



The Door - Centro de Salud para Adolescentes
HOJA DE DATOS DEL CLIENTE

Patient Label

1 Fecha de hoy: _____

Nombre legal (escribir)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Nombre de preferencia: _____ Pronombres: ella él ellos/ellas Mencionar: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ N° del Seguro Social: _____

Dirección: _____ N.º depto: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ N° de celular: _____

Lo podemos contactar por (marque todas las que correspondan):

Correo postal Teléfono Mensaje de texto Correo electrónico Portal

Raza (marque todas las opciones que correspondan):

Negro Blanco Asiático Indígena Norteamericano Nativo de Alaska
 Nativo de Hawai/de las islas del Pacífico Otro, escriba: _____

Grupo étnico:

Hispano/Latino
 No Hispano/No Latino

¿Qué idioma(s) habla en su casa?

Inglés Español Francés Otro, escriba: _____

Sexo de nacimiento:

Femenino
 Masculino

Identidad de género:

Femenino Masculino Genderqueer, ni hombre ni mujer
 Mujer a hombre/Trans Masculino Hombre a mujer/ Trans Femenino
 No conforme Otra, escriba: _____

Usted se considera:

Lesbiana/Gay Hetero/Heterosexual Bisexual No sabe Prefiere no revelar Otra, escriba: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre y apellido: _____ Relación: _____

Dirección de correo electrónico: _____ N° de celular: _____

Información de educación: Grado más alto completado en escuela/universidad: _____

Actualmente es: Estudiante a tiempo completo Estudiante a tiempo parcial No es estudiante

Fuentes de ingresos:

¿Trabaja actualmente? No Sí - En caso afirmativo, nombre de su empleador: _____

Monto que percibe: \$ _____ Por hora Quincenal Mensual Anual Tamaño del grupo familiar: _____

Si no está trabajando, cómo se mantiene: Asistencia Pública Tutores Otro: _____

Información del seguro:

¿Qué tipo de cobertura médica tiene? **Seleccione una opción:** Medicaid Medicare Seguro privado Sin cobertura

Si tiene cobertura, mencione el nombre del plan: _____ Número de plan: _____

¿Está bien facturarle a su plan? Sí No **Si usted no tiene esta información, trate de traerla en su próxima visita**

Según mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera. Informaré al personal de cualquier cambio en mi información.

Firma del paciente:

Fecha:

TO BE
COMPLETED BY
STAFF:

Copy of ID received (or on file) Copy of Insurance Card received (or on file)
 Proof of Income received - or - Financial Assistance Form completed

Staff Initials: _____
Date: _____

Etiqueta del paciente



The Door - A Center of Alternatives, Inc.
Centro de Salud para Adolescentes

FORMULARIO DE AYUDA ECONÓMICA

Nombre legal - Apellido: _____ Nombre: _____

Nombre de preferencia: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

1. Soy empleado de: _____

2. Monto que percibe: \$ _____ Por hora semanal quincenal mensual anual

3. Cantidad de horas por semana: _____

4. Tamaño del grupo familiar (incluido usted): _____

5. Los miembros de mi familia que residen conmigo son (enumerar nombres y relaciones): _____

- 1. Solicito recibir asistencia para el pago de mi atención médica.
- 2. Solicito que The Door - Centro de Salud para Adolescentes me brinde ayuda económica para cubrir los costos de mi atención médica.
- 3. Entiendo que esta información es estrictamente confidencial y no se puede divulgar a nadie que no pertenezca a The Door - Centro de Salud para Adolescentes.
- 4. Certifico que toda la información contenida en esta declaración es verdadera y correcta.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nota: cualquier persona que, deliberadamente, distorsione el tamaño del grupo familiar o el ingreso familiar bruto de la familia, ya no será elegible para el programa de descuento de escala de tarifas móvil.

Por el presente, reconozco que la persona nombrada arriba fue evaluada para recibir ayuda económica como parte del Programa de descuento de escala de tarifas móvil del centro de salud.

Firma/cargo del personal: _____ Fecha: _____

**The Door – A Center of Alternatives, Inc.
Centro de Salud para Adolescentes**

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL

Doy mi consentimiento para la disposición de los servicios médicos, dentales servicios de enlace y navegacion y de salud mental que me ha dado el Centro de Salud para Adolescentes, entre los que se incluyen exámenes físicos, vacunas, evaluaciones y pruebas integrales,proyecciones, diagnósticos o tratamientos.

Entiendo que estoy recibiendo servicios de forma voluntaria, y de hecho los servicios de planificación familiar no son necesarios para recibir otros servicios que ofrece el Centro de Salud para Adolescentes.

Entiendo que toda la información será confidencial, salvo en los casos que lo requiera la ley, o que firme un consentimiento que le permita al Centro de Salud divulgar mis registros. Se discutió e insistió en la participación de mi familia en la decisión de buscar servicios de planificación familiar.

Entiendo que el Centro de Salud para Adolescentes respetará los métodos de comunicación que elegí salvo en aquellos casos en que sea necesario ponerse en contacto conmigo con urgencia debido a un problema médico grave.

Confirmando haber recibido una copia de documento "**Declaración de derechos y responsabilidades del paciente**" del Centro de Salud para Adolescentes.

Si soy mayor de 18 años, me han ofrecido información sobre directivas anticipadas e informado que puedo solicitar una copia de la "**Poder para la atención de salud del estado de Nueva York**" (New York State Health Care Proxy).

He leído y comprendido la información que antecede y me han brindado la oportunidad de hacer preguntas. Este consentimiento permanecerá en vigencia a menos que y hasta que lo cancele por escrito.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma/cargo del personal: _____

Fecha: _____



The Door – A Center Of Alternatives, Inc. Adolescent Health Center

Aviso de Prácticas de Privacidad

El Centro de Salud del Adolescente protege toda su información personal con las salvaguardias especiales. Sólo autorizada empleados que necesitan la información para el desempeño de su trabajo y el servicio a usted puede verlo. Ellos son entrenados regularmente en el manejo adecuado de sus registros.

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad
- Elegir a alguien que actúe en su nombre
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe
- Lo incluimos en un directorio hospitalario
- Proporcionamos atención médica mental
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información
- Recaudamos fondos

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos
- Dirigimos nuestra organización
- Facturamos por sus servicios
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública
- Realizamos investigaciones médicas
- Cumplimos con la ley
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajamos con un médico forense o director funerario
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Respondemos a demandas y acciones legales

Se puede obtener una copia completa Del Aviso de Prácticas de Privacidad en la Recepción.

Nombre (en letra de imprenta): _____ **N° de sistema:** _____

Firma Del Paciente: _____ **Fecha:** _____



The Door – A Center Of Alternatives, Inc.
Centro de Salud para Adolescentes

**SERVICIOS DEL CUIDADO DE LA SALUD
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADOR**

Nombre del niño (nombre y apellido): _____ **Fecha de nacimiento:** _____

¿Alérgico a algún fármaco? No Sí **En caso afirmativo, especifique:** _____

¿Medicación actual? No Sí **En caso afirmativo, especifique:** _____

Autorizo a mi hijo a recibir servicios de asistencia médica en el Centro de Salud para Adolescentes The Door, para servicios médicos de rutina, tratamiento de enfermedad y/o en caso de una emergencia.

Los servicios pueden incluir:

- **Asistencia primaria**
 - Un examen físico completo, incluidos los exámenes físicos para deportes, para la escuela o campamento, análisis básicos de laboratorio, prueba de diagnóstico, primeros auxilios, medicamentos recetados, vacunas, visitas por enfermedad, tratamiento por lesión, evaluación psicosocial, servicios de salud mental, asesoramiento nutricional, dermatología y derivaciones externas, según sea necesario.

- **Atención odontológica**
 - Un examen bucal, incluido el cuidado y la limpieza general, radiografías digitales, empastes, tratamientos de fluoruro, selladores, educación e instrucciones sobre la salud bucal y derivaciones para una atención odontológica de seguimiento, según sea necesario.

- **Atención oftalmológica**
 - Un examen ocular exhaustivo, incluido diagnóstico y tratamiento, evaluación binocular, evaluación de glaucoma y catarata, control de la salud ocular para evaluar infección o enfermedad, y derivaciones, según sea necesario.
 - Examen de dilatación - Se trata de un procedimiento en el que se instilan gotas en cada ojo para aumentar el tamaño de la pupila de manera que el médico pueda revisar mejor la parte interna del ojo. Este procedimiento es recomendado por el médico para realizar un examen de la salud ocular lo más exhaustivo posible.

Al firmar a continuación, certifico que soy el padre legítimo o el cuidador del niño identificado arriba y que actúo dentro de mi competencia al firmar el presente formulario de consentimiento.

Nombre del padre o cuidador (LETRA IMPRENTA) **Firma del padre o cuidador** **Fecha**

Dirección de correo electrónico **Número de teléfono particular** **Número de teléfono móvil**

Inf. de contacto de emergencia (a completar por el padre o cuidador):

Nombre en letra impresa **Relación** **Número de teléfono del contacto**