

Registro

(por favor imprima)

Nombre del paciente	Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento

Consentimiento de Evaluación y Tratamiento

Cherokee Health System (CHS) se dedica a dar cuidado primario integral, servicios de salud dental y de comportamiento para los residentes de Tennessee. Debido a que el bienestar involucra tanto el cuerpo como la mente, nuestro equipo multidisciplinario de proveedores trabajan juntos para ofrecerle alta calidad en la atención medica con todo el personal. Con el fin de proporcionarle una atención integral y coordinada, sus proveedores pueden involucrar a otros especialistas de la salud como parte de su equipo de atención. Los miembros de su equipo de atención médica van a colaborar y compartir información clínica cuando sea necesario para garantizar una mayor continuidad en la atención.

Algunos servicios del Cherokee Health System pueden implicar el uso de equipos de telemedicina y la interacción con los proveedores que no están físicamente en el lugar. Estas sesiones se transmiten a través de medios seguros, líneas de alta velocidad que no se graban en video, manejadas a través de internet, o no se guardan en ninguna forma.

Yo entiendo, que si tengo 16 años de edad o más, puedo dar mi consentimiento para ciertos tipos de servicios de salud, incluidos los servicios de salud mental; si tengo 18 años de edad o más, puedo dar mi consentimiento para todos los demás servicios de salud; de lo contrario mi padre o tutor legal tendrán que dar su consentimiento a los servicios. Al firmar este formulario, (firma del padre o tutor legal, si es necesario) Acepto que he leído o se me ha leído y/o me ha sido explicada esta forma, que la entiendo y que las preguntas que hice han sido contestadas. Entiendo que estoy de acuerdo en ser honesto entregando la información.

Por lo tanto, por la presente, estoy de acuerdo, y consiento para la evaluación y el tratamiento para mí y / o hijo (s) tal como se ha expuesto anteriormente, incluyendo todos los estudios y procedimientos que el personal profesional CHS estime necesario o apropiado. Por este medio represento y garantizo como padre o tutor que estoy legalmente autorizado(a) y con derecho a tomar tales decisiones.

Firma del paciente (o guardián legal, si aplica) X _____	Fecha _____
Nombre impreso o letra de molde X _____	Fecha _____
Testigo X _____	Fecha _____

Esta usted sin hogar o viviendo en un hogar temporario (casa de familia o amigos)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Vive usted en casa de Gobierno?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Usted es Veterano de guerra?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tiene usted problema de audición?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si contesta Si, necesita usted un intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Raza?	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Rehúsa contestar
Origen Étnico?	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Non Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Rehúsa contestar
Usted o algún miembro de su familia es emigrante o trabajador estacional que haya trabajado en el campo o factoría en los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Emigrante <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Estacional <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Anciano o deshabilitado <input type="checkbox"/> Ex trabajador rural

Declaración de prácticas de privacidad/Derechos de los clientes y Procedimiento de quejas Examen físico completo/TENNder Care Programs

Mis iniciales abajo sirven como mi firma confirmando que me proporcionaron los materiales listados.

Yo he recibido la declaración de prácticas de privacidad de Cherokee Health System'.	Iniciales del paciente X _____
Yo he recibido los derechos de los clientes y el procedimiento de quejas de Cherokee Health System y entiendo mis derechos serán explicados a petición.	Iniciales del paciente X _____
Si es menor de 21 años, he recibido información acerca <i>Tennessee's EPSDT Program-TennCare Kids and Cherokee Health System's Well-Child Program.</i>	Iniciales del paciente X _____

Solo para uso de la oficina

Yo proporcione (Nombre del paciente) _____ una copia de lo siguiente:

Declaración de prácticas de privacidad de CHS.
 Derechos del cliente y procedimiento de quejas de CHS.
 Tennessee's EPSDT Program-TennCare Kids and CHS's Well-Child Program (Si es menor de 21 años)

