

Información del paciente			
Nombre legal:		Inicial del segundo nombre:	
Apellido		Nombre de pila	
Nombre anterior:		Nombre Preferido:	
Dirección Postal:		Apartamento: Ciudad/estado/código postal:	
Teléfono de casa:		Teléfono celular:	
		Método preferido para recibir llamadas de cortesía y otras mensajes electrónicos: <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Texto	
Dirección de correo electrónico:			Fecha de nacimiento:
Sexo listado con seguro:		Identidad de género: Más información al final de este formulario.	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero (de mujer a hombre)	
Sexo asignado al nacer:		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero (de hombre a mujer)	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Elija no revelar <input type="checkbox"/> No binario, ni exclusivamente masculino ni femenino	
		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
		Orientación sexual: Te preguntamos sobre tu orientación sexual para brindarte una atención personalizada e inclusiva. Esta información confidencial nos ayuda a respaldar mejor su salud y bienestar.	
		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Elija no revelar	
		<input type="checkbox"/> Lesbiana o homosexual <input type="checkbox"/> No sabe / Desconocido <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nº de Seguro Social:		Doctor general de familia:	
Estado civil:		Idioma de preferencia:	
		Se necesita traductor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre y relación del contacto de emergencia:		Teléfono del contacto de emergencia:	
Ubicación y nombre de farmacia preferida:			
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Rechazar		Raza:	
		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispa <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Rechazar	
		<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Información del empleador y razón por la visita:			
Nombre del empleador:			
Dirección del empleador:		Ciudad/estado/código postal:	
Teléfono del empleador:		Fax del empleador:	
Razón de la visita:			
<input type="checkbox"/> Accidente del trabajo: Fecha de la herida: _____ ¿Cómo ocurrió la herida?			
<input type="checkbox"/> Prueba de drogas <input type="checkbox"/> DOT <u>Tipo de prueba DOT:</u> <input type="checkbox"/> FMCSA <input type="checkbox"/> FTA <input type="checkbox"/> FAA <input type="checkbox"/> FRA <input type="checkbox"/> USCG <input type="checkbox"/> PHMSA <input type="checkbox"/> HHS			
Marcar tipo de prueba: <input type="checkbox"/> Non-DOT <input type="checkbox"/> Observado			
<input type="checkbox"/> Examen Físico <input type="checkbox"/> DOT <input type="checkbox"/> Non-DOT <input type="checkbox"/> Otro (describir): _____			
<input type="checkbox"/> Otros Servicios <input type="checkbox"/> Prueba de alcoholemia <input type="checkbox"/> Inmunizaciones o Vacunas <input type="checkbox"/> Trabajo de laboratorio <input type="checkbox"/> Prueba de tuberculosis <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<input type="checkbox"/> Motivo de la prueba: <input type="checkbox"/> Posterior a accidente <input type="checkbox"/> Pre-ocupacion <input type="checkbox"/> Al azar <input type="checkbox"/> Sospecha razonable <input type="checkbox"/> Regreso a la actividad/seguimiento			
<p>Certifico que he leído y estoy de acuerdo con la política de pago de Primary Health Medical Group (PHMG). Soy eligible para el seguro indicado en este formulario y entiendo que el pago es mi responsabilidad, sin importar la cobertura del seguro. Por este medio asigno a PHMG todo el dinero al que tenga derecho por concepto de gastos médicos relacionados con los servicios otorgados en un momento dado por PHMG, pero sin exceder mi deuda con ellos. Autorizo PHMG comunicar cualquier información médica a mi aseguradora o pagador tercero para facilitar el procesamiento de mis reclamos de seguro. Comprendo que, de no pagar el saldo pendiente en un plazo de 90 días a partir de la notificación de la cantidad adeudada, el asunto se turnará a un servicio de cobro externo. Un cargo de \$30 por cheque devuelto aplicará para cheques devueltos por fondos insuficientes. Elijo recibir comunicaciones de PHMG por texto o email al número o dirección indicada, incluyendo pero no limitado a comunicaciones con relación a citas, comentarios, tratamiento y pagamiento. Entiendo que los emails y textos pueden ser inseguros y hay un riesgo que pudieran ser leídos por un tercer partido. Comentarios sometidos en encuestas podrían ser compartidos anonimamente en el sitio publico de la pagina de internet