

PENDLETON COMMUNITY CARE, INC.

Pendleton Community Care
82 Pine Street
Apartado Postal 100
Franklin, WV 26807
304-358-2355

North Fork Primary Care
16921 Mountaineer Dr
Apartado Postal 101
Riverton, WV 26814
304-567-2101

Harman Health Center
15 Mott Street
Apartado Casilla 14
Harman, WV 26270
304-227-4134

FECHA: _____

GRÁFICA # _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO: _____ PRIMER_NOMBRE _____ INICIAL SEGUNDO NOMBRE _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD _____ ESTADO/CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO HAB: () _____ TELÉFONO TRABAJO () _____

TELÉFONO CELULAR: () _____ # SEGURIDAD SOCIAL _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

ES USTED UN: VETERANO: SÍ NO TRABAJADOR AGRÍCOLA MIGRANTE: SÍ NO

FECHA DE NACIMIENTO: ____ SEXO: M F ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO
DIVORCIADO SEPARADO
VIUDO OTRO

GRUPO RACIAL QUE USTED SE IDENTIFICA: Asiático _____ Negro/Afroamericano _____ Caucásico _____
Subcontinente Asiático-americano _ Otro _____ Asia Pacífico _____ Nativo Americano _____ Indio o Alaska
_____ Nativo Hawaiano _____ Más de una Raza _____ Isleño Pacífico _____ Hispánico _____
Negro (No-Hispánico) _____ Blanco (No-Hispánico) _____

ETNICIDAD: Latino/Hispánico _____ Otro _____ **IDIOMA PRIMARIO:** _____

EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____ NUMERO TELÉFONO: () _____

EMPLEADOR DEL CÓNYUGE: _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____ NUMERO TELÉFONO: () _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: () _____ NÚMERO DE TELÉFONO () _____

INFORMACIÓN DE PARIENTE MÁS CERCANO

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: () _____ - _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

EMPRESA DE SEGUROS PRIMARIOS: _____

PÓLIZA # _____ GRUPO # _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

EMPRESA DE SEGUROS SECUNDARIOS: _____

PÓLIZA # _____ GRUPO # _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR (OPCIONAL)

LISTE A LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA QUE ESTÁN EN EL HOGAR.

NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

¿ES PENDLETON COMMUNITY CARE, INC. SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA? SÍ ____ NO ____

EN CASO AFIRMATIVO, QUE PROVEE: _____

**Autorización y Consentimiento para Proveedores de Servicios de Salud del
Comportamiento y de Atención Primaria Integrada para Evaluar, Tratar y Compartir
Información Confidencial**

Consentimiento y Autorización del Paciente

Autorización y Consentimiento para Evaluación y Tratamiento: Por la presente doy mi consentimiento, autorizo y doy permiso a los proveedores de cuidado de salud acreditados de Pendleton Community Care, Inc. ("PCC, por sus siglas en inglés") para evaluar y tratar las afecciones por las cuales yo (o mi hijo o mi dependiente, si este consentimiento y autorización se ejecuta en nombre de un menor no emancipado u otro dependiente por el cual el abajo firmante está autorizado a actuar, si así se indica a continuación) he solicitado evaluación y/o tratamiento por parte de PCC.

Autorización y Consentimiento para Compartir Información: También consiento, autorizo y permito a los proveedores de cuidado de salud acreditados de Pendleton Community Care, Inc. (PCC, por sus siglas en inglés) y al personal de apoyo clínico y administrativo de usar y compartir información médica protegida como se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) u otras leyes y estatutos aplicables, incluyendo información sobre mis condiciones, diagnósticos y/o tratamientos, e incluyendo también información relacionada con abuso de sustancias, salud mental o historial médico. Esta es una total liberación incluyendo la información relacionada con el comportamiento/salud mental, tratamiento de abuso de drogas y alcohol (en cumplimiento con 42 CFR Parte 2), información genética, VIH/SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual, servicios de planificación familiar u otros servicios para los cuales el uso de información médica protegida es limitada, condicionada o restringida por la ley. Una vez que mi información protegida de salud es compartida y divulgada, el destinatario puede revelar o compartir mi información con otras personas y mi información puede no estar más protegida por las protecciones de privacidades federales y estatales.

Entiendo que el propósito de compartir información es ayudarme a recibir un mejor cuidado. Entiendo y estoy de acuerdo en que mi información médica protegida puede ser usada o revelada para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud y como esté permitido por la ley. Esto incluye usar, compartir y divulgar dicha información de salud protegida con otros proveedores de atención médica y organizaciones que me puedan estar prestando atención pero que no son parte de la organización del PCC. Entiendo que tengo el derecho de revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad de PCC antes de firmar esta autorización y consentimiento. También entiendo que puedo solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de mi información médica protegida y que tal restricción es obligatoria solamente si y en la medida acordada por PCC. Entiendo que PCC no tiene que aceptar la restricción.

