



Gracias por elegir Thundermist Health Center para el cuidado de su salud. Antes de su cita, complete todos los campos resaltados en el nuevo paquete para el paciente. Todo formulario incompleto deberá completarse nuevamente. Esperamos reunirnos con usted.

Puede devolver los documentos de las siguientes maneras:

Por vía electrónica: complete el formulario en SignNow.

Por correo electrónico: MedicalRecords@ThundermistHealth.org

Si tiene preguntas, escríbanos a la siguiente dirección de correo electrónico:

MedicalRecords@ThundermistHealth.org

Estaremos encantados de ayudarlo.



Formulario de Inscripción del Paciente

Nombre: Apellido Primer Nombre Segundo nombre			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Negarse a contestar		
Preferido Nombre: Pronombres (ella/su, él/il):			Género (Todos los que aplican): <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otro _____		
Dirección: Calle		Ciudad/pueblo		Estado AREA POSTAL	
¿Estás sin hogar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí es así, por favor seleccione sus arreglos de vivienda de las siguientes opciones: <input type="checkbox"/> Abrigo <input type="checkbox"/> Viviendas de transición <input type="checkbox"/> Doblado <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Otro (como; ocupación de habitación individual , hotel, motel , viviendas de apoyo, campamento)					Eres un veterano de U.S.?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono de casa #: () Bien dejar un mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Celular #: () Bien dejar un mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Teléfono preferido #: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	
Fecha de Nacimiento: Mes Día Año			No de seguro social: - -		Estado ID # or Licencia #:
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Asociado					
Paciente Empleador: Nombre		Dirección		Telefono #	
Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estudiante					
¿Considera que su trabajo sea bien: <input type="checkbox"/> Trabajo agrícola Migratorio <input type="checkbox"/> Trabajo agrícola Estacional En caso afirmativo, por favor revise categoría correcta arriba. Si no, por favor marque aquí: <input type="checkbox"/>					
Emergencia Contacto: Completo Nombre		Dirección		Teléfono Numero	
Relación contigo:					
¿Quien es responsable por la cuenta del paciente. Si es una persona diferente al paciente, por favor complete la siguiente información.					
Nombre: Apellido Primer Nombre			Fecha de Nacimiento:		No de seguro social:
Segundo nombre			/ /		/ /
Dirección: Calle		Ciudad/pueblo/Pueblo		Estado Área postal	
Teléfono de casa:			Celular:		
Empleador: Nombre		Dirección		Teléfono	
EthniCiudad/pueblo: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispanos/Latino <input type="checkbox"/> Negarse a reportar		¿Como describe su origen étnico (check Todos los que aplican) <input type="checkbox"/> Afro-americano (negro) <input type="checkbox"/> Asiático/de las islas de Pacifico <input type="checkbox"/> Caucásico (blanco) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/de Estados Unidos		Idioma Natal: (Indique uno): <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Intérprete necesaria <input type="checkbox"/> Otro	
¿Lo que la farmacia se utilizan? Nombre			Dirección		
Cómo se enteró de Thundermist? <input type="checkbox"/> Amigo/Pariente <input type="checkbox"/> Proveedor/Agencia de la comunidad <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Papel Periódico <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Salud del Hut <input type="checkbox"/> Sitio Web/Internet <input type="checkbox"/> Anuncio/Cartelera <input type="checkbox"/> Otro					
INFORMACIÓN FINANCIERA – El Centro de Salud de Thundermist brinda servicios a bajo costo tomando en cuenta el ingreso bruto de la familia del pacientes que no esté asegurado que su seguro medico no le cubra todo. Para poder calificar, complete la siguiente información financiera. Aunque los pacientes tengan seguro medico, esta información ayudara a Thundermist a que evalúe las necesidades que tienen sus clientes en recibir estos servicios. (Toda información financiera es confidencial en cumplimiento con las leyes que aplican) Ingreso total FAMILIAR proveniente de TODA FUENTE (las Fuentes de ingreso incluyen empleo, ayuda pública, manutención infantil, pensión, etc.) \$ _____ Indique uno: Anual _____ Mensual _____ Semanal _____ Casa dos semanas _____ Salario _____ Otro _____ Número de personas en la familia que dependen del ingreso que se indica: _____					

THUNDERMIST HEALTH CENTER
Formulario de consentimiento del paciente.

