



MATTHEW WALKER
Comprehensive Health Center, Inc.

FORMULARIO DE REGISTRACION
(FAVOR DE IMPRIMIR)

INFORMACION DEL PACIENTE (FAVOR DE DARLE SU TARGETA DE IDENTIFICACION AL(A) RECEPCIONISTA.)				
Apellido:		Primer Nombre:		# De Seguro Social
Ha sido visto en alguna de nuestras locaciones? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Estado marital? <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado				
Dirección:			Codigo Postal:	
Número de telefono de Casa:		Número de Celular:		Número del trabajo o alterno:
EN CASO DE EMERGENCIA				
Nombre:		Relación al paciente:		Número de tel.:
				Número Alterno:
INFORMACIÓN DEMOGRAFICA				
Ha asistido a una clínica escolar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Es trabajador Migrante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sin Hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Es Hispano or Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cúal es su raza? <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afro -Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo deHawaii <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> No deseo reportar la información				
LENGUAJE DE PREFERENCIA: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Otro:				
INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO (FAVOR DE DARLE SU TARGETA DE SEGURO MÉDICO AL(A) RECEPCIONISTA.)				
Que tipo de cobertura médica tiene?:		<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> TennCare <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro		
Nombre de seguro médico:				
Nombre del suscriptor:		Relación al paciente: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro:		
Fecha de nacimiento del suscriptor:		#De Seguro Social :		
Nombre del Grupo		Número de Póliza:		Copayment:
Nombre de Segundo Seguro:				
Nombre del suscriptor:		Relación al paciente : <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro:		
Fecha de nacimiento del suscriptor:		#De Seguro Social:		
Nombre del Grupo		Número de Póliza:		Copago:
Quisiera Aplicar Para el Programa de Descuento de Escala de Pagos ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Tiene un testament o directivo anticipado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Si no tiene ninguno, pídale a nuestro personal que le de información sobre este importante tema.				
CONSENTIMIENTO PARA SU TRATO				
La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Solicito a MWCHC que me proporcione a mí y / o al paciente identificado anteriormente con tratamiento médico, de salud conductual, dental y / o diagnóstico. Entiendo que mi equipo de atención primaria está respaldado por muchos médicos, incluidos, pero no limitados, farmacéuticos colaboradores y profesionales de la salud del comportamiento. Solicito y consiento que dichos profesionales me presten servicio. Entiendo que no hay garantía de los resultados de cualquier tratamiento proporcionado. Reconozco mi responsabilidad de pagar esta atención de acuerdo con las tarifas cobradas por MWCHC. Entiendo que seré responsable de los honorarios que mi asegurador u otro tercero no pague en la medida permitida por la ley, el contrato o las políticas aplicables. También acepto que, si no tengo ningún seguro, seré responsable de las tarifas cobradas por MWCHC. Acepto que he sido informado de la Notificación de Prácticas de Privacidad de MWCHC y que tengo disponible una copia de dicha notificación.				
Firma de Paciente o Guardian:			Fecha:	



MATTHEW WALKER
Comprehensive Health Center, Inc.

Estoy de acuerdo en permitir que Matthew Walker Comprehensive Health Center, Inc. contactarme en los siguientes métodos con respecto a mi información de salud privada, evaluación y tratamiento.

Preferencias de Privacidad y Comunicación	
Puede dejar mensajes en:	<input type="checkbox"/> celular: <input type="checkbox"/> Telefono de casa: <input type="checkbox"/> Telefono de trabajo:
Usted puede mandar mensaje de textos para informar sobre mis citas (recordatorios o cancelaciones) en mi	<input type="checkbox"/> Celular:
Puede mandar correos electrónico para información sobre mis citas u otra información general a:	Correo Electronico:
Puede enviar información con respecto a mi tratamiento a:	<input type="checkbox"/> Dirección de casa: <input type="checkbox"/> Dirección de trabajo:

Autorizo a Matthew Walker Complete Health Center, Inc. para discutir mi información de salud (que puede incluir historial, diagnóstico, laboratorios, resultados de las pruebas, tratamiento y otra información de salud) con los contactos listados aqui:

Entiendo que al dejar este espacio en blanco, estoy indicando que no deseo compartir información con nadie excepto cualquier persona que sea requerido o permitido por ley.