Nombre del paciente	Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento

Información del contacto			
Nombre del contacto de emergencia/Relación	Dirección del contacto	Ciudad/Estado/código postal	#teléfono de contacto ()
Información que se le puede dar al contacto <input type="checkbox"/> Cita <input type="checkbox"/> Financiera/Facturas <input type="checkbox"/> Recoger en la farmacia <input type="checkbox"/> Información de emergencia <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio			
Nombre del contacto/Relación	Dirección del contacto	Ciudad/estado/código postal	#teléfono de contacto ()
Información que se le puede dar al contacto Por favor revise todos a los que aplica <input type="checkbox"/> Citas <input type="checkbox"/> Financiera/Facturas <input type="checkbox"/> Recoger en la farmacia <input type="checkbox"/> Información de emergencia <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio			
Nombre del contacto/Relación	Dirección del contacto	Ciudad/estado/código postal	#teléfono de contacto ()
Información que se le puede dar al contacto Por favor revise todos a los que aplica <input type="checkbox"/> Citas <input type="checkbox"/> Financiera/Facturas <input type="checkbox"/> Recoger en la farmacia <input type="checkbox"/> Información de emergencia <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio			
Yo autorizo a Cherokee Health Systems para dejar mensajes en mi contestadora (as) del teléfono en mi número (s) de contacto (s). <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N			
Doy mi permiso para que el/los profesional/es de Cherokee Health System para comunicarse {oralmente o por escrito (por ejemplo: una carta resumida)} con la(s) siguiente(s) persona (s) en lo que se refiere a:			
<input type="checkbox"/> Examen <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Mi tratamiento <input type="checkbox"/> Propósito específico: _____	Nombre del contacto:	Relación con el paciente:	
	Nombre de contacto:	Relación con el paciente:	
Al firmar abajo, yo autorizo a Cherokee Health Systems a dar información concerniente a mí, mi hijo menor de edad, o encargado legal como indica anteriormente. Yo entiendo que podre revocar este consentimiento de dar información confidencial en cualquier momento con un consentimiento por escrito, pero que este no podrá afectar ninguna comunicación anterior a la notificación de la cancelación. Esta autorización no sirve como consentimiento para dar documentos. A menos que yo revoque esta autorización, esta autorización permanecerá en efecto por un (1) año.			
Firma del paciente (o guardián legal, si aplica) X _____		Fecha _____	
¿Tienen un plan en caso de que no sea capaz de tomar sus propias decisiones médicas? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			

Consentimiento para recibir textos y/o mensajes por correo electrónico	
Consentimiento para correo electrónico o para recordar citas por mensajes de texto y otras comunicaciones del cuidado de la salud	
Los pacientes de nuestra clínica pueden ser contactados a través de correo electrónico y / o mensajes de texto para recordarles una cita, y / o para proporcionar información/recordatorio de salud general. Si en cualquier momento que proporcione una dirección de correo electrónico o de texto en el que puedan contactarme, consiento a recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones/información de salud en esa dirección de correo electrónico o de texto de Cherokee Health Systems. Por sus iniciales abajo, consiento en recibir mensajes de texto de Cherokee Health Systems en mi teléfono celular y cualquier número desviado o transferido a ese número para recibir comunicaciones como se ha indicado anteriormente. Entiendo que esta solicitud de recibir correos electrónicos y mensajes de texto se aplicará a toda la información futura recordatorios de citas / salud a menos que solicite un cambio por escrito (véase la revocación abajo).	
Iniciales del paciente X _____	
El número de teléfono celular en que autorizo para recibir mensajes de texto y la dirección de correo electrónico, autorizo a recibir mensajes de correo electrónico con recordatorios de citas y / o recordatorios de salud / información general son los siguientes:	
Número del teléfono celular:	<u>Uso exclusivo de revocación</u> Por la presente revoco mi solicitud para recibir recordatorios de citas e información general de salud en el futuro a través de mensajes de texto. _____ Paciente /Representante del paciente Firma:
Dirección del correo electrónico:	<u>Uso exclusivo de revocación</u> Por la presente revoco mi solicitud para recibir recordatorios de citas futuras e información general de la salud a través de correo electrónico. _____ Paciente /Representante del paciente Firma:

