



**Información del paciente:**

Centro de atención primaria: \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Núm. de Seguridad Social: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_ Lengua: \_\_\_\_\_

**Etnicidad: (marque una)**

- \_\_\_ No hispano
- \_\_\_ Hispano
- \_\_\_ No reporta/Se reúsa

**Raza: (marque una)**

- \_\_\_ Indio americano
- \_\_\_ Negro/Afroamericano
- \_\_\_ Blanco
- \_\_\_ Isla del Pacífico

- \_\_\_ Nativo de Alaska
- \_\_\_ Asiático
- \_\_\_ Nativo de Hawái
- \_\_\_ Otro
- \_\_\_ No reporta/Se reúsa

Dirección para recibir correspondencia: \_\_\_\_\_

Apartamento #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección física (si es diferente a dónde recibe correspondencia): \_\_\_\_\_

Apartamento #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono en casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Estado civil: (marque uno)**

- \_\_\_ Soltero/a
- \_\_\_ Casado/a
- \_\_\_ Viudo/a
- \_\_\_ Divorciado/a
- \_\_\_ Separado/a
- \_\_\_ Pareja

**Estudiante: (marque uno)**

- \_\_\_ Tiempo completo
- \_\_\_ Medio tiempo
- \_\_\_ No es estudiante

**Empleo: (marque uno)**

- \_\_\_ Tiempo completo
- \_\_\_ Medio tiempo
- \_\_\_ Retirado
- \_\_\_ Servicio activo
- \_\_\_ Empleado autónomo

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

**Información del padre o tutor:**

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de la farmacia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información del seguro médico:**

Nombre del plan de seguro principal: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_  
Médico de atención primaria en la tarjeta de seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del plan de seguro secundario: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_  
Médico de atención primaria en la tarjeta de seguro: \_\_\_\_\_

**Información de la persona responsable:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

***Favor de indicar aquí abajo sus preferencias para ser contactado/a:***

¿Le gustaría acceder a nuestro portal del paciente?  Sí  No  
Número telefónico de su preferencia:  Casa  Celular  Trabajo  
¿Está bien dejar mensaje?  Casa  Celular  Trabajo  
Mejor momento del día para localizarlo/a:  Mañana  Medio día  Noche  
Lenguaje de preferencia  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas le ayudan al centro de salud a recibir fondos para asegurarse que sus cuidados sean asequibles y pueden ayudar en reducir el costo de sus cuidados médicos

**Es usted: (Por favor marque todo lo que corresponda)**

\_\_\_ **Trabajador migrante**

¿Está buscando actualmente trabajo en la agricultura o en el campo?  Sí  No  
¿Su ingreso del año pasado provino principalmente del trabajo de campo?  Sí  No  
¿El ingreso de su familia viene principalmente del trabajo de campo?  Sí  No  
¿Se muda usted en busca de trabajo de campo?  Sí  No

\_\_\_ **Trabajador temporal**

¿Regresa a su estado o país natal después de la temporada de cultivos?  Sí  No

\_\_\_ **Sin casa/Viviendo en un refugio**

¿Vive en un refugio o en una vivienda de renta semanal o mensual?  Sí  No  
¿Ha vivido en el último año?  Sí  No  
¿Comparte una vivienda unifamiliar con una o más familias?  Sí  No  
¿O con más de 3 personas que no son sus familiares?  Sí  No  
¿Lo ha hecho durante el último año?  Sí  No  
¿Está viviendo ahora con una familia o con amigos mientras busca vivienda?  Sí  No

\_\_\_ **En vivienda pública**

¿Vive ahora en vivienda pública?  Sí  No  
¿Lo ha hecho en el último año?  Sí  No  
¿Vive ahora en vivienda para personas mayores?  Sí  No  
¿Lo ha hecho en el último año?  Sí  No  
¿Recibe beneficios de vivienda bajo la Sección 8?  Sí  No  
¿Lo ha hecho en el último año?  Sí  No

\_\_\_ **Veterano**

\_\_\_ **Empleado de HRHC**

\_\_\_ **Miembro del Consejo**

**¿Cómo supo de nosotros? (Por favor marque uno).**

\_\_\_ **Referido por**

Empleado  Paciente  Agente comunitario

\_\_\_ **Publicidad**

Periódico  Folleto o poster  Sitio web  Evento de HRHC

\_\_\_ **Otro**

Por favor describa:

\_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE HUDSON RIVER HEALTHCARE

**Autorización para tratamiento.** Yo autorizo a Hudson River HealthCare, Inc. (“HRHCare”) y a su personal médico, de enfermería y demás a otorgarme servicios de cuidados de salud y me proporcionen tales diagnósticos y procedimientos terapéuticos y tratamientos como, a juicio del personal médico de HRHCare, se consideren necesarios o aconsejables para mis cuidados. Esto incluye todas las pruebas de diagnóstico de rutina, incluyendo rayos equis de diagnóstico, el suministro y/o inyección de productos y medicamentos farmacéuticos y la toma de muestras de sangre para exámenes de laboratorio. Entiendo que no se me han garantizado los resultados o la efectividad de los tratamientos o pruebas realizadas por el personal de HRHCare.