Nombre:	Relación:
Número de telefono:	Dirección:
Nombre:	Relación:
Número de telefono:	Dirección:

Reconozco que he leído y aceptado la información prevista por esta forma. Entiendo el riesgo asociado con los diferentes métodos de comunicación, especialmente correo electrónico y mensajes de texto, y consentimiento a las condiciones, restricciones y responsabilidades del paciente. Entiendo que es mi responsabilidad mantener mis contraseñas relacionadas y acceso a la información confidencial.

Nombre de Paciente Imprimido: _____ Fecha: _____

Firma de Paciente: _____



MATTHEW WALKER
Comprehensive Health Center, Inc.

Nombre:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Número de Telefono	Fecha de Nacimiento:

Es necesario para nosotros hacer preguntas personales para ofrecerle un descuento en nuestros servicios. Esta información se mantendrá en el archivo de nuestro centro en estricta confidencia. Se debe comprobar su ingreso por lo menos anualmente a menos que tenga un cambio financiero significativo. Traiga su declaración de impuestos, un formulario W-2, cheques de nóminas que cubra las últimos 6 semanas o copias de su cheque de Seguro Social, o cualquier otro cheque que tenga.

<input type="checkbox"/> Declino aplicar para el programa de escala de pagos	Firma:
--	--------

Que tipo de seguro medico tiene que cubra alguna porción de sus gastos? _____ Ponga su inicial si NO quiere participar: _____

Estado marital? Casado Viudo Soltero Divorciado Separado

Alquila o está comprando su casa? Compra Alquiler Vivo con otra persona

Cantidad de ingreso familiar anual?	Usted	Su Esposo(a)	Sus Hijos(a)	Otras personas viviendo en	Ingreso Total de Familia
Lugar de empleo	Usted	Su Esposo(a)	Sus Hijos(a)	Otras Person en el Hogar	

¿Cuánto de su ingreso familiar es de las siguientes fuentes?

Fuentes	Usted	Su Esposo(a)	Sus Hijos(a)	Otras Personas	Total
Seguro Social					
Asistencia Pública					
Pensión de Retiro					
Ingreso de Rentas					
Ingreso de Intereses					
Manutención					
Otro:					

¿ Cuantas personas viven en su casa? _____

Nombre	Fecha de Nacimiento	Núm. De Seguro Social

Declaro la información anterior es verdadera y autorizo Matthew Walker ComprehensiveHealth Center, Inc. para investigar cualquier información dada en esta aplicación. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad. También entiendo que si mi información cambia, estoy obligado a notificar a la recepcionista en mi próxima visita a la clínica.

Clinic Purpose Only—
Discount Code:

Firma _____

Fecha: _____



MATTHEW WALKER
Comprehensive Health Center, Inc.

ORIENTACION SEXUAL/FORMA DE IDENTIFICACION SEXUAL

Matthew Walker Comprehensive Health Center esta enfocado en mejorar la salud de la Nacion, comunidades desatendidas y poblaciones vulnerables, asegurando acceso a comprension, culturalmente competente, servicios de salud de calidad. Orientacion sexual y identidad de genero, la identidad puede jugar un significativo papel en determinar la salud de resultados. Ganando un mejor entendimiento de nuestras comunidades servidas, incluyendo la orientacion sexual y identidad de genero, promueve competencia, cuidado cultural entrega contribuciones para reducir disparidades de salud en general. Esta informacion se mantendra confidencial y usada solo por su equipo de salud, Para satisfacer sus necesidades.