Por favor complete la información que se pide a continuación y lea, escriba sus iniciales y firme este formulario tal como se le indica. Por favor, **LLÉVELO CON USTED** cuando vaya a su primera cita en Thundermist. Si desea hacer alguna pregunta, por favor hágala a un miembro del personal cuando vaya a su visita.

APELLIDO DEL PACIENTE: _____ **PRIMER NOMBRE:** _____ **INICIAL** _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
Mes Día Año

Consentimiento para tratamiento o divulgar información:

Por medio de la presente consiento a que el personal de Thundermist me dé tratamiento de acuerdo a sus normas y a mis derechos como paciente (refiérase al manual del paciente). Le otorgo permiso a Thundermist para divulgar mi información médica personal (o la de mi dependiente) a terceras partes para así poder procesar solicitudes de pago, y también de divulgar mi información médica personal a otros proveedores, en acuerdo con las normas de HIPAA, para así poder coordinar mis cuidados médicos.

He recibido una copia del Aviso de prácticas privadas de Thundermist tal como lo estipula la ley HIPAA. La norma explica cómo Thundermist usará mi información médica personal y cómo mantendrá la confidencialidad de mi información médica personal.

Derechos y Responsabilidades del Paciente:

Sé como paciente Tengo derechos y responsabilidades. Estos Derechos y Responsabilidades del Paciente se publican en todos los Centro de Salud Thundermist y se pueden leer en línea en <http://www.thundermisthealth.org>. Yo entiendo que puedo pedir al personal de asistencia si tengo alguna pregunta sobre estas políticas.

Instrucciones por anticipado (“Instrucciones en vida”):

Tengo la opción de hablar con mi proveedor de cuidados médicos en Thundermist sobre lo que deseo que se haga con respecto a los cuidados a recibir al final de mi vida (algunas veces a esto se le conoce como instrucciones en vida) en caso de una enfermedad o lesión grave. El personal de Thundermist puede darme más información sobre cómo redactar un documento de instrucciones por anticipado.

En este momento me gustaría recibir MÁS información sobre estas instrucciones: **Sí** **No**
(Si no deseo más información en este momento, entiendo que puedo solicitarla en cualquier momento en el futuro).

Responsabilidad financiera y asignación de beneficios:

Asigno directamente a Thundermist Health Center todo beneficio pagadero a mí bajo mis pólizas de seguro y planes de beneficio médico. Reconozco mi responsabilidad financiera por todos los beneficios que se me hayan entregado a mí o a mi dependiente. Autorizo el uso de mi firma (impresa a continuación) a presentarse con propósitos de seguro. Entiendo que soy responsable de toda cuota y cobro, incluyendo aquéllos no cubiertos por seguros.

Servicios confidenciales para adolescentes

Los adolescentes, mientras que anima a comunicarse con sus padres, pueden recibir servicios confidenciales para Pruebas de Enfermedades de Transmisión Sexual y Tratamiento, Pruebas de embarazo, Consejería de Planificación Familiar y Referencia y Consejería de Abuso de Sustancias y Referencia. Entiendo que la información sobre las condiciones anteriores se pueden compartir conmigo sólo si el adolescente está de acuerdo. En determinadas circunstancias, cuando hay una ley de riesgo grave para la salud, estatal o federal puede exigir la divulgación de información a las autoridades apropiadas.

He leído la información anterior, o me la leyeron (o me la tradujeron) y la entiendo y consiento a las normas mencionadas anteriormente.

Firma del paciente, padre, madre, guardián o representante personal

Fecha

IMPRIMA SU NOMBRE

Soy el/ la: (indique uno)
Paciente **Guardián legal o representante del paciente**



Hola,

Thundermist presta atención a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Le escribimos para recordarle el Programa de Descuentos de Thundermist en función de la capacidad de pago, que está disponible para todos los pacientes elegibles, con o sin seguro. El programa garantiza a todos los pacientes asegurados, no asegurados o insuficientemente asegurados que puedan recibir atención sin una barrera financiera.

