



<b>Información del</b>	Apellidos		Nombre		Inicial del segundo nombre		Fecha de nac: mes/ día / año												
	Dirección de domicilio			# Unidad/Apt		Ciudad/Pueblo		Estado		Código Postal									
<b>Información del</b>	El Teléfono 1 (casa)			Contacto Principal? <input type="checkbox"/>		El Teléfono 2 (celular):			Contacto Principal? <input type="checkbox"/>		El Teléfono 3 (trabajo):		Contacto Principal? <input type="checkbox"/>						
	teléfono 1 es Autorizado para mensajes CONFIDENCIALES:				teléfono 2 es Autorizado para mensajes CONFIDENCIALES:				teléfono 3 es Autorizado para mensajes CONFIDENCIALES:										
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
¿Como desea recibir mensajes y notificaciones?												Texto <input type="checkbox"/>		Mensaje de Voz <input type="checkbox"/>		(Si es mensaje de voz seleccione: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo)			

<b>Contactos</b>	<b>Contacto de Emergencia 1:</b>				Relación al paciente:				Teléfono 1: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo						
	Nombre:														
<b>Al contacto de emergencia 1, CIFC Health puede:</b> (1) ¿Liberar o compartir su información médica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (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												Teléfono 2: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo			
<b>Contactos</b>	<b>Contacto de Emergencia 2:</b>				Relación al paciente:				Teléfono 1: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo						
	Nombre:														
<b>Al contacto de emergencia 2, CIFC Health puede:</b> (1) ¿Liberar o compartir su información médica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (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												Teléfono 2: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo			

¿Usted tiene Seguro Médico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				¿Le Podemos ayudar para aplicar para 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 la farmacia de su preferencia?						¿Quién es su proveedor de servicios médicos?					
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

<b>*Info. Requerida</b>	<b>Sexo asignado al nacer:</b>		<b>Orientación Sexual:</b>		<b>Estado Marital</b>		<b>Estado Laboral:</b>		<b>Etnicidad:</b> Hispano: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Latino: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Declina respuesta		<b>Otras Preguntas: (requeridas)</b>	
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <b>Identidad de Género:</b> <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"/> Declina Respuesta		<input type="checkbox"/> Gay/ Lesbiana/ Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Declina Respuesta <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"/> Empleo Por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Desempleado(a) <input type="checkbox"/> Estudiante – Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante – Medio Tiempo		<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico (cerca Asia) <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Declina respuesta <b>Preferencia de Idioma:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		¿Quiere un intérprete? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Se encuentra en situación de calle? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuántas personas viven en su casa? _____ *Ingreso anual: \$ _____ (todas las personas de la casa) _____	

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

\* La CIFC Health recibe becas Federales que nos requisan preguntar la siguiente información. - Nota: Los ingresos de un hogar incluyen los salarios e ingresos antes de impuestos y deducciones para todas las personas que viven en su casa – incluso cuando no exista relación familiar.

- **Incluidos:** Cheques, Seguro de desempleo, propinas, seguridad social (SSI & SSDI), asistencia pública (TANF), pensión de retiro, ingresos por rentas, intereses, soporte de menores, pensión alimenticia de todas las personas que ocupan una unidad habitacional (dentro de la casa o depto.) así estén o no estén relacionados.
- **No Incluir:** Cupones de alimentos (SNAP), Subsidio de Section 8 o Asistencia de alojamiento.

## Acuerdo Financiero & Asignación de Beneficios:

- Yo autorizo que se ingrese una reclamación de Pago a Medicare, Medicaid u otra compañía dispuesta a pagar por cualquiera de los servicios proporcionados para 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 para mí como para 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 al CIFIC Health o a sus proveedores individuales por servicios prestados para mí y para todos mis hijos menores de 18 años listados en la hoja de información demográfica. Si mi reclamación 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 al CIFIC 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 al CIFIC 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 para mí por el CIFIC Health, en el pasado, presente y el futuro.

**Persona responsable del pago:**  Paciente  Padres/ Guardián  Esposo  Otro:

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nac: (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Dirección domicilio \_\_\_\_\_ Depto./Piso \_\_\_\_\_ Ciudad/Pueblo \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Autorización de Tratamiento:

Yo doy mi permiso explícito al personal del CIFIC Health para proporcionarme tratamientos médicos, dentales, de salud del comportamiento y administración de vacunas. En situaciones de emergencia donde yo no puedo ser contactado, yo doy permiso para 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 al CIFIC 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:

CIFIC Health puede obtener mis registros médicos: \_\_\_\_\_

**SI** – Formato de autorización adjunto.

**NO** – Yo no deseo liberar información médica presente y pasada al CIFIC 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.**

### CIFIC Health Office Use Only:

(Card Copies for relevant Patient/Authorized Rep/Guardian)

**1. Photo ID was:**

- Copied/Scanned  
 On File & CONFIRMED

**2. Insurance Card was:**

- Copied/Scanned  
 On File & CONFIRMED  
 Not with Patient Today

**3. Documents Given**

- Welcome Letter/PCMH Packet  
 ROI Update

**4. Financial Assistance Eligibility**

- Has current card: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (expiration date)  
 Has appointment: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Not currently eligible

**5. Data Consent:**

- Opt in/out was identified  Response was documented in eCW

CIFIC Health staff recipient's name: \_\_\_\_\_

staff signature: \_\_\_\_\_

date received & signed: \_\_\_\_\_

## Formato de Consentimiento HIPAA del Paciente

Yo doy permiso para usar o discutir mi información de salud protegida (IPS) por los proveedores de servicios médicos y personal con el propósito de diagnosticar y/o proporcionar tratamientos para mí, obtener pago por mis facturas de cuidados de salud o para conducir las operaciones de cuidados de salud de CIFC Health. Yo entiendo que los diagnósticos o tratamientos para mí de parte de los proveedores de cuidados de salud en el CIFC Health pueden estar condicionados a mi autorización como se evidencia con mi firma en este documento.

Mi "información de salud protegida" ISP significa que la información de salud, incluyendo mis datos demográficos colectados de mí y creados o recibidos por mi médico, otro proveedor de servicios de salud, un plan de salud, mi empleador, o una cámara de compensación de servicios de salud. Esta información de salud protegida está relacionada con mi pasado, presente y futuro de salud física y mental y las condiciones y datos que me identifican o donde exista una base razonable para creer que la información presentada me identifica a mí.

Yo entiendo que tengo derecho de solicitar una restricción sobre como mi ISP es usada o discutida para llevar a cabo el tratamiento, pagos u operaciones de cuidados de salud de esta práctica. El CIFC Health no requiere estar de acuerdo con las restricciones que yo solicite. Sin embargo, si el CIFC Health acepta alguna restricción que yo solicite, esta restricción compete a todos los miembros y empleados del CIFC Health.

Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la extensión donde un proveedor de servicios del CDCHC haya tomado acciones en favor del CIFC Health sobre este consentimiento.

Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso de privacidad del CIFC Health antes de firmar este documento. El aviso de privacidad del CIFC Health está disponible para mi consulta y describe los tipos de uso y liberaciones de mi IPS que ocurrirán durante mi tratamiento, pago de facturas, o en el desempeño de las operaciones de cuidados de salud del CIFC Health. El documento describe mis derechos y las obligaciones del CIFC Health con respecto de mi información de salud protegida. Una copia de esta notificación de privacidad está a la vista de todos en la sala de espera.

El CIFC Health se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que están descritas en el Aviso de Privacidad. Yo puedo obtener un aviso de privacidad revisado llamando a la oficina y solicitando hablar con el oficial de privacidad

**Firma del**

**Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

### Office Use Only:

To be completed if the staff is unable to obtain a signature:

On \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, I attempted to obtain a written acknowledgement of receipt of the Privacy Notice from the above-named person but was unable to because:

- Patient declined to sign this Consent Form  
 Patient did not understand this Consent Form  
 Other [specify]: \_\_\_\_\_

Staff Member's Name: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



## Autorización para Información de Salud

Apellido del paciente

Nombre

Fecha de nacimiento:

mes/día/año)

**Yo autorizo explícitamente al CIFC Health a:**  Recibir  Enviar  Compartir  
mi información con la siguiente persona o agencia.

Persona/Agencia: <input type="checkbox"/> Paciente/Propio	Teléfono	Fax
_____	( ) _____	( ) _____
Dirección Domicilio	Pueblo/Ciudad	Estado
_____	_____	Código Postal
_____	_____	_____

### Información a ser Obtenida:

- Notas Lab/ Reportes/ Pruebas
- Notas de visita
- Reportes Rayos-X
- Registros de Facturación
- Registro Completo
- Otros: \_\_\_\_\_
- Registros relacionados a un lapso de tiempo: desde: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Propósito de Uso:

- Requisición del paciente
- Paciente nuevo
- Mudanza
- Escuela
- Referimiento Especial
- Requisición PCP
- Transferir a otra Practica
- Investigación o Acción Legal
- Discapacidad
- Seguridad Social
- Seguro médico (aparte de pago)
- Otro: \_\_\_\_\_

### Autorización Especifica:

Al firmar debajo, Yo especialmente autorizo el compartir y recibir información del historial medico relacionado con enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, Pruebas genéticas, Salud mental y Abuso de sustancias (excepto como se indica en este formato)

### Excluir (No compartir):

- Pruebas Genéticas
- Abuso de sustancias
- VIH/SIDA
- Salud Mental\*(ver # 4.)
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

### INFORMACIÓN IMPORTANTE:

Al firmar esta autorización, yo entiendo que:

- Esta autorización expira al cumplir un año de la fecha de firma.
- Esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento al completar un formulario de revocación del CIFC Health, excepto en la extensión de que ya haya sido utilizada para tomar alguna acción relacionada.
- Yo puedo inspeccionar y copiar la información a ser utilizada y liberada bajo esta autorización, y yo puedo recibir una copia de esta autorización firmada. Puede ser que exista una tarifa asociada con las copias que no exceda lo autorizado por la Ley Estatal de Connecticut.
- \*4. La liberación y recepción de notas de psicoterapia no puede ser autorizada por este formato. Un formulario separado es necesario para la recepción y liberación de notas psicoterapéuticas.
- No me es requerido firmar este formato para recibir tratamiento, pago por mis cuidados, la inscripción o elegibilidad de mis beneficios.
- La información usada o liberada de conformidad con esta autorización puede ser sujeta a otra liberación por el recipiente y puede ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad.

### AUTORIZACIÓN:

- El paciente firma consentimiento  Representante Legal

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha (mes/día/año)

Nombre del Representante Legal

Firma del Representante Legal

Fecha (mes/día/año)

Relación con el Paciente:  Padre  Guardián  Poder Legal  Albacea de bienes  Conservador  Otro: \_\_\_\_\_

### CIFC Health Office Use:

(only required when records are hand delivered.)

**CIFC Health staff member verified the identity of the in-person recipient by:**

- Photo ID  Photo on file

CIFC Health member:

staff name: \_\_\_\_\_

signature: \_\_\_\_\_

date received & signed: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### \*\*\*Notice to Recipient\*\*\*

**As the recipient of this information, you may use this information only for the stated purposes. You may disclose this information to another party ONLY:**

- With written authorization from the patient or the patient's legal representative;
- As required or authorized by state and/or federal law; or
- If urgently needed for the patient's continued care.

**\* If this disclosure contains information relating to HIV, mental health, alcohol or drug abuse education, training, treatment, rehabilitation or research, the following applies:** The information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by federal and/or state law. Federal regulations and/or state law prohibit you from making any further disclosure of it without specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by such regulations. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose.