



# MÉDICO DENTISTA OPTOMETRISTA

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



Gracias por elegir a HEALS, Inc. como el proveedor de servicios de salud para su familia

Por favor complete todas las secciones de este formulario por completo.  
Los formularios incompletos pueden retrasar o impedir la inscripción.

### Demografía

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Género: ☐ M ☐ F Identidad de género: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
 Raza/Etnia (opcional): ☐ Afroamericano ☐ Caucásico ☐ Hispánico ☐ Indio o Nativo Americano ☐ Asiático  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Escuela a la que asiste: \_\_\_\_\_  
 Nombre(s) del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Otro teléfono con el que podemos contactar: \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

Nombre de los hermanos	Fecha de nacimiento	¿Inscrito en HEALS?	¿Este niño tiene Medicaid?
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### Parte responsable

Nombre de la parte responsable (padre/tutor): \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino  
 Situación laboral: ☐ Empleado. ☐ Independiente ☐ Desempleado ☐ Jubilado ☐ Estudiante  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de contratación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_  
 Mi hijo no tiene seguro: ☐ Sí ☐ No  
 Mi hijo tiene Medicaid ☐ Sí ☐ No  
 En caso afirmativo, proporcione el número de Medicaid: \_\_\_\_\_  
 Mi hijo tiene otro seguro: \_\_\_\_\_  
 (Nombre de la empresa del seguro médico, es decir, BCBS, All Kids, United)  
 Número de seguro: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ ¿Está incluido el cuidado dental? ☐ Sí ☐ No

Escriba sus **iniciales** en la casilla de cada servicio que desee que reciba su hijo. Las casillas que se dejan en blanco significan que no da su consentimiento para ese servicio.

Servicios médicos	Servicios dentales	Servicios de Optometría	Descripción
_____	_____	_____	<p><b>Al poner sus iniciales, doy mi consentimiento</b> para que mi hijo pueda recibir servicios en cualquier Clínica HEALS <b>SIN</b> que yo esté presente. Autorizo al personal de HEALS a realizar exámenes y brindar educación al paciente. Se pueden administrar medicamentos si es necesario. Se me informará de las visitas a través de una nota o llamada telefónica. Si pone sus iniciales en esta opción, COMPLETE TODO EL FORMULARIO.</p>
_____	_____	_____	<p><b>Al poner sus iniciales, doy mi consentimiento</b> para que mi hijo pueda recibir servicios en cualquier Clínica HEALS <b>SOLO</b> conmigo presente. Autorizo al personal de HEALS a realizar exámenes y brindar educación al paciente. Se pueden administrar medicamentos si es necesario. Si pone sus iniciales en esta opción, COMPLETE TODO EL FORMULARIO.</p>

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cómo le gustaría que se pusieran en contacto con usted con respecto a citas, tratamiento y/u otra información relacionada con la atención médica de su hijo en HEALS? Por favor, marque todo lo que corresponda.

- ☐ Teléfono de casa    ☐ Teléfono del trabajo    ☐ Teléfono celular    ☐ Nota enviada a casa    ☐ Portal del paciente  
☐ Mensaje de texto    ☐ Correo electrónico.

**Exclusión de los mensajes de voz:** Si prefiere **que no dejemos un mensaje de voz** en los números que nos ha proporcionado. Inicial aquí: \_\_\_\_\_

Entiendo que toda la información en el registro de salud de mi hijo es confidencial. Doy mi consentimiento para que el personal de la clínica HEALS hable con el personal escolar apropiado sobre los registros escolares y de salud de mi hijo, la asistencia, el rendimiento académico y otra información que afecte su aprendizaje y / o comportamiento.

\_\_\_\_\_ Escriba sus **Iniciales si usted entiende y acepta.**

Autorizo a las clínicas HEALS a divulgar información sobre el tratamiento a médicos, dentistas y terceros pagadores (compañías de seguros) con el fin de obtener autorización para servicios, para facturación y por cualquier motivo de acuerdo con la práctica médica aceptable de conformidad con la ley. Autorizo que el pago se realice directamente al proveedor de servicios.

\_\_\_\_\_ Escriba sus **Iniciales si usted entiende y acepta.**

Entiendo que es mi responsabilidad (de los padres / tutores) proporcionar a HEALS copias y pruebas de todos los documentos judiciales actualizados con respecto a la custodia.

