



Formulario de Entrada

Información del paciente:

Centro de Salud: _____ Doctor de cabecera: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Prefieren que lo llamen: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Sexo: Hombre / Mujer Transexual Pronombre personal de su preferencia: _____

Núm. de Seguridad Social: ____ - ____ - ____ Idioma principal: _____

Raza: (marque todas las que aplican)

Etnia:

Indio americano o nativo de Alaska

Hispano o Latino

Asiático

No Hispano o Latino

Hawaiano nativo

No reportado / me rehusó a reportar

Negro o afroamericano

Blanco o caucásico

Otra raza

De las Islas del Pacífico

No reportado / me rehusó a reportar

Dirección para recibir correo: _____

Apartamento #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de domicilio (si es diferente de la dirección para recibir correo): _____

Apartamento #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Estado civil: (marque uno)

Estado estudiantil: (marque uno) Estado laboral: (marque uno)

Soltero

De tiempo completo

De tiempo completo

Casado

De tiempo parcial

De tiempo parcial

Viudo

No es un estudiante

Retirado

Divorciado

Servicio activo

Separado

Trabaja independientemente

Tiene pareja

Desempleado

Nombre del empleador: _____

Nombre de la escuela: _____

Información del padre o tutor:

Nombre del padre o tutor: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección: _____
Teléfono: _____

Nombre del padre o tutor: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección: _____
Teléfono: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Información de la farmacia:

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____



Información del Seguro Médico

Nombre del Plan Principal: _____ Número de póliza: _____

Médico de atención primaria en la tarjeta de seguro: _____

Nombre del Plan Secundario: _____ Número de póliza: _____

Información de la persona responsable del seguro:

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Por favor indique cómo le gustaría que nos comunicáramos con usted:

¿Le gustaría tener acceso a nuestro portal del paciente? Sí No
 Prefiere por teléfono: Casa Celular Trabajo
 ¿Está bien si dejamos un mensaje? Casa Celular Trabajo
 Mejor hora del día para comunicarnos con usted: Mañana Tarde Noche
 Idioma que prefiere: Inglés Español Otro: _____

Las siguientes preguntas le ayudan a LISH, Inc. a recibir fondos para que nos podamos asegurar de que su atención médica sea asequible.

Por favor marque todas las que aplican

___ Trabajador migrante

¿Actualmente trabaja en la agricultura o hace trabajo de campo? Sí No
 ¿Su ingreso del año pasado fue el resultado principalmente de trabajar el campo? Sí No
 ¿El ingreso de su familia viene principalmente del trabajo de campo? Sí No
 ¿Se cambia de casa frecuentemente en búsqueda de trabajo? Sí No

___ Trabajador temporal

¿Va a volver a su estado o país después de que termine la temporada de cosecha? Sí No

___ Sin hogar o vive en un albergue

¿Vive en un albergue o renta por semana o por mes? Sí No
 ¿Lo ha hecho durante el último año? Sí No
 ¿Comparte una vivienda unifamiliar con una o más familias? Sí No
 ¿O con más de 3 personas con las que no está relacionado? Sí No
 ¿Lo ha hecho durante el último año? Sí No
 ¿Está actualmente viviendo con familia o con amigos mientras busca otra vivienda? Sí No

___ En vivienda pública

¿Vive ahora en vivienda del gobierno? Sí No
 ¿Lo ha hecho durante el último año? Sí No
 ¿Vive ahora en vivienda para personas de edad avanzada? Sí No
 ¿Lo ha hecho durante el último año? Sí No
 ¿Recibe beneficios de vivienda bajo la Sección 8? Sí No
 ¿Lo ha hecho durante el último año? Sí No

Es usted (Por favor marque todas las que aplican)

___ Veterano
 ___ Empleado de LISH, Inc.
 ___ Miembro del Consejo Directivo de LISH, Inc.

¿Cómo supo de nosotros? (Por favor marque una)