Nombre del paciente	Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento

Información financiera

Como paciente de Cherokee Health System, usted puede ser elegible para los servicios con descuento. El dinero, o la falta de dinero, no deberían impedirle conseguir la atención que necesita. Nuestros servicios están disponibles con una base de "capacidad de pago", lo que significa que consideramos el tamaño de su ingreso familiar y tiene una tarifa nominal en base a esa información. Nosotros sólo le pedimos que nos proporcione información precisa, a continuación, ahora y en el futuro, y que si usted tiene derecho a descuentos que haga todo lo posible por pagar su cuenta más baja en el día que recibe sus servicios. Gracias por elegirnos como acompañante en el cuidado de su salud. **La prueba de ingresos es requerida para ser elegible en los descuentos.** : *Antes de que un descuento pueda ser acordado, nuestros proveedores de fondos requieren que usted proporcione una prueba escrita de su ingreso total del hogar. Es posible utilizar talones de cheques de por lo menos tres períodos consecutivos de pago, talones de cheques de beneficio, formularios W-2, una copia de su declaración de impuestos federales más recientes, o una copia de las solicitudes de cualquier otro organismo de beneficios si se incluyen en los ingresos del hogar (es decir, las solicitudes presentadas en el DHS, a las aplicaciones en Helping Hands o las tarjetas, etc.)*

Usted puede optar por rechazar el suministro de información financiera; sin embargo, no sería elegible para los servicios con descuento si decide hacerlo. Elijo rehusar de compartir mi información financiera.

Ingreso del hogar
(Incluya todos los ingresos de la persona incluida en las cuentas de abajo) :

Número de personas en su hogar:			
Fuente de Ingresos	Usted	Otros en su hogar	Total
Salarios por empleo			
Trabajador independiente			
Otras fuentes de ingreso	Usted	Otros en su hogar	Total
Seguro social			
Asistencia pública			
Pensiones			
Ingresos por alquiler			
Manutención de los hijos / pensión			
Otra (especifique)			
	Gran Total:		

Autorización para la facturación del seguro/Divulgación de información

Hay costo para todos los servicios proporcionados por Cherokee Health System (CHS). Se espera que los pacientes paguen el día en que son vistos. Las pólizas del seguro de salud podría cubrir una parte de los gastos y el personal de CHS le ayudará a hacer reclamaciones. Se espera que nos informen de los cambios en su situación familiar o de la cobertura del seguro médico. Por favor lea *autorización para la facturación del seguro / Divulgación de información en la sección de abajo, escriba el nombre de su compañía de seguros (s), y firme.*

Al firmar a continuación, autorizo a Cherokee Health System para que me ayude en la obtención de beneficios de terceros, para presentar reclamaciones de beneficios en mi nombre, y para liberar toda la información necesaria para el procesamiento de mi reclamo (s) a: *nombre de la compañía de seguros, organización de salud conductual, u otras personas que sean agentes beneficiarios.* Entiendo que dicha información puede incluir el diagnóstico, fechas de servicio, tipo de tratamiento, los resultados de las evaluaciones / valoraciones, notas de progreso reales, y otra información sobre los servicios recibidos. Este comunicado se mantendrá en efecto hasta que todas las reclamaciones presentadas en mi nombre hayan sido procesadas.

Yo autorizo y solicito el pago directo de mis beneficios del seguro de salud a Cherokee Health System. Esta autorización se aplicará a todos los servicios de salud cubiertos que recibo en la clínica. Si solicito, he recibido una copia de la escala de descuentos.

Seguro de salud primario Nombre:		Primario Seguro ID#	
Seguro de salud secundario Nombre:		Secundario Seguro ID#	
Seguro de salud terciario Nombre:		Terciario Seguro ID#	

Firma del paciente (o guardián legal, si aplica) _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____