\_\_\_\_\_ Escriba sus **Iniciales si usted entiende y acepta.**

No se permiten grabaciones de audio y video. Dichas grabaciones interfieren con los tratamientos médicos y dentales y la privacidad de nuestro personal y pacientes.

\_\_\_\_\_ Escriba sus **Iniciales si usted entiende y acepta.**

**Política de inasistencia de HEALS:** Entiendo que si pierdo dos (2) citas sin previo aviso, mi cuenta será puesta en libertad condicional. Si pierdo tres (3) citas, mi hijo puede ser despedido de la práctica de HEALS.

\_\_\_\_\_ Escriba sus **Iniciales si usted entiende y acepta.**

**Política de HEALS de no presentarse para varios niños:** Entiendo que si no llevo a mis varios hijos a su cita el mismo día, no podré programar sus próximas citas para que ocurran el mismo día. También se aplica la política de no presentación anterior. Solo se pueden programar dos niños por día a la vez.

\_\_\_\_\_ Escriba sus **Iniciales si usted entiende y acepta.**

**Política de llegada tardía de HEALS:** Si llego 10 minutos o más tarde a mi cita programada, HEALS tiene derecho a reprogramar la cita de mi hijo.

\_\_\_\_\_ Escriba sus **Iniciales si usted entiende y acepta.**

**Política de cancelación de HEALS:** Entiendo que **todas las cancelaciones deben hacerse al menos 24 horas antes de la cita programada.** Si cancelo con menos de 24 horas de anticipación, contará como **la mitad (1/2) de una ausencia.** Si llego a **tres (3) ausencias**, mi hijo **puede ser expulsado** de la práctica de HEALS.

\_\_\_\_\_ Escriba sus **Iniciales si usted entiende y acepta.**

Nombre del padre o tutor que llena este formulario de inscripción: \_\_\_\_\_

**FIRME AQUÍ:** \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Portal del paciente HEALS

Obtenga acceso seguro y fácil a sus registros médicos y al personal profesional de HEALS.

#### A través del Portal del Paciente, puede:

- Ver sus resultados de laboratorio.
- Enviar mensajes al personal de HEALS
- Ver su información médica, como listas de medicamentos, listas de problemas, alergias y registros de vacunación.
- Reciba recordatorios de citas y confirme citas.

#### Importante: El Portal del Paciente no es **para emergencias.**

- Si tiene una emergencia médica, **llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana** de inmediato.
- Los mensajes enviados a través del portal solo se leen durante el horario normal de la clínica.

**Para comenzar:** Solicite su información de inicio de sesión en su próxima visita al consultorio.



## HISTORIA MÉDICA

Por favor, complete las secciones de este formulario en su totalidad.



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Primer Inicial del Segundo Nombre Apellidos

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Mes/Día/Año)

Médico de atención primaria o enfermero practicante (asignado por el seguro o el médico que su hijo ve cuando está enfermo):

Nombre del médico del niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista del niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor de los ojos: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alergias (picaduras de abejas, alimentos, medicamentos, etc.)? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor enliste:

Alergia	Fecha del 1era Exposición	Reacción (picazón, hinchazón, urticaria, anafiláctica, etc.)

¿Su hijo está tomando algún medicamento diario? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, enumere:

Nombre	Dosificación	Ruta tomada (por vía oral, inyectada, etc.)	Frecuencia

¿Su hijo es alérgico a alguno de los siguientes?

☐ Aspirina ☐ Penicilina ☐ Codeína ☐ Anestésicos locales ☐ Acrílico ☐ Metal ☐ Látex

☐ Sulfas ☐ Otros, por favor explique \_\_\_\_\_

¿Su hijo está recibiendo tratamiento actualmente por alguna condición o enfermedad? ☐ Sí ☐ No

Qué enfermedad: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo comenzó? \_\_\_\_\_

¿Su hijo nació prematuramente? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo ha estado en el hospital durante la noche o más? ☐ Sí ☐ No

Por favor, explique cuándo y por qué: \_\_\_\_\_

¿Su hijo alguna vez se ha sometido a una cirugía? ☐ Sí ☐ No

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha sido sometido a anestesia general o anestésicos locales? ☐ Sí ☐ No

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez un médico o dentista ha sugerido que su hijo tome **antibióticos** antes de ver al dentista? ☐ Sí ☐ No

Explique por qué y proporcione el nombre del médico que hace esa recomendación:

Por qué: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alguna afección genética (hereditaria)? ☐ Sí ☐ No

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación de la salud física de su hijo (a)? ☐ Yes ☐ No

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o afecciones?

Enfermedad o trastorno	Sí	Enfermedad o trastorno	Sí	Enfermedad o trastorno	Sí
TDAH	<input type="checkbox"/>	Siente que le falta el aire	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>
SIDA/VIH	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>
Anafilaxis	<input type="checkbox"/>	Problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Epilepsia / Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/>
Angina	<input type="checkbox"/>	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	Tratamientos de radiación	<input type="checkbox"/>
Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/>	Tos frecuente	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/>
Articulación artificial	<input type="checkbox"/>	Infecciones frecuentes del oído	<input type="checkbox"/>	Diálisis renal	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Infecciones oculares frecuentes	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>
Autismo	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>
Problemas de vejiga	<input type="checkbox"/>	Herpes Genital	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	Problemas de crecimiento	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno/Rinitis Alérgica	<input type="checkbox"/>	Espina bífida	<input type="checkbox"/>
Le salen moretones fácilmente	<input type="checkbox"/>	Problemas de audición	<input type="checkbox"/>	Enfermedad estomacal/intestinal	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Infarto	<input type="checkbox"/>	Accidente Cerebrovascular (Derrames)	<input type="checkbox"/>
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	Condiciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B o C	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis	<input type="checkbox"/>
Herpes labial/Fuegos labiales	<input type="checkbox"/>	Herpes / Herpes zóster	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
Trastorno cardíaco congénito	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>
Medicamento con cortisona	<input type="checkbox"/>	Urticaria o sarpullido	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/>
Problemas de desarrollo	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	Ictericia amarilla	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	Arritmia	<input type="checkbox"/>	Otros (por favor, especifique):	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Problemas renales	<input type="checkbox"/>	_____	
Toxicomanía/Drogadicción	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	_____	

Marque aquí si ninguna de las enfermedades anteriores aplica para su hijo (a) ☐

Proporcione las fechas de diagnóstico y explicaciones si responde "Sí" a cualquiera de las condiciones anteriores.

¿Su hijo ha tenido alguna enfermedad grave que no esté en la lista anterior? ☐Sí ☐No

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna inquietud o preocupación sobre la salud emocional de su hijo? ☐Sí ☐No

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría los hábitos alimenticios de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia bebe su hijo? Refrescos: \_\_\_\_/semana Jugos: \_\_\_\_/ semana Bebidas energéticas: \_\_\_\_/semana

¿Con qué frecuencia come su hijo? Dulces: \_\_\_\_/ semana Frutas: \_\_\_\_/ semana Verduras: \_\_\_\_/ semana Carnes: \_\_\_\_/ semana

¿Está su hijo al día con las vacunas relacionadas con las enfermedades de la capucha del paciente (tétanos, sarampión, paperas, etc.)?

☐ Sí ☐ No

Si tiene la edad adecuada, ¿cuál es el estado de vacunación del paciente contra el virus del papiloma humano/VPH? ☐ Vacunado ☐ No Vacunado

**FIRME AQUÍ:** \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



## HEALS EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

### **HEALS, INC. Y LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE ESTA INSTALACIÓN NO SON RESPONSABLES DE LOS DAÑOS RESULTANTES DE LA PRESTACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA O DENTAL, EXCEPTO EN EL CASO DE MALA PRAXIS.**

HEALS, Inc. brinda tratamiento médico, tratamiento dental, tratamiento de optometría, diagnóstico, asesoramiento o servicios de enfermería como parte de los servicios de una clínica médica gratuita establecida. Como clínica médica gratuita, HEALS, Inc. y los profesionales médicos y dentales que brindan atención en esta instalación no serán responsables de los daños civiles como resultado de sus actos u omisiones en la prestación de tratamiento médico, tratamiento dental, tratamiento de optometría, diagnóstico, asesoramiento o servicios de enfermería, a menos que el acto u omisión sea el resultado de la mala conducta intencional o gratuita del proveedor de atención médica autorizado.

La inmunidad de responsabilidad civil también se aplica a los profesionales médicos que proporcionan, sin honorarios ni compensación, tratamiento médico adicional, diagnóstico, asesoramiento o servicios de enfermería a un paciente tras su derivación de este centro.

La aceptación por parte de este centro de una contribución hecha por una persona que recibe servicios en este centro no constituirá una renuncia a la inmunidad.

En cualquier demanda contra HEALS, Inc. por daños civiles basados en el acto u omisión negligente de un profesional médico voluntario, la prueba de dicho acto u omisión no será suficiente para establecer la responsabilidad de HEALS, Inc. bajo la doctrina de "respondeat superior", a pesar de la inmunidad otorgada al profesional médico voluntario con respecto a cualquier acto u omisión incluido en el Código de Alabama (1975) §6-5-663 (a), a menos que se determine que dicho acto u omisión es intencional o gratuito.

Ala. Code (1975) §6-5-663.

Nombre impreso del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

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

### **FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Reconozco que se ha puesto a mi disposición una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HEALS, Inc. En relación con el Aviso, también reconozco que se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre el Aviso y su contenido. Entiendo que la versión más actualizada del Aviso se publicará y las copias estarán disponibles en cualquier momento. El texto completo que detalla nuestras prácticas de privacidad está disponible para su revisión. Le recomendamos que lo revise y lea y haga cualquier pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad.

☐ He leído y entiendo las prácticas de privacidad

Nombre impreso del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

*Este espacio esta designado solo si el paciente es mayor de 16 años*



CALENDARIO DE VACUNACIÓN DE HEALS

Es política de todos los médicos de HEALS que su hijo / hijos reciban todas las vacunas requeridas por la Academia Estadounidense de Pediatría. Esta es una política no negociable de todos los médicos de HEALS. Es nuestra política que todos los pacientes de HEALS mantengan todas las citas programadas de control de niño sano anualmente hasta los dieciocho años.

Recién nacido	Tamiz Neonatal o Prueba de detección del recién nacido	12 Meses	MMR, Varicela, Neumococo 13, Hepatitis A*
2 Meses	DTaP, IPV, Hepatitis B, HIB, Neumococo 13, Rotavirus*	15 Meses	DTaP, HIB
4 Meses	DTaP, IPV, Hepatitis B, HIB, Neumococo 13, Rotavirus*	18 Meses	Hepatitis A*
6 Meses	DTaP, IPV, Hepatitis B, HIB, Neumococo 13, Rotavirus*	4-Años	DTaP, MMR, Varicela, IPV
9 Meses	PPD	11 años en adelante	VPH*, Tdap, Meningococo*

Las siguientes vacunas no son obligatorias, pero son recomendadas por los médicos de HEALS Pediatrics:

- \*Rotavirus
- \*Hepatitis A
- \*Meningococo
- \*VPH

Si pierde tres citas de control de niño sano programadas consecutivamente, se niega a cumplir con las vacunas requeridas o abusa excesivamente de las citas programadas, su hijo o hijos serán considerados para ser expulsados de HEALS.

Acuso recibo de la política de inmunización de la oficina pediátrica de HEALS, y al registrar a mi hijo como paciente de HEALS, acepto cumplir con las vacunas requeridas.

\_\_\_\_\_ Mis **iniciales** aquí indican que he leído y entiendo el *Calendario de Vacunación de HEALS*.

### **Permiso para Compartir Información de Salud**

*Esta sección es dedicada para que la complete los pacientes que son mayores de 16 años*

Cualquier médico, personal, empleado o representante de HEALS, Inc. tiene mi permiso para discutir y / o divulgar información sobre condiciones médicas que pueden incluir síntomas, tratamientos, diagnósticos, resultados de pruebas, medicamentos o cualquier otro tipo de información de salud protegida para facilitar y coordinar mi atención y tratamiento con las siguientes personas:

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

Consentimiento para llamar: ☐ SÍ ☐ NO

Consentimiento para mensaje de texto: ☐ SÍ ☐ NO

Nombre del Padre/ Tutor Legal: \_\_\_\_\_

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

Del paciente o del Tutor legal

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_



## AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

I HEREBY RELEASE A COPY OF THE FOLLOWING PATIENT'S MEDICAL RECORDS

### HEALS, Inc.

Health Establishments  
at Local Schools

515 Sparkman Dr. NW  
Huntsville, AL. 35816

Phone: 256-428-7560

Fax: 256-428-7561

**Full Name of Patient** (Nombre del paciente): \_\_\_\_\_

Patient's Birth Date (Fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_ Chart# \_\_\_\_\_