Para saber si puede acogerse al programa, por favor, rellene el Formulario de Elegibilidad adjunto a este mensaje, fírmelo electrónicamente y envíenoslo por correo electrónico/o envíelo. Si opta por el correo electrónico, por favor envíelo a medicalrecords@thundermisthealth.org.

Aunque estamos obligados a informarle sobre el Programa, usted no tiene que inscribirse si no lo desea. Si no desea hacerlo, simplemente haga clic en la casilla del formulario que dice que no desea inscribirse, fírmelo electrónicamente y envíenoslo por correo electrónico/o envíelo. Por favor, tenga en cuenta lo siguiente: Aunque tenga seguro, puede optar a descuentos en determinados copagos y otros honorarios.

Si necesita ayuda adicional para solicitar el Programa de Descuentos en función de la capacidad de pago o tiene más preguntas, por favor llámenos al 401-767-4100. Estaremos encantados de ayudarle. También puede encontrar información adicional en nuestro sitio web.

Saludos cordiales,

WOONSOCKET

Medical

450 Clinton St.
Woonsocket, RI 02895

Phone: 401-767-4100

Fax: 401-235-6896

Dental & WIC

25 John A. Cummings Way
Woonsocket, RI 02895

Dental Phone: 401-767-4161

Dental Fax: 401-767-5441

WIC Phone: 401-767-4109

WIC Fax: 401-235-6883

WEST WARWICK

Medical

186 Providence St.
West Warwick, RI 02893

Phone: 401-615-2800

Fax: 401-615-2805

Dental

5 Washington St.
West Warwick, RI 02893

Phone: 401-615-2804

Fax: 401-352-6248

SOUTH COUNTY

Medical & Dental

1 River St.
Wakefield, RI 02879

Phone: 401-783-0523

Fax: 401-783-9448

Dental Phone: 401-783-5646

Dental Fax: 401-284-2081

Pediatrics

360 Kingstown Rd.
Narragansett, RI 02882

Phone: 401-789-6492

Fax: 401-783-9448

Solo para uso de la oficina: [casilla de verificación] ¿Es la autorización para un servicio dental de fase II? S N

Si la respuesta es sí, el personal debe recopilar la verificación de ingresos.



Formulario del Programa de Descuento de Tarifa Variable

Le proporcionaremos atención, aunque no pueda pagarla. Podría ser elegible para recibir descuentos según sus ingresos y el tamaño familiar. Hay descuentos disponibles, incluso si tiene seguro.

Nombre del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento del/la paciente: _____

1. ¿Cuál es el tamaño de su familia, incluido/a usted? (Use la definición a continuación).

2. ¿Cuál es el ingreso total anual de las personas incluidas en su familia en la pregunta 1?

\$ _____ Semanal Quincenal Mensual Anual

3. Seleccione 1 (una) opción a continuación:

Certifico que la información ingresada anteriormente es correcta a mi leal saber y entender. Acepto informarle a Thundermist si el tamaño de mi familia cambia. Entiendo que los cambios en el tamaño de mi familia o en mis ingresos podrían modificar mi elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifa Variable de Thundermist.

No quiero participar en el Programa de Descuento de Tarifa Variable de Thundermist.

Nombre de la parte responsable en letra de imprenta (si no es el/la paciente)

Fecha

Firma de la parte responsable

Fecha

* Tamaño familiar: Inclúyase e incluya a otras personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que vivan con usted. La familia también incluye a las personas que no son parientes, pero viven en la misma casa y forman parte de la familia, ya sea como dependientes o sostén de esta. Los niños y las niñas de acogida no se incluyen en el tamaño familiar.

Thundermist Health Center
Consentimiento informado para televisitas

Tendré una televisita para evaluar y tratar mi estado de salud. Es posible que el tratamiento se vea limitado, ya que no estoy en la misma habitación que mi proveedor.

