



# TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS

Su hogar médico centrado en el paciente

Teléfono: (813) 397-5300 | www.tampafamilyhc.com

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

- 1) Nombre (nombre y apellido): \_\_\_\_\_ M.I.: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 2) Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 3) Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_  
 4) SSN: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 5) Idioma Preferido:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

6) Raza (Todos que aplican)	7) Origen Étnico	9) Sexo	11). Identidad de Genero
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Negro/Americano africano <input type="checkbox"/> Nativos de Hawái <input type="checkbox"/> Isleños del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No reportado/Negado	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino(a) <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino(a)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero M a F <input type="checkbox"/> Transgénero F a M <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elegimos no revelar
	8) Estado Civil	10). Orientación	
	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> lesbiana/gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Elegimos no revelar	

12) Tamaño del hogar\*: \_\_\_\_\_ Ingresos del hogar (antes de impuestos): \_\_\_\_\_ por  Anual  Mensual

\*Tamaño del hogar – número de personas apoyadas por los ingresos/dependientes del hogar

13) Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

14) Trabajador agrícola:  No  Sí, Tipo\*\*: \_\_\_\_\_  Elegimos no revelar

\*\*Tipos de condición de trabajador agrícola:

- Trabajador agrícola migratorio– dentro de los 24 meses de su visita, ha dejado la comunidad para trabajar en otro lugar
- Trabajador agrícola estacional– dentro de los 24 meses de su visita, se le paga por trabajar por contrato, por hora, salarios diarios en una temporada

15) Estado de las personas sin hogar:  No  Sí, Tipo\*\*\*: \_\_\_\_\_  Elegimos no revelar

\*\*\*Tipos de estatus de personas sin hogar:

- Refugio para personas sin hogar – Usted vive en un refugio organizado para personas sin hogar
- Vivienda de Transición – Usted vive en una pequeña unidad que le ayuda a pasar de la falta de vivienda a la vivienda permanente
- Duplicar – Vives con otras personas en su casa/apartamento
- Calle – Usted vive al aire libre (coche, campamento "ciudad de la tienda", vivienda improvisada, refugio)
- Vivienda de Apoyo Permanente – Usted vive en una unidad de vivienda que proporciona apoyo y recursos basados en la comunidad
- Otros – Usted vive en una habitación individual ocupación, motel, hotel, alojamiento diario pagada

16) Centro de salud basado en la escuela	17) Veterano:	18) Vivienda pública:
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Elegimos no revelar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Elegimos no revelar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Elegimos no revelar

19a) Seguro Médico Primario: \_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_

19b) Seguro Médico Secundario: \_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_

19c) Seguro Dental: \_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_

20) Farmacia Preferida\*\*\*\*: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\*\*\*\* La Farmacia TFHC aparecerá como su farmacia preferida si no se proporciona información de farmacia.

### Información de contacto de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente/padre/tutor legal (Impresión)

### Información del Padre/Tutor Legal (el paciente es menor de 18 años)

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Firma y fecha del paciente/padre/tutor legal



# TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS

Su hogar médico centrado en el paciente

Teléfono: (813) 397-5300 | www.tampafamilyhc.com

## FORMULARIO DE HISTORIA DE ADULTOS

Nombre (Primero y último): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Idioma (Idioma principal): \_\_\_\_\_ ¿Necesita traductor?  No  Sí

¿Cuál es el propósito de su visita de hoy? \_\_\_\_\_

### Alergias

Comida: \_\_\_\_\_ Reacción? \_\_\_\_\_

Droga/Medicación: \_\_\_\_\_ Reacción? \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_ Reacción? \_\_\_\_\_

### Medicamentos (Prescripción y venta libre)

\_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ veces al día

\_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ veces al día

\_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ veces al día

\_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ veces al día

\_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ veces al día

\_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ veces al día

### Obstetricia y Ginecología Historia: PARA MUJERES SOLAMENTE

Edad de inicio del período: \_\_\_\_\_ El último período menstrual: \_\_\_\_\_ Duración del período: \_\_\_\_\_ días

¿Antecedentes de papanicolaou anormal?  No  Sí Antecedentes de mamografía anormal?  No  Sí

