



TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS

Su hogar médico centrado en el paciente

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

FORMULARIO DE REGISTRO

1) Nombre (Nombre y Apellido): _____ M.I.: __ Fecha de nacimiento: _____
 Completado por: (Nombre y Apellido del Padre/Tutor Legal): _____ Relación: _____
 2) Dirección: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 3) Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____
 4) SSN: _____ Correo electrónico: _____
 5) Idioma principal: Inglés Español Otro: _____

6) Raza (marque todas las pertinentes)	7) origen étnico	9) Sexo de nacimiento	11). Identidad de género
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <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	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero M - F <input type="checkbox"/> Transgénero F - M <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No quiero revelar
	8) Estado Civil	10). Orientación sexual	
	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Elegimos no revelar	

12) Tamaño del hogar*: _____ Ingresos del hogar (antes de impuestos): _____ Para 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 situación de los trabajadores agrícolas:

- Trabajador Agrícola Migratorio – dentro de los 24 meses de su visita, usted 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 a contrato, por hora, salarios diarios en una temporada

15) Estado de personas sin hogar: No Sí Tipo***: _____ Elegimos no revelar

Tipos de estado 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 escolar	17) Estado de 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: _____

19d) Seguro Dental Secundario: _____ 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 Información del padre/tutor legal (el paciente es menor de 18 años)

Nombre: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Relación: _____

Relación: _____



Nombre del paciente/padre/tutor legal (impresión)

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 PEDIÁTRICA

Nombre del paciente (Nombre y apellido): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Completado por (Nombre y Apellido del Padre/Tutor Legal) _____ Relación: _____
 Idioma (idioma principal) : _____ ¿Necesitas traductor? Sí No
 ¿Cuál es el propósito de su visita de hoy? _____

Medicamentos (Excluir vitaminas)

Medicación	Dosis	Frecuencia

Alergias

Alergia	Reacción/Efecto lateral

¿Están actualizadas las vacunas? No Sí

Embarazo e Historia del Nacimiento

Edad de la madre durante el embarazo: _____ Años.
 Número de embarazo: _____
 ¿Era el bebé: Temprano En hora Tarde
 Tipo de entrega: Vaginal Cesariana, por qué? _____
 Peso al nacer: _____ ¿La duración del nacimiento? _____
 Complicaciones: _____
 Problemas al nacer: Respiración No Sí; Ictericia No Sí

Durante el embarazo, ¿usted:
 Tome cualquier medicamento: No Sí. _____
 Tiene alguna enfermedad: No Sí. _____
 Fumas No Sí
 Alcohol No Sí
 Drogas callejeras No Sí

Enfermedad infecciosa (Lista de la mejor estimación del mes/año de cada inmunización recibida)

Varicela	Sarampión	Paperas
Meningitis	Rubéola	Tuberculosis (TB)

Desarrollo y Comportamiento (Edad a la que el niño ...)

Sentado solo: _____ Caminaba solo: _____ Frases usadas: _____ Entrenado en el Inodoro: _____
 ¿Había alguna preocupación sobre el crecimiento y el movimiento? No Sí. _____
 ¿Había alguna preocupación sobre el desarrollo del lenguaje y el habla? No Sí. _____
 ¿Había alguna preocupación acerca de los problemas de aprendizaje? No Sí. _____
 ¿Había alguna preocupación sobre el comportamiento en el hogar o en grupos con otros niños? No Sí. _____

Alimentación y nutrición

¿Se alimentan de senos? No. Sí, Hasta _____ Años
 ¿Problemas de alimentación en los primeros 3 meses? No. Sí
 ¿Alimentada con botellas? No. Sí
 ¿Apetito ahora? Pobre bien

Historial médico anterior (Marque todos los que correspondan)

- Asma
- Anemia
- Ansiedad
- Trastornos de la sangre
- Cáncer
- Diabetes
- Depresión
- Retraso de Desarrollo
- Dermatitis
- Infecciones del oído
- Problemas auditivos
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- VIH
- enfermedad cardíaca
- Enfermedad tiroidea
- Tuberculosis

Hospitalización (Razón de la lista P y fecha de hospitalización)

Cirugía (razón de la lista Py fecha de la cirugía)

--	--

Historia Familiar	Padre	Madre	Abuelos Paternos	Abuelos Maternos	hermanos	Niños
Cáncer, especifique: _____						
Diabetes						
Epilepsia/Convulsiones						
Glaucoma						
enfermedad cardíaca						
Presión arterial alta						
Enfermedad mental						
Enfermedad tiroidea						



TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS

Su hogar médico centrado en el paciente

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

Historia Social

El niño vive con Padre Madre Padrastró Madrastro Otro: _____

Cuidado de niños: Padres Otro: _____

Exposición a productos químicos: <input type="checkbox"/> Plomo <input type="checkbox"/> Pintura ¿Exposición a fumadores? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Preocupaciones con respecto a la: <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol <input type="checkbox"/> Comportamiento agresivo <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Hábitos alimenticios <input type="checkbox"/> Problemas escolares <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco <input type="checkbox"/> Programa violento
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DEL MINOR

I, _____, dar su consentimiento y autorizar el tratamiento para mi
(Nombre del paciente/tutor legal)

hijo/hija _____, en Tampa Family Health Centers, Inc.
(Nombre del paciente)

Firma sobre el nombre impreso del padre/tutor legal

Fecha

Residentes y Estudiantes que asisten en mi atención médica

Entiendo que TFHC apoya la educación de los profesionales médicos y mantiene a los residentes y estudiantes que pueden ayudar en mi atención médica.

Sí, doy mi consentimiento a residentes y estudiantes para ayudar en el cuidado de la salud de mi hijo

No, me niego a los residentes y estudiantes para ayudar en el cuidado de la salud de mi hijo



Firma sobre el nombre impreso del padre/tutor legal

Fecha



TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS

Su hogar médico centrado en el paciente

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

Nombre del paciente (Nombre y Apellido): _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS DEL PACIENTE		Inicial															
TFHC como mi Hogar Médico Centrado en el Paciente Yo, paciente/padre/tutor legal, elijo participar en el hogar médico centrado en el paciente.		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí															
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.		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí															
Autorización para la divulgación de información médica <ul style="list-style-type: none"> 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 fines de mejora de la 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. 		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí															
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, hallazgos y decisiones de cuidado a la familia y/o amigos enumerados:		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Nombre</th> <th style="width: 33%;">Relación</th> <th style="width: 33%;">Número de contacto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Nombre	Relación	Número de contacto													
Nombre	Relación	Número de contacto															
<i>*El paciente tiene el derecho de revocar la divulgación a estas personas en cualquier momento completando un nuevo formulario de consentimiento con nueva información.</i>																	
Consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida (PHI) <ul style="list-style-type: none"> ¿Podemos llamar/enviar un mensaje de texto a su <u>casa</u> y dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Podemos llamar/enviar un mensaje de texto a su <u>celda</u> y dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Podemos llamar/enviar un mensaje de texto a su <u>trabajo</u> y dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí 																	
Consentimiento para correo electrónico o mensaje de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de salud <ul style="list-style-type: none"> 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:(_____) recordatorios de citas, comentarios y comunicación general de salud. TFHC no cobrará por este servicio, pero la mensajería de prueba estándar y las tarifas de datos se aplican según lo dispuesto en su plan inalámbrico (Póngase en contacto con su operador para obtener detalles y planes de precios). 		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí															



Firma sobre el nombre impreso del padre/tutor legal

Fecha



TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS

Su hogar médico centrado en el paciente

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

Nombre del paciente (Nombre y Apellido) : _____ Fecha de nacimiento: _____

FORMULARIO DE OBLIGACIONES FINANCIERAS 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/Plan de Salud del Condado de Hillsborough:

- ★ 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 las reclamaciones de seguros procesadas.
- ★ 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 el nombre impreso del padre/tutor legal

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 las reclamaciones 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 el nombre impreso del padre/tutor legal

Fecha

No tengo seguro (ver Formulario b de Obligación Financiera)

Soy responsable del Descuento de Escala Deslizante (Formulario B) basado en los ingresos de mi hogar.

Firma sobre el nombre impreso del padre/tutor legal

Fecha

Opta-in/Optó 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.

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

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

Firma sobre el nombre impreso del padre/tutor legal

Fecha



TAMPA FAMILY HEALTH CENTERS

Su hogar médico centrado en el paciente

Teléfono: (813) 397-5300

| www.tampafamilyhc.com

Nombre del paciente (Nombre y Apellido) : _____ Fecha de nacimiento: _____

FORMULARIO DE OBLIGACIONES ANCIALES B -Descuento de 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. **

Tasas 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 por la tercera visita, se le aconseja ver 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.

- Sí. 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 el nombre impreso del padre/tutor legal

Fecha