Durante la televisita, comprendo lo siguiente:

- A. La televisita se lleva a cabo a través de un enlace de video seguro de dos vías. El proveedor Thundermist Health Center me verá en la pantalla y escuchará mi voz.
 - B. Es posible que se realice un examen físico.
 - C. Es posible que otros miembros de mi equipo de cuidados estén presentes durante la visita.
 - D. Es posible que se me tomen fotografías durante la televisita.
1. Puedo realizar preguntas sobre la tecnología de la televisita.
 2. Puedo pedir que la televisita se termine en cualquier momento.
 3. Sé que hay riesgos potenciales con el uso de esta tecnología. Algunos riesgos incluyen, entre otros:
 - Interrupción del enlace del video o audio
 - Desconexión del enlace del video o audio
 - Posibilidad de que el audio o el video no sean lo suficientemente claros para cubrir las necesidades por las que se realiza la visita

Si algo de esto sucede, es probable que se deba detener la visita.

Al firmar este consentimiento, comprendo su contenido y acepto cumplirlo. Me ofrezco como voluntario para participar en la televisita. Doy mi autorización a Thundermist Health Center y a los proveedores, y miembros del equipo clínico y no clínico involucrados para la evaluación y el tratamiento de mi estado de salud. También afirmo que yo mismo me represento.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)

Firma del paciente

Fecha

Cómo completar una solicitud de registros de Thundermist

- **Sección 1**
 - Escriba la información completa del paciente. Solo se permite incluir un paciente por formulario.

- **Secciones 2 y 3**
 - Seleccione una opción. Quiere que Thundermist: **DEBE ELEGIR UNA**
 - Obtenga registros: Los reciba de un hospital, establecimiento o proveedor externo.
 - Divulgue registros: Envíe registros de Thundermist a un hospital, establecimiento o proveedor externo, o a un paciente.
 - **SI ESTÁ SECCIÓN QUEDA EN BLANCO, EL FORMULARIO NO TENDRÁ VALIDEZ.**
 - Seleccione una opción: **DEBE ELEGIR UNA OPCIÓN**
 - Estamos obteniendo (recibiendo)/divulgando (enviando) registros médicos o
 - Estamos obteniendo (recibiendo)/divulgando (enviando) registros odontológicos.
 - Complete con la información de la persona/el establecimiento con el que Thundermist debe comunicarse por los registros. **ESTO DEBE COMPLETARSE PARA AVANZAR CON LA SOLICITUD.**
 - Si usted solicita que se envíe una copia de sus registros de Thundermist por correo electrónico, debe brindar una dirección de correo electrónico.
 - **PARTE MÁS IMPORTANTE PARA LA DIVULGACIÓN:** Marque qué información sensible quiere que se divulgue SI está presente en el registro. (Durante las consultas de rutina, es posible que se le hayan hecho preguntas generales que entran en estas categorías. Si deja esta sección en blanco, hará falta más tiempo para procesar los registros).

- **Sección 4: Fechas del servicio**
 - La mayoría de los proveedores solicitan los dos últimos años de registros; no necesitan los antecedentes completos. Si le hace falta más información, el proveedor puede volver a solicitar los registros.

- **Sección 5: Propósito**
 - Indique por qué está obteniendo o enviando registros como se señaló en el formulario.

- **Sección 6: Firma y fecha**
 - **SI EL FORMULARIO NO ESTÁ FIRMADO NI FECHADO, NO TENDRÁ VALIDEZ.**

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER O DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS E INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

1. INFORMACIÓN DEL/LA PACIENTE: Proporcione su información o la de su hijo/a. Una persona por formulario.

Nombre del/la paciente _____ Número de teléfono _____ Fecha de nac. _____

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

Por la presente, autorizo a: Thundermist Health Center

**25 John A. Cummings way, Woonsocket, RI 02895 A la atención de: Departamento de Registros Médicos
Tel.: 401-767-4100 Fax: 401-235-6896**

2. Marque **OBTENER**, que significa que **RECIBIREMOS** sus registros de otro personal médico O **DIVULGAR** si desea que Thundermist le **ENVÍE** sus registros de Thundermist a un médico, una médica o una persona externos. Una vez que lo haga, complete la información del centro al cual le pediremos o enviaremos la información.