Nombre	
Fecha de Nacimiento	
Cual es su preferencia de genero de identidad? (Favor de chequear lo que aplique)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Transgenero Masculino/Trans Hombre/FTM <input type="checkbox"/> Transgenero Femenina/Trans Mujer/MTF <input type="checkbox"/> Genero Queer
Cual fue el sexo que le asignaron al nacer? (Chequear lo que aplique)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
Como se identifica?: (Escoja una)	<input type="checkbox"/> Lesbiana, gay o homosexual <input type="checkbox"/> Derecho o Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo mas <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
Como le gustaria ser referido? (Escoja uno)	<input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Ze <input type="checkbox"/> Sie or Zie
Cual nombre prefiere?	

Firma del Paciente

Fecha



MATTHEW WALKER
Comprehensive Health Center, Inc.

No llamar/ No asistir a su cita/ Llegar tarde

Efectivo el 6 de Marzo 2017, se considerara "No Llamar/No Asistir" por no llamar a cancelar su cita o no asistir a su cita.

Si no va poder asistir a su cita y debe cancelar debe llamar con un **mínimo de 4 horas** de anticipación.

- Nashville: 615-327-9400
- Clarksville: 931-920-5000
- Smyrna: 615-984-4290

Si llega **5 minutos** tarde para su cita, la misma cita será cambiada a una fecha diferente. Y tendrá la opción de ver un doctor sin cita.

Después de **3 veces** que no llame o no asista a su cita no podrá llamar a hacer citas por los siguientes **6 meses**. Durante ese periodo solo podrá ver a un doctor sin cita.

Nombre de impresion

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha

Aviso de Prácticas de Confidencialidad

Esta sección del aviso de las practicas de privacidad debe ser quitado del resto del folleto, firmado por el individuo y colocado en la historia clínica o registro del paciente para conservarse durante un período mínimo de 6 años o durante el tiempo designado para retener los archivos pacientes.

Si el paciente se niega a firmar el acuse de recibo, una nota a ese efecto se debe registrar en el historial clínico del paciente.



MATTHEW WALKER
Comprehensive Health Center, Inc.

1035 14th Avenue North
Nashville, TN 37208
615-327-9400

§ 164.520 Aviso de practicas de confidencialidad para obtener información de salud protegida.

- A. Estándar: Aviso de prácticas de privacidad. 1) Derecho de notar. Excepto por lo dispuesto en párrafo (a) (2) o (3) de esta sección, un individuo tiene el derecho al aviso adecuado de los usos y las divulgaciones de la información de salud protegida que pueda ser hecha por la entidad de cobertura, y de los derechos del individuo y las obligaciones legales de la entidad cubierta con respeto a la información protegida de la salud.
- (2) Requisitos específicos para ciertos proveedores de atención médica cubiertos. Un proveedor de atención cubierto que tiene una relación directa del tratamiento de un individuo debe:
- (i) Proporcionar el aviso no más tarde de la fecha de la primera entrega de servicio, incluyendo el servicio entregado electrónicamente a tal individuo después de la fecha de cumplimiento para el proveedor de atención médica cubierto.
- A. Tener el aviso disponible en el sitio de obtener servicios para que las pueden solicitar a tomarlo con ellos mismos; y
- B. Publicar el aviso en una posición clara y prominente donde es razonable esperar que los individuos que son buscando servicio de los proveedores de atención médica cubiertos puedan leer el aviso; y
- C. Siempre cuando el aviso sea revisado, ponga el aviso donde puede solicitarlo en el día o después de la fecha efectiva de la revisión y rápidamente cumple con los requisitos del párrafo C (2)ii) de esta sección, si sea aplicable.



MATTHEW WALKER
Comprehensive Health Center, Inc.



NOTIFICACIÓN DE
CONFIDENCIALIDAD

Esta notificación describe como información medica de usted puede ser usada y divulgada y como usted puede tener acceso a esta información.

Por Favor Revísela Cuidadosamente

Usos y divulgaciones de la Información de Salud

Utilizamos información médica sobre usted para tratamiento (pruebas diagnosticas, prescripción, remisión, etc.) para obtener el pago (presentar reclamaciones y/o encuentros para servicios de la facturación y/o cámaras de compensación o de colección, etc.) para fines administrativos (informes, administración de utilización, la mejora de la calidad y revisiones, etc.) y para evaluar la calidad de cuidado que usted reciba. Podemos ponernos en contacto con usted para proporcionarle recordatorios de una cita o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionadas con la salud y servicios que pueden ser de interés para usted.

Podemos utilizar o divulgar información de salud identificable acerca de usted sin su autorización por varias otras razones. Sujeto a ciertos requisitos, nosotros podemos divulgar información de salud para fines de salud, para los fines de auditoría, para los estudios de investigación, y para las emergencias. Nosotros proporcionamos información cuando lo requiere la ley, como para la aplicación de la ley en circunstancias específicas. En cualquier otra situación, nosotros pediremos su autorización por escrito antes de utilizar o divulgar cualquier información personal inidentificable de usted. Si usted decide firmar una autorización para divulgar información, usted puede revocar esa autorización más tarde para detener cualquier futuro uso o divulgación.

Podemos aplicar un cambio en nuestras políticas en cualquier momento. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras políticas, vamos a cambiar nuestro anuncio y fijar el nuevo anuncio en el área de espera y en cada sala de examen. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, póngase en contacto con nuestro Oficial Corporativo de Cumplimiento.

Sus Derechos

Tiene el derecho, después de una solicitud por escrito y en la fecha o hora de mirar, obtener una copia de o recibir la

información de salud protegida electrónicamente que utilizamos para tomar decisiones sobre usted. Si solicita unas copias, le cargaremos para cada página. El costo para usted no excederá el costo que nos suponen para proporcionar estas copias. Usted también tiene el derecho a recibir una lista de la instancias en que hemos divulgado la información protegida de la salud de usted por razones distintas de tratamiento, pago o relacionados con fines administrativos. Si usted cree que la información en su registro es incorrecta o si falta información importante, usted tiene el derecho de solicitar por escrito que información existente debemos corregir.

Puede solicitar por escrito que nos limitan y/o no usar o divulgar su información para tratamiento, pago o fines administrativos excepto cuando específicamente autorizado por usted, cuando sea requerido por la ley, o en circunstancias de emergencia. Considerará su solicitud, pero no están obligados jurídicamente estar de acuerdo con la solicitud.

Quejas

Si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad, o usted no está de acuerdo con la decisión que hemos tomado sobre el acceso o la modificación de sus registros, usted puede comunicarse con nuestro número oficial que aparece en la parte inferior de esta página. Usted puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. El gerente de cumplimiento corporativo puede proporcionarle la dirección que corresponde cuando la solicita.

Matthew Walker Centro de Salud Comprehensive Deber Legal

Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información, dar aviso respecto de nuestros prácticas de información, y seguir las prácticas de información que se describen en este aviso. Las preguntas o quejas pueden ser dirigidas a:

**Matthew Walker Comprehensive Health Center
Corporate Compliance Manager
1035 14th Avenue North
Nashville, TN 37208**

Si usted desea discutir su queja o tiene alguna pregunta, puede llamar al oficial de cumplimiento corporativo al (615) 327-9400. Usted no será penalizado de ninguna manera por presentar una queja.

HIPAA

Código de Portabilidad del Seguro de Salud y Contabilidad

Reconocimiento del Paciente

Reconozco que he recibido una copia de la Notificación de Confidencialidad del Matthew Walker Comprehensive Health Center, Inc. como HIPPA requiere.

Entiendo que al terminar de leer este aviso, cualquier pregunta que pueda tener puede ser dirigida a nuestro Oficial de Cumplimiento Corporativo del HIPPA.

Nombre del Hijo si tiene menos de 18 años

Firma del Paciente/ Firma de Pariente/Guardián

Nombre de impresión

Fecha

Matthew Walker Comprehensive Health Center Inc. Use Only Section:

Respuesta negativa de firmar: el paciente tiene el derecho de rechazar firmar y ha decidido no firmar.

Representative/Representativo de MWCHC

Fecha