¿Antecedentes de sangrado anormal?  No  Sí Antecedentes de secreción anormal?  No  Sí

¿Antecedentes de dolor pélvico?  No  Sí Antecedentes de fugas de orina?  No  Sí

Embarazos: \_\_\_\_\_ Nacimientos vivos: \_\_\_\_\_ Abortos espontáneos: \_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_

Historia Familiar (Marque todas las que correspondan)	Padre	Madre	Abuelos Paternos	Abuelos Maternos	Hermanos	Niños
Cáncer, Especificar: _____						
Diabetes						
Epilepsia/Convulsiones						
Glaucoma						
Enfermedad cardíaca						
Presión arterial alta						
Enfermedad mental						
Enfermedad tiroidea						

### Historia Social

Historial del uso de tabaco:  Nunca fumó  Sí, pero renuncié durante \_\_\_\_\_ años  Sí, todavía fumo. ¿Cigarros al día? \_\_\_\_\_

¿Antecedentes del consumo de drogas?  Nunca.  Sí. Pero renuncié por \_\_\_\_\_ años  Sí, \_\_\_\_\_ veces a la semana.

Beber alcohol:  No  Sí. \_\_\_\_\_ botellas a la semana. Historia Sexual: ¿Eres sexualmente activo?  No  Sí

¿Sexo con diferentes parejas en los último 12 meses?  No  Sí

¿Sexo con el mismo sexo en los último 12 meses?  No  Sí

¿Sexo con el sexo opuesto en los último 12 meses?  No  Sí

¿Sexo con persona/s de riesgo de VIH en los último 12 meses?  No  Sí.

¿Alguna vez ha tenido una prueba positiva de VIH?  No  Sí

¿Antes tenía profilaxis de preexposición por VIH?  No  Sí

¿Resultado de la prueba previa del VIH?  Positivo  Negativo  No sé

¿Alguna vez has sido víctima de agresión sexual?  No  Sí

¿Tienes miedo de tu pareja?  No  Sí

¿Has estado en una relación en la que has sido herido físicamente?  No  Sí





# TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS

Su hogar médico centrado en el paciente

Teléfono: (813) 397-5300

| www.tampafamilyhc.com

Nombre(Primero y último): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS DEL PACIENTE

### TFHC como mi Hogar Médico Centrado en el Paciente

Yo, paciente/padre/tutor legal, elijo participar en el hogar médico centrado en el paciente.

No  
 Si

### Reconocimiento de la recepción del aviso de prácticas de privacidad

Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Salud Familiar de Tampa (TFHC), que describe las formas en que TFHC puede usar y divulgar mi información médica para el tratamiento, pago, operaciones de atención médica y/u otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo contactar con el Oficial de Cumplimiento si tengo alguna pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad del TFHC.

No  
 Si

### Autorización para la divulgación de información médica

- La información médica puede ser liberada a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente con el fin de verificar las preguntas de cobertura o pago o para cualquier propósito relacionado con el pago de beneficios.
- Si estoy cubierto por Medicaid o Medicare, autorizo la divulgación de información médica a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o transportistas para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal apropiada para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, sin limitación, historial y registros físicos, de emergencia, informes de laboratorio, tratamiento de drogas y alcohol y resumen de alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que esta instalación participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras y/u otros participantes de la industria del cuidado de la salud y sus subcontratistas con el fin de que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre sí para lograr metas que pueden incluir, entre otras: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros de salud; disminuyendo el tiempo necesario para acceder a mi información; agregar y comparar mi información con propósito de mejora de calidad; y otros propósitos que puedan ser permitidos por la ley. Entiendo que esta instalación puede ser miembro de tales organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre condiciones psiquiátricas, condiciones psicológicas, condiciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química y/o enfermedades infecciosas, incluidas, entre otras, enfermedades transmitidas por la sangre como el VIH y el SIDA.
- Por la presente permito que TFHC y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en mi atención publiquen información médica con fines de tratamiento, pago y/o operaciones de atención médica.