ELIJA UNA OPCIÓN:

- Para **OBTENER** (recibir registros de un centro externo)
 Para **DIVULGAR** (enviar registros a una persona externa o a usted)

<input type="checkbox"/> Haga clic AQUÍ si desea que divulguemos su registro médico COMPLETO .	O	Divulgar SOLO estos tipos de registros (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Médicos (incluidas las visitas de atención primaria y las de urgencia) <input type="checkbox"/> Dentales <input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental <input type="checkbox"/> Consumo o tratamiento por consumo de alcohol o drogas <input type="checkbox"/> Pruebas, diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Pruebas, diagnóstico o tratamiento de infecciones de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Información o atención para personas transgénero	Especifique las fechas de tratamiento de los registros que se divulgarán: Proporcione las fechas de servicio que desea que obtengamos o divulguemos. (La mayoría del personal médico busca los últimos dos años, pero, si necesita más información, podemos solicitar fechas de servicio adicionales). <input type="checkbox"/> Último mes <input type="checkbox"/> Últimos seis meses <input type="checkbox"/> Último año <input type="checkbox"/> Últimos dos años <input type="checkbox"/> TODO <input type="checkbox"/> Otro (proporcione las fechas) _____
--	----------	--	--

3. Indíquenos a quién debemos pedirle sus registros O a quién quiere que se los enviemos:

Nombre: _____ TEL.: (____) _____ FAX: (____) _____

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

**** Complete esta sección si está solicitando una copia de sus registros médicos para usted. ****

Me gustaría: (seleccione una opción) * Retirar una copia impresa * Que me envíen una copia por correo electrónico

Esperemos hasta 30 días para que procesemos su pedido. Si necesita los registros antes o prefiere un formato electrónico alternativo, solicítelo. Al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta que le enviemos su registro y entiende que es posible que el correo electrónico no cifrado no proteja la privacidad de su información médica.

Dirección de correo electrónico: _____

*** Tarifas por los registros:** Se le podría cobrar una tarifa nominal de acuerdo con las leyes estatales para el procesamiento de su registro médico. Esa tarifa no superará los \$25.

4. OBJETIVO: Indíquenos para qué solicita los registros: (marque una opción)

- Uso personal Asunto legal Seguro Tratamiento por parte de un especialista
 Tránsito de mi atención por: Mudanza Otro o insatisfacción con el servicio prestado (explique): _____

5. FIRME LA DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN A CONTINUACIÓN:

Entiendo que puedo revocar mi autorización por escrito en cualquier momento notificándolo a Thundermist Health Center. Entiendo que cualquier información divulgada anteriormente no estará sujeta a esta solicitud de revocación. Entiendo que mis registros se procesan conforme a las Normas de Confidencialidad Federales sobre Tratamientos para el Abuso del Alcohol y las Drogas (Parte 2, Título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR]) o las leyes generales del estado de Rhode Island, y no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito, excepto que las leyes establezcan lo contrario. Entiendo que cualquier divulgación de información implica la posibilidad de que quien la recibe la vuelva a divulgar, y que la información podría no estar protegida por la Norma Federal de Privacidad en ese momento. Por lo tanto, eximo a Thundermist Health Center, a su personal y a mi personal médico de toda responsabilidad que surja de esta divulgación de mi información. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que eso no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, realizar pagos, inscribirme en un plan médico o ser elegible para beneficios. He leído la declaración anterior y la comprendo, y acepto voluntariamente la divulgación de la información según se indica en este formulario.

A menos que la persona paciente la revoque por escrito, esta autorización vencerá cuando dicha persona ya no sea paciente.

Firma de/la paciente o su representante legal

Relación de/la representante legal con el/la paciente

Fecha

Miembro del personal que recibe el formulario Extensión telefónica
(Nombre en letra de imprenta)

Fecha

*****SOLO PARA USO DE LA OFICINA*****

Obtener solicitud enviada el: _____ Iniciales _____

Registros divulgados el: _____ Iniciales _____



Formulario de permiso para comentar

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___

Permiso para comentar

Yo, el abajo firmante, doy permiso a Thundermist Health Center para comentar mi información médica y dental con:

Nombre #1: _____ Parentesco: _____

Teléfono casa: _____ Teléfono cel.: _____ Teléfono trabajo: _____

Nombre #2: _____ Parentesco: _____

Teléfono casa: _____ Teléfono cel.: _____ Teléfono trabajo: _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento a través de una declaración escrita o verbal a Thundermist. Entiendo que si se revoca, se aplicará a todas las personas que figuran en este formulario.

Firma del Paciente/Tutor legal: _____

Fecha: ___ / ___ / ___