de Primary Health Medical Group. Estamos obligados por el Idaho Patient Act a informarte que recibirás una factura por servicios médicos de Primary Health Medical Group, 10482 W. Carlton Bay Dr. Garden City, ID 83714. Teléfono: 208-955-6470. Si tienes trabajo de laboratorio de diagnóstico y tienes Medicare, Medicare Advantage de cualquier aseguradora, Medicaid, Aetna, Cigna, o United Health Care, puedes recibir una factura de Interpath Laboratory, PO Box 1208, Pendleton, OR 97801. Teléfono: 866-289-4093. Al firmar esto, reconoces que fuiste informado. BENEFICIARIOS DE MEDICARE: Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare se haga efectivo a PHMG. Autorizo a cualquiera que posea información médica acerca de mi persona, a revelar a CMS y sus agentes toda información necesaria para determinar tales beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Autorización para revelar al empleador: Al firmar este formulario, por la presente autorizando a PHMG a divulgar a su empleador información asociada con cualquier servicio de salud ocupacional. Esto puede incluir, entre otros, información relacionada con cualquier prueba física previa al empleo, prueba de aptitud para el trabajo, prueba de drogas exámenes de detección o cualquier otro servicio ordenado por el empleador que no esté relacionado con una lesión o enfermedad.</p>			
He revisado una copia del Aviso de Confidencialidad de Primary Health Medical Group <input type="checkbox"/>		(Iniciales) _____	
Firma del paciente/tutor legal: X _____		Fecha: _____	
<p>¿Por qué me preguntan sobre mi orientación sexual e identidad de género? Cada paciente tiene necesidades de salud únicas. Las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero suelen tener diferentes necesidades de salud. Comprender la orientación sexual y la identidad de género nos ayuda a brindar servicios de atención médica adecuados y atención culturalmente sensible a todos nuestros pacientes.</p> <p>¿Qué es la identidad de género? La identidad de género es el sentido interno que una persona tiene de su género. Por ejemplo, una persona puede considerarse masculina, femenina, una combinación de hombre y mujer o de otro género.</p> <p>¿Qué significa transgénero? Las personas transgénero tienen una identidad de género que no es la misma que su sexo al nacer.</p> <ul style="list-style-type: none"> Hombre transgénero describe a alguien asignado como mujer al nacer y que tiene una identidad de género masculina. Mujer transgénero describe a alguien asignado como hombre al nacer y que tiene una identidad de género femenina. No binario describen a alguien que tiene una identidad de género que no es ni masculina ni femenina o es una combinación de hombre y mujer. 		<p>¿Cómo elijo la información correcta? No hay respuestas correctas o incorrectas. Si no encuentra una respuesta que se ajuste, puede elegir "Otro" o "No sé/Desconocido" o puede hablar con su proveedor.</p> <p>¿Quién verá esta información? Su proveedor y otro personal asociado con su atención verán esta información y pasará a formar parte de su registro médico. Su información es confidencial y está protegida por la ley, al igual que toda su otra información de salud.</p> <p>¿Qué pasa si no quiero compartir esta información? Tiene la opción de marcar la casilla "Elija no revelar". Más adelante, su proveedor podrá hacerle estas preguntas en privado durante su visita. Puede elegir si desea compartir esta información en ese momento y/o puede hacerle más preguntas a su proveedor.</p> <p>¿Cómo se utilizará esta información? Su proveedor utilizará esta información para ayudar a satisfacer sus necesidades de atención médica. Además, recopilar esta información de todos los pacientes permite al centro de salud ver si existen brechas en la atención o los servicios entre diferentes poblaciones. Esto nos ayuda a mejorar la atención que brindamos a nuestros pacientes.</p>	

Sólo para uso de la oficina - (FRONT OFFICE)	Check-in Time:
---	-----------------------

Date/Time Contacted:	By:
----------------------	-----

Company Contact Name:	Title:
-----------------------	--------

Company Phone Number:	Company Email:
-----------------------	----------------

W/C Carrier:	Carrier Phone #:
--------------	------------------

Notes:

TRACKING INFORMATION - (BACK OFFICE)

Staff:

COC/ATF: Faxed/Mailed to MRO/Employer/TPA

Qpassport/ePassport ID #:

Fed Ex Tracking Number:

Pick-up Scheduled (write Confirmation Code):

Notes:

Occ Health service notes (optional)
--

Price	CPT Code	Service
\$		
\$		
\$		
\$		

All Occ Health services documented in Billing Notes