No  
 Si

### Autorización para la divulgación a familiares y/o amigos

Doy permiso para que mi Información de Salud Protegida sea divulgada para coordinar las necesidades de atención médica, comunicar resultados y decisiones de cuidado a la familia y/o amigos listados:

Nombre	Relación	Número de contacto

*\*El paciente tiene el derecho de revocar la divulgación a estas personas en cualquier momento completando un nuevo formulario de consentimiento con nueva información.*

No  
 Si

### Consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida (PHI)

- ¿Podemos llamar/enviar un mensaje de texto a su casa y dejar un mensaje?  No  Si
- ¿Podemos llamar/enviar un mensaje de texto a su celda y dejar un mensaje?  No  Si
- ¿Podemos llamar/enviar un mensaje de texto a su trabajo y dejar un mensaje?  No  Si

### Consentimiento para correo electrónico o mensaje de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de salud:

- Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a TFHC a ponerse en contacto conmigo por correo electrónico y/o mensajes de texto para recordarme una cita, obtener comentarios sobre mis experiencias con el equipo de atención médica, o para proporcionar recordatorios generales de salud y comunicación. Presentaré un correo electrónico o información de texto en la que pueda ser contactado.
- Doy mi consentimiento para recibir mensajes de TEXTO en el número de teléfono móvil (\_\_\_\_\_) y/o correo electrónico a la dirección de correo electrónico:(\_\_\_\_\_) para recordatorios de citas, comentarios y comunicación general de salud.
- TFHC no cobrará por este servicio, pero se pueden aplicar tarifas de datos y mensajería de prueba estándar según lo dispuesto en su plan de servicio móvil (Póngase en contacto con su operador para obtener planes de precios y detalles).

No  
 Si



\_\_\_\_\_  
Firma sobre nombre completo impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha



# TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS

Su hogar médico centrado en el paciente

Teléfono: (813) 397-5300 | www.tampafamilyhc.com

Nombre (Primero y último): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## FINANCIAL OBLIGATION FORM A

TFHC quiere seguir proporcionando servicios médicos de calidad y sostenibles a la comunidad. Para cumplir con nuestra misión, TFHC y los pacientes tienen obligaciones entre sí para continuar con servicios médicos asequibles. TFHC ofrece descuentos de escala deslizante a pacientes financieramente desafiados y responsables.

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_

Seguro Dental: \_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_

### **Tengo un Seguro "Dentro de la Red" /Medicare/Medicaid/Comercial/Hillsborough County Health Plan:**

- \*Soy responsable de pagar el copago cada registro durante mi visita médica, si corresponde.
- \*Soy responsable de los cargos asociados con servicios no cubiertos.
- \*Soy responsable de los saldos de los reclamos de seguros procesados.
- \*Soy responsable de hacer el pago, o de organizar un plan de pago, dentro de los 30 días de la Fecha que aparece en mi estado de cuenta.
- \*Entiendo que un consejero financiero estará disponible si tengo dificultades para pagar mi factura.
- \*Soy consciente de que, si no pago mi factura, un especialista de autoservicio de TFHC se pondrá en contacto conmigo para saldo restante o establecer un plan de pago.

\_\_\_\_\_  
Firma sobre nombre completo impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **Tengo un seguro "fuera de la red":**

- \*Soy responsable de pagar el copago cada registro durante mi visita médica, si corresponde.
- \*Soy responsable de los cargos "fuera de la red" de mi seguro.
- \*Soy responsable de los cargos de servicios no cubiertos
- \*Soy responsable de los saldos de los reclamos de seguros procesados.
- \*Soy responsable de hacer el pago, o de organizar un plan de pago, dentro de los 30 días de la Fecha que aparece en mi estado de cuenta.
- \*Entiendo que como estoy "fuera de la red", es posible que no reciba otros servicios médicos como recomendaciones, gestión de casos, terapias, equipos médicos duraderos, etc.
- \*Entiendo que un consejero financiero estará disponible si tengo dificultades para pagar mi factura.
- \*Soy consciente de que, si no pago mi factura, un especialista de autoservicio de TFHC se pondrá en contacto conmigo para saldo restante o establecer un plan de pago.