Please provide the information about the Medical Office or Physician to whom we must request the records (Proporcione la información sobre el consultorio médico o el médico a quien debemos solicitar los registros):

Physician's name/Nombre del Médico/Práctica: \_\_\_\_\_

Phone number and Fax/Número de teléfono y Fax: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

**INFORMATION TO BE RELEASED (X)** ☐ Medical Record ☐ Psychiatric Records

**\*\*If only a portion of the medical record or Psychiatric record is required, please specify. \*\***

☐ Discharge Summary

☐ Emergency Room

☐ Laboratory Results

☐ History & Physical

☐ X-Ray Report

☐ Immunization Records

☐ Orders

☐ Operative Reports

☐ Nurses' Notes

☐ Radiology Film/Imaging

☐ Progress Notes

☐ Entire Record (Todo el Expediente)

☐ Other (Specify) \_\_\_\_\_

Information is requested by: \_\_\_\_\_, Clinic Coordinator at the HEALS Clinic. This record is requested to be released to:

**HEALS, Inc.**

**Phone: 256-428-7560**

**Fax: 256-428-7561**

**THIS RECORD IS REQUESTED FOR THE FOLLOWING REASON (X)**

ESTE REGISTRO SE SOLICITA POR LA SIGUIENTE RAZÓN:

☐ Continued Medical Care (Atención médica continua)

☐ Insurance purposes (Fines del seguro)

☐ Other (Otros).

La autorización debe estar firmada y fechada y puede ser revocada notificando a HEALS, Inc. por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una acción antes de la revocación. Este consentimiento vencerá 120 días después de la fecha a continuación o antes por mi elección, en cuyo caso este consentimiento expirará en esta fecha o evento:

Name of the parent/legal guardian/ Nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Parent or Legally Authorized Representative / Padre o representante legalmente autorizado

Relationship to the Patient: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_





# Aplicación para Descuento de Tarifas de Servicios de Salud

Proporcionar comprobante de ingresos es opcional. Sin embargo, sin él, no podemos aplicar

ningún descuento y usted será responsable del costo total de los servicios. Esta información es solo para uso UNICO DE HEALS, no compartiremos esta información con NINGUNA OTRA ORGANIZACIÓN.

Nombre del paciente:		Fecha de Nacimiento:	
Número de Seguro Social:		Edad:	Masculino Femenino
¿El paciente es un estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Nombre de la escuela:		Grado Maestro (a)
Nombre del padre/tutor #1		Número de Seguro Social de la persona #1:	
Teléfono de Casa:	Teléfono de Trabajo:	Teléfono de Celular:	
Dirección actual:	Calle	Ciudad	Estado Código postal
Condado:	¿Cuánto tiempo lleva viviendo aquí?		
Empleador del Padre/Tutor:	Fecha de contratación: (mes/día/año)		
Si está desempleado: última fecha trabajada (mes/día/año)	Razón:		
Nombre del padre/tutor #2		# de Seguro Social del Padre/Tutor #2:	
Teléfono de Casa:	Teléfono de Trabajo:	Teléfono de Celular:	
Dirección actual:	Calle	Ciudad	Estado Código postal
Condado:	¿Cuánto tiempo lleva viviendo aquí?		
Empleador del Padre/Tutor:	Fecha de contratación: (mes/día/año)		
Si está desempleado: última fecha trabajada (mes/día/año)	Razón:		
¿Estás alquilando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comprando <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Eres dueño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive con alguien y/o recibe el apoyo de alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Quién lo apoya?			
Número de personas que viven en el hogar:		¿Qué relación tienen con usted?	
Enliste las edades de <b>SUS</b> hijos y todos los menores de edad que aún viven en el hogar:			
¿Alguna vez ha solicitado SSI / Discapacidad del Seguro Social?		Fecha de la última solicitud:	

## Información para conectarlo con recursos

Por favor, marque todo lo que corresponda:

Sin hogar ☐ Sí ☐ No

Vivienda Pública ☐ Sí ☐ No

Estatus del trabajador: ☐ Migrante ☐ Estacional ☐ No migrante / estacional ☐ Me Niego a responder.

Discapacitado ☐ Sí ☐ No

Baja militar: ☐ Sí, Fecha de baja \_\_\_\_\_ ☐ No

Refugiado/Asilo político ☐ Sí ☐ No

País de origen: \_\_\_\_\_

Ingresos y Gastos

INGRESOS MENSUALES

GASTOS MENSUALES

\* Si los gastos son compartidos, enumere solo su parte que le corresponde

Tipo de ingreso	Cantidad \$	Tipo de gasto		Cantidad \$
Ingresos mensuales antes de impuestos (Padre/tutor #1)		Pago de alquiler, casa o remolque		
Ingreso neto después de impuestos (padre/tutor #1)		Pago de terrenos/lotés		
Ingresos mensuales antes de impuestos (Padre/tutor #2)		Factura de servicios	Gas	Agua
Ingreso neto después de impuestos (padre/tutor #2)		Víveres/comida	Factura telefónica	
Ingresos mensuales antes de impuestos (Padre/tutor #1 y #2)		Pago del coche	Seguro de auto	
Ingreso neto después de impuestos (padre/tutor #1 y #2)		Pago del coche	Seguro de auto	
*Dado que el paciente es un niño, enumere los		Pago de manutención de los hijos/pensión		
Monto del cheque del Seguro Social (padre/tutor #1)		Gastos de guardería / cuidado de niños		
Monto del cheque del Seguro Social (padre/tutor #2)		Préstamos educativos/universitarios		
Monto del cheque del Seguro Social (niño)		Lista de todas las primas de seguro pagadas:		
Ingresos de SSI (enumere el monto y el destinatario)		Seguro de Hospital o Emergencias		
Ingresos militares/de reserva		Seguro de casa/inquilinos		
Ingresos por discapacidad a corto y largo plazo		Seguro médico/de salud		
Monto del cheque de desempleo		Seguro estudiantil		
Monto del cheque de jubilación/pensión		Seguro de vida/entierro		
Los ingresos por alquiler reciben		Seguro contra el cáncer		
AFDC/Asistencia familiar		Gastos médicos y médicos (mensuales)		
Asistencia de la Iglesia recibida		Costos de medicamentos recetados (de bolsillo)		
INGRESOS MENSUALES TOTALES DE TODOS LOS QUE CONTRIBUYEN EN SU HOGAR:	\$	GASTOS MENSUALES TOTALES:		\$

**Declaración del solicitante:** Por la presente certifico que la información en este formulario es correcta y verdadera a mi leal saber y entender y que no se han ocultado u omitido elementos de información pertinentes de esta solicitud. También entiendo que HEALS Inc. tiene derecho a revertir su decisión con respecto a los descuentos de caridad cuando se descubre información que indica que el paciente / garantes tiene o tuvo la capacidad de pagar por sus servicios. Estoy dando HEALS, Inc.; permiso para acceder a mi archivo de crédito y proporcionar mi información financiera a aquellas compañías contratadas por HEALS, Inc. con el propósito de programas financieros o de recuperación de productos para los que pueda calificar. Si hay alguien con quien le gustaría permitirnos hablar con respecto a completar el proceso de solicitud financiera, indíquelo a continuación como persona designada en el espacio provisto.

Nombre del Padre o Tutor legal

Firma del padre o tutor legal

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

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

Documentos Necesarios

Para solicitar el descuento de honorarios, proporcione **un comprobante de ingresos actual**. La documentación debe reflejar sus **ganancias más recientes** y puede incluir uno o más de los siguientes:

- Declaración de impuestos sobre **la renta más reciente** o **formulario W-2**
- **Dos talones de pago más recientes**
- **Cheque de desempleo o declaración de beneficios más reciente**
- Comprobante de **otros ingresos del hogar** (como Seguro Social, pensión, discapacidad o manutención de los hijos)
- **Extractos bancarios** que muestran depósitos directos
- **Formulario de autodeclaración de ingresos**, solo si no hay otro comprobante de ingresos disponible

Si no se dispone de prueba de *ingresos brutos (antes de impuestos)*, los ingresos pueden estimarse **en función de la documentación de ingresos netos**.