___ Fue referido por
 Un empleado de LISH, Inc. Un paciente de LISH, Inc. Un agente de la comunidad

___ Anuncios
 Periódico Folleto o poster En línea Un evento de LISH, Inc.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LONG ISLAND SELECT HEALTHCARE

Consentimiento para el tratamiento. Yo autorizo a Long Island Selecta Healthcare, Inc. (“LISH, Inc.”), y a su personal médico, de enfermería y otros profesionales a que me proporcionen los servicios de cuidados médicos y me administren los procedimientos de diagnóstico y terapia y tratamientos, que a juicio del personal médico de LISH, INC., sean necesarios o aconsejables en mi caso. Esto incluye todas las pruebas de diagnóstico y procedimientos rutinarios, incluyendo rayos equis de diagnóstico, la administración y/o inyección de productos y medicamentos farmacéuticos y la extracción de sangre para exámenes de laboratorio. Entiendo que no se me han garantizado ni los resultados ni la efectividad de los tratamientos o exámenes hechos por el personal de LISH, INC.

Divulgación de información. Yo autorizo a LISH, Inc. a que use y divulgue mi información de salud con los siguientes propósitos: (1) para proporcionarme, ordenar o coordinar mi tratamiento de cuidados de salud; (2) para permitirle a LISH, Inc. a obtener pago por los servicios que me proporcione; y (3) permitirle a LISH, Inc. llevar a cabo las operaciones ordinarias de cuidados de salud y de negocios, tales como el aseguramiento de la calidad, planeación de servicios y de administración en general.

Estoy consciente que esta autorización para usar y divulgar la información puede incluir información relacionada con:

- 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 Long Island Selecta Healthcare puede compartir información con mis otros proveedores médicos para tratamiento médico o con terceras personas para pago financiero a través de medios electrónicos.

Filmando. Entiendo que las fotografías u otras imágenes de mí pueden ser grabadas para los propósitos de tratamiento y garantía de calidad de la LISH. En la medida en que tales imágenes me identifiquen, entiendo que recibirán las mismas protecciones de confidencialidad que mi otra información de salud. Reconozco que se me prohibió estrictamente filmar o grabar a cualquier paciente, médico o personal mientras estaba en LISH.

Asignación de beneficios. Yo le asigno a LISH, Inc. todos los beneficios a los cuales tengo derecho de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y terceras personas que sean responsables financieramente por el cuidado médico y tratamiento provisto por LISH, Inc.

Obligaciones. Estoy de acuerdo en que, con excepción de lo que pueda ser limitado por la ley o por acuerdos entre LISH, Inc. y terceras personas, en el caso en que las terceras personas por las que he otorgado una asignación de beneficios no paguen por lo que se me he proporcionado, yo estoy obligado/a a pagar cualquier cantidad que se deba por los servicios proporcionados en las instalaciones de LISH, Inc., de acuerdo con las tasas y términos de LISH, INC. efectivos el día del servicio. También estoy de acuerdo en que yo soy responsable por cualquier copago, coaseguro o deducible correspondiente.

Certifico que he leído este formulario y que yo soy el paciente o que estoy formalmente autorizado por el paciente como su representante de paciente para firmar 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: _____



**Long Island
Select Healthcare**

Certificación del recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad. Yo certifico que se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Long Island Selecta Healthcare (LISH, Inc.), las cuales describen cómo LISH, Inc. puede usar y divulgar mi información médica y cómo puedo obtener acceso y control a este uso y divulgación de información.

Firma del paciente

Fecha

Reportes para el Sistema de Información sobre las Inmunizaciones del Estado de Nueva York (NYS Inmunización Información Sistema.) Por medio de la presente autorizo a LISH, Inc. a reportar cualquier inmunización que su equipo médico me administre al Sistema de Información sobre las Inmunizaciones del Estado de Nueva York.

