

Formulario de información del paciente/cliente

Por favor responda estas preguntas privadas, Su información está segura. Cada año actualizamos esta información.

Información demográfica

Nombre y apellido legal del paciente/cliente _____

Nombre que desea que se le llame (si es diferente) _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) _____

Sexo _____

Género _____

Pronombre: Ella/Su

Ellos/Su

Él / Su

Paciente/Cliente Estado Civil:

Casada/o

Socia/o

Divorciada/o

Soltera/o

Viuda/o

Legalmente separados

Dirección _____

Ciudad _____

Código postal _____

Condado: Adams Arapahoe Denver Douglas Elbert Jefferson Otro: _____

Padre/Tutor 1 Nombre (Si el cliente es menor de edad) _____

Padre/Tutor 2 Nombre (Si el cliente es menor de edad) _____

Consentimiento de contacto

Favor escriba su número de teléfono	¿Está bien dejarle un mensaje?	¿Está bien dejarle un mensaje detallado?
Teléfono de casa: () - - -	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Teléfono celular: () - - -	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tel si paciente tiene entre 12 y 17 años: () - - -	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Email: _____		
Contacto de emergencia: _____		
Nombre	Teléfono	Relación

Sólo para pacientes de la clínica: Me gustaría inscribirme al portal del paciente. Es una plataforma en línea para mandar y recibir mensajes de manera segura con Doctors Care. Este no aplica para clientes que no son pacientes de la clínica o pacientes de 12 a 18 años. Sí** No

¿Con quién podemos hablar?

La información médica protegida (PHI en inglés) de usted o su hijo menor es confidencial y está protegida por Doctors Care. Si desea que podamos hablar con otra persona (excónyuge, hijo, padre) acerca de la información médica escriba los a continuación.

No, no permito que la información sea compartida con nadie en este momento.

Sí, permito que la información se comparta con las personas que se enumeran. Esto podría incluir información relacionada con la atención o los servicios en Doctors Care. Si soy un paciente de la clínica, esto podría incluir partes relacionadas con la salud mental, salud sexual, trastornos por consumo de sustancias, y otra información sensible.

Nombre completo	Relación	Teléfono	Breve mensaje ¿Está bien?	Mensaje detallado ¿Está bien?
			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Doctors Care puede compartir información con los que aparecen en la lista. Esto no es un consentimiento para el tratamiento. No permite que alguien tome mi lugar con un menor en una visita. Puedo cambiar o cancelar esta autorización en cualquier momento. Este permiso es válido por un año.

Firma (Cliente o Padre/Tutor si es Menor) _____

Fecha _____

Información sobre los ingresos

Doctors Care es una organización sin fines de lucro que depende de las subvenciones para servirle. Para algunas de nuestras subvenciones necesitamos compartir información de ingresos de nuestros pacientes/clientes. La información se mantiene anónima. Para nuestros pacientes no asegurados, utilizamos esta información para ofrecer servicios a un costo bajo.

¿Cuál es el ingreso total en su hogar? Mes actual \$ _____ O anual \$ _____

¿Cuántas personas viven en su casa? _____

¿Cuántas personas, incluyéndose a usted mismo, están en sus impuestos? _____

Sobre ti – Responder a todas las preguntas para el paciente / cliente

1. Origen étnico: Hispano/Latino No hispano
2. Raza (Seleccione todo lo que corresponda): Blanco Negro/Afroamericano Nativo hawaiano/Isleño del Pacífico Asiático Indio americano/nativo de Alaska Oriente Medio/Norte de África Otro
- 3.Cuál es su idioma preferido: inglés español Otro: _____
4. Tipo de cobertura de salud: Medicaid/CHP+ Seguro Privado No asegurados Otros: _____
Pacientes de la clínica, si no están asegurados, ¿le gustaría ayuda para obtener cobertura médica? Sí No
A veces obtener cobertura de salud es confuso, así que ¡pídale ayuda a nuestras Guías de Cobertura de Salud en cualquier momento!
5. En los últimos 60 días, ¿ha experimentado alguno de los siguientes eventos? (Seleccione todo lo que corresponda) *Pacientes clínicos, si usted tiene cobertura de salud estos cambios en la vida deben actualizarse en su PEAK o Conectar para la cuenta de salud. Pregúntanos si necesitas ayuda.*
 Cambio de residencia Tuvo un bebé Pérdida de cobertura de salud
 Matrimonio/Divorcio Ingresos o cambio de empleo Cambio de estatus legal

(SÓLO PACIENTES DE LA CLÍNICA) Farmacia: Prescribimos electrónicamente – ¡sin papel!

Nombre de la farmacia: _____

Dirección/Intersecciones: _____

Información de citas

¿Cómo hizo su cita? Por teléfono Entrando al edificio Correo electrónico Pagina de Doctors Care
 Pagina de Connect for Health Colorado

¿Cómo se enteró de los servicios en Doctors Care?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Correo directo (postal o carta) | <input type="checkbox"/> Sitio web del proveedor de Medicaid/CHP |
| <input type="checkbox"/> Connect for Health Colorado | <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet |
| <input type="checkbox"/> Paciente/Cliente actual | <input type="checkbox"/> Vecino/Amigo |
| <input type="checkbox"/> Oficina del Condado: _____ | <input type="checkbox"/> Otra organización: _____ |
| <input type="checkbox"/> Derivación del médico: _____ | <input type="checkbox"/> Redes sociales |
| <input type="checkbox"/> Conducir por el edificio/ Vi el aviso | <input type="checkbox"/> Escuela: _____ |
| <input type="checkbox"/> Evento: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hospital/Urgencias: _____ | |