



# FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Indian Health Board of Minneapolis, Inc.

TOP OF LABEL HERE

## DATOS DEL PACIENTE:

<b>Nombre:</b>		<b>Medio Nombre:</b>	
<b>Apellido:</b>			
<b>Nombre preferido:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b> ____ / ____ / ____	
<b>Estado civil:</b>	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro		
<b>Dirección:</b>		<b>Dpt#:</b>	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Alternativa
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal:</b>	
<b>Teléfono:</b>	<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Celular		<b>Condado:</b>
<b>Método de contacto alternativo:</b>	Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje seguro (Portal del paciente en línea) <input type="checkbox"/> Correo <b>E-mail:</b> _____		
<b>Número de seguro social:</b> ____ - ____ - ____		<b>Sexo al nacer:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<b>Idioma preferido:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>Raza:</b>		<b>Etnicidad:</b>	<b>¿Cómo te enteraste de nuestra clínica?</b>
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Dos razas o más <input type="checkbox"/> Indio de los EEUU o nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> <u>NO</u> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Sitio web <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> The Circle News <input type="checkbox"/> Paciente actual <input type="checkbox"/> IHB empleado <input type="checkbox"/> IHB proveedor médico <input type="checkbox"/> MNSure
<b>Inscripción Tribal:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Auto-certificación		<b>Tribal Afiliación:</b> _____	

## DATOS DEL RESPONSABLE Igual que el paciente   El responsable es otro   No se ha elegido el responsable

<b>Nombre del responsable:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b> ____ / ____ / ____	
<b>Parentesco:</b>			
<b>Dirección del responsable:</b>			
<b>Teléfono del responsable:</b>		<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
<b>SEGURO MÉDICO</b>	<b>Primario:</b>	<b>Secundario:</b>	
<b>SEGURO DENTAL:</b>			

## DATOS DE LA FARMACIA

<b>Farmacia:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Dirección de la farmacia:</b>	

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Marque todos los que apliquen

<b>País de origen:</b>	<b>Ciudadano estadounidense:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Veterano militar:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Necesita intérprete?:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Orientación sexual</b>		<b>Género:</b>	
<input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Heterosexual ( <u>NO</u> gay o lesbiana) <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Elijo no revelarlo		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero (Femenino a masculino) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero (Masculino a femenino) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No lo quiero revelar	
<b>Contacto de emergencia:</b>		<b>Parentesco:</b>	
<b>Número telefónico de emergencia:</b>		<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	

Cualquier cambio a este formulario debe ser revisado y aprobado por el departamento de Gestión de Información de Salud

**VERIFICACIÓN DE INGRESOS**  Marque la casilla que corresponda a su ingreso mensual total basándose en el tamaño de la familia