\_\_\_\_\_  
Firma sobre nombre completo impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **No tengo seguro (ver Formulario b de Obligación Financiera)**

Soy responsable de descuento de escala deslizante (formulario B) basado en los ingresos de mi hogar.

\_\_\_\_\_  
Firma sobre nombre completo impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **Opta /Opto con tarjeta de crédito**

Autorizo a TFHC a cargar mi tarjeta de crédito para cubrir cualquier servicio médico o dental no cubierto por mi seguro.

Si. Opto y autorizo a TFHC a cargar mi tarjeta de crédito por cualquier servicio médico o dental no cubierto.

No. Opto a que TFHC cargue mi tarjeta de crédito por cualquier servicio médico y dental no cubierto.

\_\_\_\_\_  
Firma sobre nombre completo impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha



# TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS

Su hogar médico centrado en el paciente

Teléfono: (813) 397-5300 | www.tampafamilyhc.com

Nombre (Primero y último): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE OBLIGACIONES FINANCIERAS B - Descuento en escala deslizando

TFHC ofrece descuentos de escala deslizando a pacientes financieramente desafiados y responsables. TFHC incorporó descuento de escala deslizando basado en los ingresos de su hogar para pagos de servicios médicos

**Escala deslizando A:** Usted está obligado a pagar un depósito de \$15.00 solamente y puede calificar para el plan del Condado de Hillsborough o Medicaid. Usted está recibiendo un 100% de descuento por servicios médicos.

**Escala deslizando B:** Usted es responsable del depósito de \$20.00 en el momento de su visita médica Y 25% de su factura médica total. Este depósito de \$20.00 se contará para el 25% de su factura total. Usted está recibiendo un 75% de descuento por servicios médicos, pero usted sigue siendo responsable de la cantidad restante en la factura final. \*\*

**Escala deslizando C:** Usted es responsable del depósito de \$30.00 en el momento de su visita médica Y el 50% de su factura médica total. Este depósito de \$30.00 se contará para el 50% de su factura total. Usted está recibiendo un 50% de descuento por servicios médicos, pero usted sigue siendo responsable de la cantidad restante en la factura final. \*\*

**Escala deslizando D:** Usted es responsable del depósito de \$40.00 en el momento de su visita médica Y 75% de su factura médica total. Este depósito de \$40.00 se contará para el 75% de su factura total. Usted está recibiendo un 25% de descuento por servicios médicos, pero usted sigue siendo responsable de la cantidad restante en la factura final. \*\*

**Escala deslizando E:** Usted es responsable del depósito de \$50.00 en el momento de su visita médica Y el 100% de su factura médica total. Este depósito de \$50.00 se contará para el 100% de su factura total, pero usted sigue siendo responsable de la cantidad restante en la factura final. \*\*

**Tarifa de inmunización.** Los cargos por inmunizaciones no están sujetos a descuentos en la báscula deslizando. Se aplican tarifas completas a todas las vacunas.

\*\*Requisitos para mantenerse en descuento de escala deslizando:

1. *Cada año.*

Comprobante de ingresos (un mes completo) tan pronto como sea posible. Si TFHC NO recibe su prueba de ingresos para la tercera visita, se le aconseja que consulte a un Consejero Financiero de TFHC. De lo contrario, se le colocará en la escala deslizando E. Usted será responsable de un depósito de \$50.00 y del 100% de su factura médica final.

2. *Todas las visitas a la oficina.*

Los depósitos monetarios se cobrarán al hacer el registro para su cita. Al hacer el registro de entrada, deberá abonar el depósito correspondiente para su báscula deslizando. Después de la visita, puede haber cargos adicionales dependiendo de los servicios médicos y de laboratorio prestados. Usted sigue siendo responsable de la cantidad restante en su factura final. El saldo restante se pagará antes de su próxima visita. Si tiene inquietudes, TFHC lo alienta a ver a nuestros consejeros financieros.

- Si. Entiendo mi obligación financiera como se describe en el Formulario B como paciente de TFHC.
- No. Me niego a cumplir con mi obligación financiera como se describe en el Formulario B para TFHC.

\_\_\_\_\_  
Firma sobre nombre completo impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha