



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

Patient Label

Fecha de hoy: _____

Nombre legal (en letra de imprenta): _____

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

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

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

Dirección: _____ Apartamento: _____

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 Hawái/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 exclusivamente masculino ni femenino
 Femenino a Masculino/ Hombre Trans Masculino a Femenino/ Mujer Trans
 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: _____ Vínculo: _____

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

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. Le 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: _____



Patient Label

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

FORMULARIO DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre legal - Apellido: _____ Nombre: _____

Nombre preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

1. Yo trabajo en: _____

2. Salario: \$ _____ Por hora Semanal Quincenal Mensual Anual

3. Número de horas por semana: _____

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

5. Miembros de la familia que viven conmigo (indique nombres y relación): _____

1. Solicito recibir asistencia para el pago de la atención médica para mí mismo/a.
2. Solicito que The Door – Centro de Salud para Adolescentes me ayude a obtener asistencia financiera disponible para cubrir los costos de mi atención médica.
3. Entiendo que esta información es estrictamente confidencial y no puede ser compartida con nadie fuera de 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 tergiverse intencionalmente el tamaño del hogar y/o los ingresos familiares brutos dejará de ser elegible para el programa de descuento de escala móvil.

Por la presente reconozco que la persona mencionada anteriormente fue evaluada para asistencia financiera como parte del programa de descuento de escala móvil del centro de salud.

Staff Signature/Title: _____

Date: _____



**The Door – A Center of Alternatives, Inc.
Adolescent Health Center**

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL

Doy mi consentimiento para la disposición de los servicios médicos, dentales servicios de enlace y navegación 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: _____

Staff Signature/Title: _____

Date: _____



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 - Servicios de Salud
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Teléfono: (212) 453-0222 | Fax: (212) 941-9614

Patient Label

Sección 1: Información del Paciente

Apellido:		Nombre:		Fecha de hoy: / /	
Dirección:			Apartamento #:	Fecha de nacimiento: / /	
Ciudad:	Estado:		Código postal:	Número de teléfono: ()	

Sección 2: Información de la Divulgación

Por la presente autorizo a **The Door - Health Services, 555 Broome St. New York, NY 10013**, a:

DIVULGAR INFORMACIÓN A o **OBTENER INFORMACIÓN DE**
(Marque con una X la opción que corresponda)

Nombre:	Centro Médico u Organización (incluya departamento):				
Dirección:			Número de teléfono: ()		
Ciudad:	Estado:		Código postal:	Número de fax: ()	

Sección 3: Motivo de la Divulgación de Información

Motivo: Autorizo la divulgación de información por el siguiente motivo:

Sección 4: Información que será Divulgada

Divulgue mis registros médicos correspondientes a las siguientes fechas: DESDE _____ HASTA _____.

Marque **SÍ** o **NO** para cada uno de los siguientes tipos de registros:

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Resultados de Laboratorio	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Información de Vacunas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicación de Tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Métodos Anticonceptivos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____			

Sección 5: Información Sensible

Las siguientes categorías **NO** serán divulgadas sin su autorización específica. Para autorizar la divulgación, **firmé con su nombre completo** junto a la(s) categoría(s)

	Firma del Paciente	Información a Divulgar y Rango de Fechas
Información relacionada con VIH		
Tratamiento de Salud Mental		
Tratamiento y Uso de Sustancias		

Sección 6: Autorización

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información relacionada con mi atención médica sea divulgada según lo establecido en este formulario. Entiendo que:

- Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con **TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL y/o INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE VIH/ SIDA** únicamente si firmo la línea correspondiente en la Sección 5.
- Una vez divulgada, con algunas excepciones, la información puede ser redistribuida por el destinatario. Si la información divulgada incluye datos de VIH/SIDA, drogas o salud mental y firmé la autorización, el destinatario **no puede** redistribuirla a menos que la ley lo permita.
- Si experimento discriminación por la divulgación de información relacionada con VIH/SIDA, puedo contactar a la **División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York** al (888) 392-3644.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a The Door. Entiendo que no puedo revocar la autorización respecto a acciones ya realizadas basadas en mi consentimiento previo.
- Firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan médico o elegibilidad para beneficios **generalmente no dependerán** de que proporcione esta autorización. Sin embargo, entiendo que en algunos casos podría negarse cierto tratamiento si no firmo.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Esta autorización vence 12 meses después de la fecha de firma, a menos que se indique lo contrario en la Sección 5.

<i>Staff Use only</i>	<i>Staff who Received and Reviewed Form</i>	<i>Staff who Processed, and Scanned Form</i>
Date:		
Signature:		