<p>1 persona en la familia</p> <input type="checkbox"/> menos de \$1,012 <input type="checkbox"/> \$1,013 a \$1,265 <input type="checkbox"/> \$1,266 a \$1,518 <input type="checkbox"/> \$1,519 a \$1,770 <input type="checkbox"/> \$1,771 a \$2,023 <input type="checkbox"/> más de \$2,024	<p>3 personas en la familia</p> <input type="checkbox"/> menos de \$1,732 <input type="checkbox"/> \$1,733 a \$2,165 <input type="checkbox"/> \$2,166 a \$2,598 <input type="checkbox"/> \$2,599 a \$3,030 <input type="checkbox"/> \$3,031 a \$3,463 <input type="checkbox"/> más de \$3,464	<p>5 personas en la familia</p> <input type="checkbox"/> menos de \$2,452 <input type="checkbox"/> \$2,453 a \$3,065 <input type="checkbox"/> \$3,066 a \$3,678 <input type="checkbox"/> \$3,679 a \$4,290 <input type="checkbox"/> \$4,291 a \$4,903 <input type="checkbox"/> más de \$4,904	<p>7 personas en la familia</p> <input type="checkbox"/> menos de \$3,172 <input type="checkbox"/> \$3,173 a \$3,965 <input type="checkbox"/> \$3,966 a \$4,758 <input type="checkbox"/> \$4,759 a \$5,550 <input type="checkbox"/> \$5,551 a \$6,343 <input type="checkbox"/> más de \$6,344
<p>2 personas en la familia</p> <input type="checkbox"/> menos de \$1,372 <input type="checkbox"/> \$1,373 a \$1,715 <input type="checkbox"/> \$1,716 a \$2,058 <input type="checkbox"/> \$2,059 a \$2,400 <input type="checkbox"/> \$2,401 a \$2,743 <input type="checkbox"/> más de \$2,744	<p>4 personas en la familia</p> <input type="checkbox"/> menos de \$2,092 <input type="checkbox"/> \$2,093 a \$2,615 <input type="checkbox"/> \$2,616 a \$3,138 <input type="checkbox"/> \$3,139 a \$3,660 <input type="checkbox"/> \$3,661 a \$4,183 <input type="checkbox"/> más de \$4,184	<p>6 personas en la familia</p> <input type="checkbox"/> menos de \$2,812 <input type="checkbox"/> \$2,813 a \$3,515 <input type="checkbox"/> \$3,516 a \$4,218 <input type="checkbox"/> \$4,219 a \$4,920 <input type="checkbox"/> \$4,921 a \$5,623 <input type="checkbox"/> más de \$5,624	<p>8 personas en la familia</p> <input type="checkbox"/> menos de \$3,532 <input type="checkbox"/> \$3,533 a \$4,415 <input type="checkbox"/> \$4,416 a \$5,298 <input type="checkbox"/> \$5,299 a \$6,180 <input type="checkbox"/> \$6,181 a \$7,063 <input type="checkbox"/> más de \$7,064

**CONSENTIMIENTO GENERAL**

Por la presente doy mi consentimiento para tratamiento por parte de Indian Health Board of Minneapolis, Inc. (IHB). Asigno y transfiero a IHB mis derechos, título e interés a mi beneficio de reembolso médico bajo mi póliza de seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean cubiertos por el seguro.

Autorizo a IHB a ver mi historial de recetas médicas cuando me proporcione servicios de evaluación o tratamiento. Autorizo el intercambio / la divulgación de o acceso a cualquier información, impresa o a través de una revisión electrónica por parte de IHB con cualquier proveedor, hospital y / o especialista(s) de los que yo pueda recibir atención, o donde sea referido para recibir atención, coordinar mi atención y transmitir información completa y actualizada a cada uno de los proveedores que me traten o a mi compañía de seguro para determinar los beneficios y asegurar el pago de los servicios que recibí. También autorizo a mis otros proveedores de atención médica a divulgar mi información a IHB para estos fines.

Doy mi consentimiento para que el IHB se comunice conmigo a través de llamadas telefónicas, mensajes de correo electrónico o del portal del paciente con el fin de dar recordatorios de citas, noticias de la clínica o información sobre los servicios proporcionados por el IHB.

**INTERCAMBIO ELECTRONICO DE INFORMACION DE SALUD**

Autorizo y doy mi consentimiento para que IHB, mis otros proveedores de atención médica, mi compañía de seguro médico, mi plan de salud o mi administrador de reclamaciones me faciliten la divulgación o el acceso a mi información médica, para fines de coordinación de atención médica y mejoría de la calidad. Esto incluye compartir mi información de salud del tratamiento que he recibido de proveedores de atención médica que no están relacionados con el IHB. Mi asegurador, plan de salud o administrador de reclamaciones también puede compartir la información anterior con un sistema de atención u organización de atención responsable en la que participa el IHB. Si no deseo que se comparta mi información de salud puedo optar por no participar completando el Formulario de exclusión de intercambio electrónico de información de salud.

La ley de Minnesota nos exige que le informemos que sus registros médicos, independientemente de cuándo se creen, pueden divulgarse con fines de investigación médica o científica, a menos que se reciba una objeción por escrito.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Reconozco que me dieron / ofrecieron el aviso de prácticas de privacidad hoy o en una visita anterior.

Esta autorización continuará a menos que la cancele mediante notificación por escrito a: IHB Attn: Health Information Management en 1315 East 24th Street, Minneapolis, MN 55404 o caduque según lo exija la ley.

**Nombre impreso del paciente -O-Representante del paciente:**

**Firma del paciente -O- Representante del paciente:**

**Relación al paciente (Si usted es su representante):**