad de establecer un hogar temporal?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Estado de la vivienda</p> <p>¿Actualmente vive con amigos o familiares, en su auto, en un refugio, en un hotel o en la calle? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, elija una de las siguientes opciones que mejor describa su situación actual:</p> <p><input type="checkbox"/> compartir una habitación con varias personas por tiempo limitado <input type="checkbox"/> albergue <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Vivienda de Transición <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Me niego a contestar</p>
<p>Other Demographics</p> <p>¿Es usted un veterano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>

Reconocimiento del Paciente

He leído y entendido la información anterior y declaro que la información proporcionada es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Solicitud para la Escala de Descuento de Tarifas

Para cumplir con las regulaciones federales y proporcionarle un descuento en los servicios de Sea Mar, es necesario que llene este formulario, conteste algunas preguntas personales y proporcione una prueba de ingresos. Sus respuestas se guardarán en archivo y en estricta confidencialidad.

Nombre del paciente:	Fecha de Nacimiento:	Identificación del paciente:
Tamaño del hogar:	Ingresos anuales:	<input type="checkbox"/> Elijo <u>NO</u> proveer mis ingresos.

Opto por no solicitar la escala de descuento de tarifas. Por favor, firme y date abajo.

Firma _____

Fecha _____

Yo elijo aplicar para el descuento de escala de tarifas. La escala de tarifas deslizantes está disponible para todos los pacientes, independientemente del estado del seguro. Si tiene un seguro, el descuento de la escala de tarifas deslizantes puede aplicarse a los cargos no cubiertos por el seguro. Complete el formulario completo para determinar el descuento elegible.

Los miembros del hogar	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO)	SEGURO DE SALUD	RELACIÓN	PACIENTE DE SEA MAR?	
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					

FUENTE DE INGRESO	INGRESOS ANUALES	Para ti	Para el cónyuge	Para niños	Para Otros	Sub Total
	Salarios Brutos, Salarios, Propinas					\$ 0.00
	Seguridad Social y Pensiones					\$ 0.00
	Beneficios de Anualidad y Veteranos					\$ 0.00
	Mantenimiento de hijos y pensión alimenticia					\$ 0.00
	Autoempleo y Otros					\$ 0.00
	Por otro," por favor explique:					
	TOTAL					\$0.00

Al firmar abajo, estoy de acuerdo en proveer a los Centros de Salud Comunitarios de Sea Mar una prueba de ingresos para todas las personas mencionadas arriba. Aceptable prueba de ingresos incluye, pero no se limita a, declaraciones de seguridad social, talones de cheque de pago (dos más recientes), carta de asistencia pública, formulario de declaración de impuestos, formulario W-2, talón de cheque de L & I, talón de cheque de desempleo.

Entiendo que se me pedirá que vuelva a solicitar la escala de tarifas por lo menos una vez al año para que Sea Mar pueda mantener una solicitud actualizada en el archivo. Certifico que la información proporcionada es exacta y completa a mi leal saber y en tender. Entiendo que si a sabiendas doy información falsa que resulte en ayuda para la cual no soy elegible, estaré sujeto a procesamiento criminal. Doy mi consentimiento para liberar cualquier información de cualquier fuente necesaria para verificar la información que he dado.

Firma _____ Fecha _____

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

El paciente es elegible para la escala de descuento de tarifas: Si No SFS Status (circle one): A B C D E F

POI solicitado: _____ Inicial: _____ POI recibidos: _____ Inicial: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento

El Aviso de Prácticas de Privacidad para información de salud protegida describe como se pueden usar y divulgar sus registros de salud, cómo puede obtener acceso a esta información y con quien comunicarse si tiene preguntas, inquietudes o quejas.

Sea Mar tiene la responsabilidad de proteger la privacidad de su información, proporcionar un aviso de prácticas de privacidad y seguir las prácticas de información que se describen en este aviso. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el vicepresidente de Asuntos Corporativos y Jurídicos de Sea Mar al 206.763.5277.

Al firmar este formulario, usted reconoce haber recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad y los Derechos y Responsabilidades del Paciente de los Centros de Salud Comunitarios Sea Mar. Sea Mar le anima a revisar estos avisos cuidadosamente.

Acuso recibo del aviso de prácticas de privacidad de los Centros de Salud Comunitaria de Sea Mar y Derechos y Responsabilidades del Paciente.

Paciente o firma legalmente autorizada

Fecha

Hora

Nombre impreso si firmado en nombre del paciente

Relación
(Padre, tutor legal, representante personal)

Nombre del paciente:
Fecha de Nacimiento:
Identificación del Paciente:
Este formulario se mantendrá en su expediente