



Información del Paciente	Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nac: mes/ día / año		
	Dirección del domicilio		# Unidad/Apt	Ciudad/Pueblo	Estado	Código Postal
	Teléfono 1 (casa)	Contacto Principal? <input type="checkbox"/>	Teléfono 2 (celular):	Contacto Principal? <input type="checkbox"/>	Numero del estudiante	Contacto Principal? <input type="checkbox"/>
	Teléfono 1 es Autorizado para mensajes CONFIDENCIALES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Teléfono 2 es Autorizado para mensajes CONFIDENCIALES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Numero del estudiante es Autorizado para mensajes CONFIDENCIALES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Como desea recibir mensajes y notificaciones? <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Mensaje de Voz (Si es mensaje de voz seleccione: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo)						

Contactos	Contacto de Emergencia 1:	Relación al paciente:	Teléfono 1: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
	Nombre:		
	Contacto de emergencia 1, CIFC Health puede: (1) ¿Compartir su información médica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Teléfono 2: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
	(2) ¿Dejar un mensaje detallado con ellos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
(3) ¿Contactar a esta persona en una emergencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Contactos	Contacto de Emergencia 2:	Relación al paciente:	Teléfono 1: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
	Nombre:		
	Contacto de emergencia 2, CIFC Health puede: (1) ¿Compartir su información médica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Teléfono 2: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
	(2) ¿Dejar un mensaje detallado con ellos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
(3) ¿Contactar a esta persona en una emergencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

¿Tiene Seguro Médico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Le Podemos ayudar a aplicar a alguno de los siguientes?	<input type="checkbox"/> Husky/Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro Médico – Access Health CT
			<input type="checkbox"/> Asistencia Financiera – Nuestro programa de descuento de tarifas.
¿Cuál es su farmacia de preferencia?		¿Quién es su doctor primario?	

Seguro	Seguro primario:	Nombre de la Compañía:	ID #	Grupo #
	Info. del Miembro Principal :			
	Apellido	Primer Nombre	Fecha de nac. (mes/día/año)	Relación con el Paciente
	Dirección del domicilio	# Unidad/Apt	Ciudad/Pueblo	Estado
Seguro	Seguro Secundario:	Nombre de la Compañía:	ID #	Grupo #
	Info. del Miembro Principal :			
	Apellido	Primer Nombre	Fecha de nac. (mes/día/año)	Relación con el Paciente
	Dirección del domicilio	# Unidad/Apt	Ciudad/Pueblo	Estado

* Información Requerida	Sexo asignado al nacer:	Orientación Sexual:	Estado Marital:	Estado Laboral:	Etnicidad Elija todas las que le aplica Hispano/Latino:	Otras Preguntas: (requeridas)	
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Gay/ Lesbiana/ Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Declino a responder <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Retirado(a) <input type="checkbox"/> Empleado(a)- Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Empleado(a)- Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado(a) <input type="checkbox"/> Estudiante- Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante - Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> SI, que país? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declino a responder	<input type="checkbox"/> Asiático(a), ¿qué país? _____ <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico (cerca Asia) <input type="checkbox"/> Guameño(a) o Chamorro(a) <input type="checkbox"/> Samoano(a) <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Declino a responder	¿Quiere un intérprete? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Se encuentra sin hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Identidad de Género:	Idioma de preferencia:					
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero (Femenino-A-Masculino) <input type="checkbox"/> Transgénero (Masculino-A-Femenino) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Declino a responder	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____					

Acces	Correo Electrónico:	Este correo electrónico le da acceso a su información de salud, incluyendo citas & notas de sus visitas. Usted puede usar su cuenta segura en un navegador web o en nuestra aplicación móvil encriptada.
	Si usted NO DESEA TENER ACCESO a su información de salud por este medio, puede DECLINAR SU ACCESO marcando esta casilla: <input type="checkbox"/>	

Ingreso	CIFC Health recibe becas Federales que nos requisitan preguntar la siguiente información.	
	¿Cuántas personas hay en su familia? _____ Ingreso Familiar: \$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal : ¿Cuantas semanas trabajas al año? _____ <input type="checkbox"/> Mensual : ¿Cuantos meses trabajas al año? _____ <input type="checkbox"/> Anual

Firma del Paciente/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Acuerdo Financiero & Asignación de Beneficios:

- Yo autorizo que se ingrese una solicitud de Pago a Medicare, Medicaid u otra compañía dispuesta a pagar por cualquiera de los servicios proporcionados a mí o mis hijos menores de 18 años de edad como están listados en la hoja de información demográfica en el presente, pasado y el futuro.
- Yo entiendo y estoy de acuerdo en que soy finalmente responsable por los balances pendientes tanto mío como de mis hijos menores de 18 años de edad listados en la hoja de información demográfica, por cualquier servicio profesional prestado y en algunos casos, también puedo ser responsable por pagar un monto adicional al ya pagado por mi seguro.
- Yo autorizo que el pago de mis beneficios médicos sea enviado directamente a CIFC Health o a sus proveedores individuales por servicios prestados a mí y a todos mis hijos menores de 18 años listados en la hoja de información demográfica. Si mi solicitud del Seguro fuera negada por falta de elegibilidad o terminación de plazo de cobertura, yo entiendo que seré puesto como responsable de los pagos e intentare realizar los mismos correspondientes por cualquier monto pendiente en esas situaciones.
- Yo autorizo a CIFC Health a apelar requisiciones de pago negadas u otras decisiones adversas en mi nombre sin requerir autorizaciones posteriores. Yo autorizo y doy la indicación a cualquier institución o persona que tenga mi información médica o cualquier otro documento relevante sobre mí de liberar dicha información a CIFC Health y a sus agentes de cobranza, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y/o a cualquiera dispuesto a pagar o a asegurarme, y a sus respectivos agentes y contratistas, a como sea necesario para determinar estos y otros beneficios pagables por cualquiera de los servicios prestados a mí por el CIFC Health, en el pasado, presente y el futuro.

Persona responsable del pago: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padres/ Guardián <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro:				
Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre	Teléfono	Fecha de nac: (mes/día/año)
Dirección del domicilio		Depto./Piso	Ciudad/Pueblo	Estado
				Código Postal
Firma del Paciente/Guardián: _____			Fecha: _____	

Autorización de Tratamiento:

- Yo doy mi permiso explícito al personal de CIFC Health para proporcionarme tratamientos médicos, dentales, de salud mental y administración de vacunas.
- En situaciones de emergencia donde yo no puedo ser contactado, yo doy permiso a que mis dependientes menores de edad reciban tratamiento para la condición de la emergencia.

Firma del Paciente/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Registros de salud:

Yo doy mi permiso explícito a CIFC Health de obtener mi información de salud, incluyendo el uso de entidades de intercambio de información de salud electrónicos (HIEs), También que mi información de salud sea recibida de, y/o compartida con servicios externos de cuidados de salud profesionales de manera electrónica con el propósito de mi bienestar de salud.

Firma del Paciente/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Si usted NO desea participar con Commonwell/Carequality usted puede DECLINAR marcando esta casilla:

CIFC Health puede obtener mis registros médicos: _____

SI - Formato de autorización adjunto.

NO - Yo no deseo liberar información médica presente y pasada a CIFC Health. **NOTA: La falta de información de registros médicos faltante, así como el de historial de salud del paciente incrementa los riesgos de complicaciones durante el tratamiento.**

Seleccione el SBHC en el que se inscribe el estudiante:

Newtown Middle School P: (203)270-6114 F: (203)270-4644

Grado/Cluster _____