**Publicación de información.** Autorizo a HRHCare para usar y divulgar mi información médica con los siguientes propósitos: (1) para proporcionar, ordenar o coordinar mis cuidados médicos; (2) hacer posible que HRHCare obtenga pago por los servicios que me proporciona; y (3) permitirle a HRHCare llevar a cabo cuidados ordinarios de salud y operaciones de negocios tales como controles de calidad, planeación de servicios y la administración general.

Estoy consciente de que el uso y la publicación de la información puede incluir información acerca de:

- VIH o SIDA
- Abuso de alcohol o drogas
- Enfermedades mentales o cualquier otra condición de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual
- Planeación familiar, embarazo y aborto
- Pruebas genéticas o enfermedades genéticas

Estoy consciente que Hudson River HealthCare puede compartir información con otros de mis proveedores médicos para tratamiento médico o con terceras personas para pagos financieros a través de medios electrónicos.

**Asignación de beneficios.** Le asigno a HRHCare todos los beneficios a los cuales tengo derecho de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y terceras personas que sean responsables financieramente del costo de los cuidados médicos y de los tratamientos proporcionados por HRHCare.

**Obligaciones financieras.** Estoy de acuerdo en que, con excepción de los límites legales o de los acuerdos de HRHCare con terceras personas responsables por el pago, en el evento de que una tercera persona a la cual le haya asignado beneficios, estoy obligado/a a pagar por todas las cantidades que sean debidas por los servicios proporcionados en las instalaciones de HRHCare, de acuerdo con las tasas y los términos de HRHCare efectivos en la fecha del servicio. También estoy de acuerdo en que soy responsable por cualquier copago, coaseguro o deducible.

**Certifico que he leído este formulario y que soy el/la paciente o que estoy debidamente autorizado por el/la paciente para actuar como su representante para la firma de este formulario y aceptar sus términos.**

Firma del paciente o de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Naturaleza de la relación con el paciente (si el paciente no firma): \_\_\_\_\_

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

**Reportes al Sistema de Información de Inmunizaciones del Estado de Nueva York.**

Aquí mismo autorizo a HRHCare para reportar cualquier inmunización que el personal médico me suministre al Sistema de Información de Inmunizaciones del Estado de Nueva York.

---

Firma del paciente

Fecha

**Reconocimiento de Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad.** Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Hudson River Healthcare (HRHCare), el cual describe cómo mi información médica puede ser usada y publicada por HRHCare y cómo puedo obtener acceso y control al uso y diseminación de esta información.

---

Firma del paciente

Fecha

Spanish

## FORMULARIO MODELO DE CONSENTIMIENTO PARA RHIO Hudson River HealthCare

En este Formulario de consentimiento, puede escoger si permite a Hudson River HealthCare tener acceso a su historia clínica a través de una red informática operada por THINC, que es parte de una red informática estatal. Esto puede ayudar a recolectar las historias clínicas que tiene en diferentes lugares donde ha sido tratado, y ponerlas a disposición de nuestra oficina de manera electrónica.

Usted puede usar este Formulario de consentimiento para decidir si permite o no a Hudson River HealthCare ver y obtener acceso a su historia clínica electrónica. Puede dar o negar su consentimiento, y puede llenar este formulario ahora o más adelante. **Su elección no afectará el que reciba atención o cobertura médica. Su elección de dar o negar su consentimiento no puede ser la base para negarle servicios médicos.**

Si marca el casillero **“DOY MI CONSENTIMIENTO”** a continuación, está diciendo “Sí, el personal de [Name of Provider Organization] involucrado en mi atención puede ver y acceder a todas mis historias clínicas a través de THINC”.

Si marca el casillero **“NO DOY MI CONSENTIMIENTO”** a continuación, está diciendo “No, Hudson River HealthCare no puede tener acceso a mi historia clínica a través de THINC para ningún propósito”.

THINC es una organización sin fines de lucro. Comparte información sobre la salud de las personas de manera electrónica y segura, para mejorar la calidad de los servicios médicos. Esta forma de compartir se denomina ehealth o tecnología de la información médica (TI médica). Para conocer más acerca de ehealth en el Estado de Nueva York, lea el folleto, “Mejor información significa mejor cuidado”. Puede consultar a Hudson River HealthCare, o ingresar al sitio web [www.ehealth4ny.org](http://www.ehealth4ny.org).

**Lea detenidamente la información al dorso de este formulario antes de tomar su decisión.**

**Sus opciones de consentimiento.** Puede llenar este formulario ahora o en el futuro. Tiene dos opciones.

- ... **DOY MI CONSENTIMIENTO para que Hudson River HealthCare acceda a TODA** mi información médica electrónica a través de THINC en relación con mis servicios médicos, incluida la atención de emergencia.
- ... **NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que Hudson River HealthCare acceda a** mi información médica electrónica a través de THINC para cualquier propósito, *incluso en una emergencia médica.*

**NOTA: A MENOS QUE MARQUE ESTE CASILLERO, la ley del Estado de Nueva York permite que las personas que lo atienden en una emergencia accedan a su historia clínica, incluidos los registros que están disponibles a través de THINC.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal en letra de imprenta  
(si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Relación del representante legal  
con el paciente (si corresponde)

## Spanish

### Detalles sobre la información del paciente en THINC y el proceso de consentimiento:

1. **Cómo será utilizada su información.** Su información médica electrónica será utilizada por Hudson River HealthCare **únicamente** para:

- Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
- Verificar si tiene seguro médico y qué nivel de cobertura.
- Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica provista a todos los pacientes.

**NOTA: La elección que realice en este Formulario de consentimiento NO permite que las compañías de seguros tengan acceso a su información con el fin de decidir si le brindan cobertura o si pagan sus facturas. Puede tomar esa decisión en un Formulario de consentimiento individual que las compañías de seguro deben usar.**

2. **Qué tipo de información sobre usted se incluye.** Si presta su consentimiento, Hudson River HealthCare podrá acceder a TODA su información médica electrónica disponible, a través de la RHIO. Esto incluye la información creada antes y después de la fecha de este Formulario de consentimiento. Su historia clínica puede incluir antecedentes de enfermedades o lesiones que ha tenido (como diabetes o una fractura), resultados de análisis (como radiografías o análisis de sangre), y listas de medicamentos que ha tomado. Esta información puede estar relacionada con problemas delicados de salud, entre los que se incluyen:

- problemas de alcohol o drogas;
- anticoncepción o aborto (planificación familiar);
- análisis o enfermedades genéticas (heredadas);
- VIH/SIDA;
- trastornos mentales;
- enfermedades de transmisión sexual.

3. **De dónde proviene su información médica.** Su información proviene de lugares que le han suministrado atención médica o cobertura médica ("Fuentes de información"). Entre ellos se incluyen hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguro, el programa Medicaid, y otras organizaciones de ehealth que intercambian información médica de manera electrónica. Una lista completa de fuentes de información está disponible en Hudson River HealthCare. Puede obtener una lista actualizada de fuentes de información en cualquier momento, ingresando al sitio web de THINC [www.thinc.org](http://www.thinc.org) o llamando al 845-896-4726.

4. **Quién puede tener acceso a su información, si usted presta su consentimiento.** Únicamente estas personas pueden acceder a su información: médicos y otros profesionales de la salud que trabajen en Hudson River HealthCare y el personal médico que esté involucrado en su atención médica; profesionales de la salud que están cubriendo a médicos de Hudson River HealthCare o que están de guardia; y miembros del personal que realizan actividades permitidas por este Formulario de consentimiento, según se describen en el párrafo uno.

5. **Sanciones por el acceso o uso inadecuado de su información.** Existen sanciones por el acceso o uso inadecuado de su información médica electrónica. Si en cualquier momento sospecha que alguien que no debería haber visto o tenido acceso a su información, lo ha hecho, llame a Hudson River HealthCare al: 914.734.8800o ingrese al sitio web de THINC: [www.thinc.org](http://www.thinc.org); o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

6. **Redivulgación de la información.** Cualquier información médica electrónica sobre usted puede ser divulgada nuevamente por Hudson River HealthCare a terceros, sólo según el alcance permitido por las leyes y regulaciones estatales y federales. Esto también se aplica para información médica sobre usted que exista en papel. Algunas leyes estatales y federales brindan protecciones especiales para algunos tipos de información médica, incluido el tratamiento contra el VIH/SIDA, el alcohol o las drogas. Se deben seguir requisitos especiales siempre que cualquier persona reciba información sensible de este tipo. La THINC y las personas que accedan a esta información a través de la THINC deben cumplir con estos requisitos.

7. **Período de vigencia.** Este formulario de consentimiento tendrá vigencia hasta el día en que usted retire su consentimiento.

8. **Cómo retirar su consentimiento.** Puede retirar su consentimiento en cualquier momento firmando un Formulario para retirar el consentimiento y entregárselo a la Hudson River HealthCare. También puede cambiar las elecciones de su consentimiento firmando un nuevo Formulario de consentimiento en cualquier momento. Puede obtener estos formularios en el sitio web de THINC [www.thinc.org](http://www.thinc.org), o llamando al 845-896-4726.

**Nota: Las organizaciones que accedan a su información médica a través de THINC durante la vigencia de su consentimiento, pueden copiar o incluir información en su historia clínica. Incluso si después usted decide retirar su consentimiento, estas no están obligadas a devolver o eliminar esta información de sus registros.**

9. **Copia del formulario.** Tiene derecho a obtener una copia de este Formulario de consentimiento luego de firmarlo.