

<b>INFORMACIÓN de paciente</b>		<b>Numero de cuenta:</b>		<b>Fecha:</b>	
Nombre Legal del Paciente			Nombre de Referido Médico		
Direccion Postal (Obligatorio)			Medico Primario:		
Ciudad/Estado/Codigo Postal:			Nombre del Empleador/Escuela:		
Tele. Casa:	Tele. Celular:	Tele. Trabajo:	Correo Electronico:		
Numero de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Estado civil:	Sexo: Masculino Femenino	
Metodo de Notificacion Preferido: <input type="checkbox"/> Correo Postal <input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> Correo Electronico					
Contacto de Emergencia:	Relacion:	Tele. Casa:	Tele. Celular:		
Responsible Party:	Relacion:	Fecha de Nacimiento:	NSS:		
Responsible Party Address:		Ciudad/Estado/Codigo Postal:	Tele.:		

<b>INFORMACION DEL SEGURO</b>			
PRIMARIA:	Nombre del empleador:	SECUNDARIA / SUPPLEMENTAL:	Nombre del empleador
# de la Poliza:	# del Grupo:	# de la Poliza:	# del Grupo:
Nombre del Abonado (Si es diferente del Paciente):		Nombre del Abonado (Si es diferente del Paciente):	
Direccion:		Direccion:	
Ciudad/Estado/Codigo Postal:		Ciudad/Estado/Codigo Postal:	
Fecha de Nacimiento de Abonado:	NSS de Abonado:	Fecha de Nacimiento de Abonado:	NSS de Abonado:

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:**

Garantizo pago a GFHS y a sus afiliados para todos los cargos por servicios prestados al paciente. Yo Entiendo que soy personalmente responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro. Autorizo el pago de las prestaciones médicas, quirúrgicas y de comportamiento, que de lo contrario tendría que pagar a mí, a GFHS para servicios prestados. Si cubiertos por Medicare o Medicaid, certifico que la información proporcionada por mí en solicitar pago bajo títulos V, XVIII o XIX de la ley de Seguridad Social es correcto.

**CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD Y LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:**

Doy mi consentimiento voluntariamente al tratamiento profesional de la salud (es decir, tratamiento físico o mental) de los médicos, proveedores de salud conductual y personal de GFHS, Inc. Doy mi consentimiento a cualquier trabajo de laboratorio necesarios, incluyendo la prueba del VIH. Soy consciente de que ni la práctica de la medicina ni la entrega de of tratamiento de salud mental/conductual son una ciencia exacta. Garantías no se han hecho a mí en cuanto a los resultados de tratamientos o exámenes por mis cuidadores. Entiendo que GFHS emplea un enfoque de "equipo base" para la prestación de asistencia sanitaria y la información de salud puede ser intercambiado entre los proveedores GFHS y miembros del personal involucrados en mi cuidado para asegurar un tratamiento adecuado planificación y adecuada atención. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida para las operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Certifico que he leído y entendido este formulario.

¿Desea obtener información sobre las directivas anticipadas?(Testamento en vida, cuidado de la salud poder notarial, etc)  Si  No

**Firma del Paciente o Autorizado:** \_\_\_\_\_ **Fecha/Hora** \_\_\_\_\_

**Asegurado el partido o garante financiero (si es diferente de antedicho):** \_\_\_\_\_ **Fecha/Hora** \_\_\_\_\_

Acuse de recibo de la notificación conjunta de prácticas de privacidad: he recibido una copia de la notificación conjunta de GFHS de prácticas de privacidad. Soy consciente de que el aviso puede ser cambiado en cualquier momento.

Puedo obtener una copia revisada de la observe lo siguiente:

- Por escrito: GFHS Privacy Officer, 200 E. Second Avenue, Gastonia, NC 28052
- En una sita de proveedor de GFHS
- <http://www.gfhs.info>

**Firma del Paciente o Autorizado:** \_\_\_\_\_ **Fecha /Hora:** \_\_\_\_\_

**Nota a Pie de Página:** Gaston Family Health Services Incorporated, Ubicado en Gastonia, North Carolina, incluye GFHS- Hudson, Bessemer City Health Care Center, Gaston Family Medical Center, Statesville Family Medicine, Helping Hands Health Center, Cherryville Health Center, Highland Health Center, Statesville Children's Clinic, Davidson Medical Ministries - Lexington, Davidson Medical Ministries - Thomasville; Afiliado: Gaston County Health Department.

**For Staff Use Only**

\_\_\_\_\_  
Witness Signature

\_\_\_\_\_  
Date / Time

- Patient refused to sign after he / she received Joint Notice of Privacy Practices and was informed that signing the form merely acknowledges that the patient actually received the notice.
- Patient was initially treated for an emergency. Patient was either: (Choose One)
- Given the notice after stabilization **Or**
  - Will be given the notice after transfer
- We were unable to obtain a written acknowledgment of receipt of the Notice of Privacy Practice because:
- An emergency existed and a signature was not possible at the time.
  - The individual refused to sign.
  - A copy was mailed with a request for a signature by return mail
  - Unable to communicate with the patient for the following reason:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Other: \_\_\_\_\_

If limited English proficient or hearing impaired, offer interpreter at no additional cost:

- Interpreter accepted \_\_\_\_\_  Interpreter Refused
- Name / Number of Person/Services Chosen/Used