Firma del paciente

Fecha



Formulario de autorización de liberación de fotos del cliente/paciente

Propósito de la autorización: Al firmar este formulario de autorización, le estoy dando permiso a Long Island Select Healthcare, Inc. (LISH) para distribuir y compartir mi foto. Esta no es la foto en su tabla de pacientes. Esto es en caso de que te tomen una foto en otro lugar, como eventos LISH, casos de éxito de pacientes y testimonios. Compartir mi foto puede incluir la publicación de la foto en el sitio web de la empresa, así como en las páginas de medios sociales y en anuncios impresos, promociones y garantías. Acepto que voluntariamente estoy permitiendo que mi foto sea utilizada y no recibiré ningún pago financiero de Long Island Select Healthcare, Inc. por permitirles usar mi foto y permitirles usar mi información médica protegida (foto) con fines de marketing.

Componentes de mi foto: Entiendo que el uso de mi foto también puede incluir el uso de mi nombre, ubicación y otra información que proporcioné o autorice a la organización para su uso junto con mi foto. Entiendo que toda la información de salud protegida que Long Island Select Healthcare, Inc. crea y mantiene para el propósito de mi cuidado no se utilizará junto con mi foto o con fines de marketing sin autorización previa según las regulaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico y del Estado (HIPAA).

Derecho a revocar: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una solicitud por escrito a Long Island Select Healthcare, Inc. Entiendo que si elijo revocar esta autorización, entrará en vigor el día en que se revocó la autorización. Cualquier uso previo de mi foto junto con cualquier información médica protegida no estará sujeto a la revocación de la autorización. Entiendo que Long Island Select Healthcare, Inc. hará todo lo posible para eliminar mi foto del sitio web de Long Island Select Healthcare, Inc. y las páginas de redes sociales.

Al firmar a continuación, acepto y reconozco que he leído y entendido todos los elementos de la autorización para el uso de mi foto. Entiendo que esta autorización no caduca, y mi foto solo se eliminará si revoco esta autorización por escrito.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Si no es paciente, relación con el paciente: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

¿Lo sabías?

Farmacias Comunitarias



LISH se ha asociado con farmacias comunitarias para proporcionar entrega a domicilio de su medicamento. Este servicio **gratuito** está disponible para usted. Dígame a la farmacia que es un paciente de LISH y que le gustaría la entrega a domicilio de sus medicamentos. Cambiaremos sus recetas por usted. Las farmacias con las que puede ponerse en contacto incluyen las siguientes:

Medford Chemist (631) 475 -1171

Farmacia Centereach (631) 588-8911

Farmacia Brentwood (631) 273-3314

Chem Rx (516) 536-0800

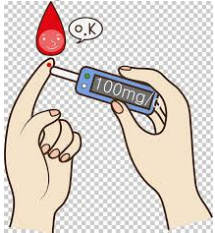
Community Care Rx (347) 561-3806

Portal Para Pacientes



Si se inscribe en un portal para pacientes, puede tener acceso a sus resultados en cualquier momento, solicitar recargas y citas, y acceder a su historial médico. Pida a un miembro de LISH que le configure un nombre de usuario y una contraseña la próxima vez que llame o visite.

Programa de Manejo de Cuidados Crónicos



Si usted tiene Medicare y dos o más condiciones crónicas (como diabetes, asma, enfermedades del corazón, etc.), usted es elegible para nuestro programa de Manejo de Cuidados Crónicos! Sin costo adicional para usted, se le asignará un representante de LISH que puede ayudarle a hacer citas, obtener las recargas que necesita y más por todo el teléfono. Entendemos que puede ser difícil realizar un seguimiento de sus necesidades de atención médica por su cuenta y queremos ayudar!

Dispensa de Alimentos



LISH ofrece una despensa de alimentos los jueves en el 159 Carleton Avenue, ubicación central de Islip. Gratis para todos, todos son bienvenidos.

Asegúrese de revisar nuestro sitio web para actualizaciones tales como fechas de ferias de salud, cierres debido a las inclemencias del tiempo, lista de seguros que tomamos, nuestros servicios, direcciones, formularios y mucho más!

www.lishcare.org