Entiendo que puedo optar por cancelar y rescindir (por escrito) esta autorización y consentimiento en cualquier momento (pero dicha rescisión no será efectiva para ningún servicio o tratamiento prestado antes de recibir dicha notificación de rescisión).

Nombre: _____ (Por favor letra de imprenta)

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Este formulario es efectivo en la ejecución hasta que se rescinda o revoque como se provee aquí o al terminar la relación del paciente con PCC.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo a Pendleton Community Care, Inc. a proporcionar información a las compañías de seguros con respecto a mi atención primaria, enfermedad y tratamientos y por este medio asigno a Pendleton Community Care, Inc. todos los pagos por servicios médicos prestados a mis dependientes o a mí mismo. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, cubiertos o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las admisiones de seguros.



(NOMBRE DEL PACIENTE – LETRA DE IMPRENTA)



(FIRMA DEL PACIENTE)

FIRMA DEL PADRE O TUTOR (SI ES MENOR)

MEDICARE / MEDICAID

Autorización para los servicios del Proveedor:

Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados de Medicare y/o Medicaid a mí o a mí en nombre de Pendleton Community Care, Inc. por los servicios que me ha proporcionado ese Proveedor. También autorizo a cualquier titular de información médica acerca de mi persona a divulgar a la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.



FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL PADRE O TUTOR (SI ES MENOR)

NÚMERO DE SEGURO DE SALUD

FECHA EFECTIVA

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (SI ESTÁ INCLUIDO)

Pendleton Community Care, Inc.

PERMISO PARA DISCUTIR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Por la presente doy mi permiso a las personas mencionadas a continuación para autorizar el tratamiento y recibir información sobre el cuidado del paciente mencionado anteriormente:

NOMBRE

RELACIÓN

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

SI EL PACIENTE ES SU DEPENDIENTE Y/O MENOR DE 18 AÑOS:

Es usted (marque con un círculo): Padre Tutor Legal

Nombre de los tutores legales o padres: _____

** Si usted es el tutor legal, se requieren los documentos que demuestren la custodia o tutela del niño

PODER LEGAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del Poder Legal de Atención Médica: _____

** Por favor, proporcione una copia de los documentos legales notariados para el poder médico.

Certifico que toda la información proporcionada como parte de este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

_____ Fecha: ____/____/____

Nombre del Paciente – Letra de Imprenta

Firma del Paciente

Firma del padre/tutor legal/poder legal médico

Pendleton Community Care, Inc.

Pendleton Community Care
82 Pine Street
Franklin, WV 26807

North Fork Primary Care
16921 Mountaineer Drive
Riverton, WV 26814

Harman Health Center
15 Mott Street
Harman, WV 26270

Consentimiento para Obtener el Historial de Medicamentos

Al firmar a continuación, doy permiso a **Pendleton Community Care, Inc.** para acceder electrónicamente a mi historial de medicamentos. Este consentimiento permitirá a **Pendleton Community Care, Inc.:**

- Descargar una lista histórica de todos los medicamentos recetados para usted por un proveedor.

Nombre del Paciente (Letra de Imprenta)

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Fecha

**Pendleton Community Care
North Fork Primary Care
Harman Health Center**

Acuse de Recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad

Certifico que he recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de Pendleton Community Care, Inc. La Notificación de las Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información médica protegida que podrían ocurrir para mi tratamiento, pago de mis facturas o en el desempeño de las operaciones de cuidado médico de Pendleton Community Care, Inc. y para otros propósitos que son permitidos o requeridos por la ley. También describe mis derechos de acceso y control de mi información médica protegida. La Notificación de las Prácticas de Privacidad también está publicada en el área de espera de Pendleton Community Care, North Fork Primary Care y Harman Health Center y en el sitio web (www.pcc-nfc.org).

Entiendo que Pendleton Community Care, Inc. se reserva el derecho de cambiar mis prácticas de privacidad que están descritas en la Notificación de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener una Notificación de las Prácticas de Privacidad revisada llamando a Pendleton Community Care, Inc. y solicitando que se envíe una copia revisada por correo o solicitar una en el momento de mi próxima cita o acceso al sitio web (www.pcc-nfc.org) .

Firma del Paciente o Representante Personal

Nombre del Paciente o Representante Personal

____/____/_____
Fecha

Descripción de la Autoridad del Representante Personal