

Bienvenido a Brevard Health Alliance

Brevard Health Alliance, Inc. (BHA) es un centro de salud comunitario que asiste a los residentes del condado de Brevard y brinda servicios médicos integrales a todos los ciudadanos. La misión de Brevard Health Alliance, Inc. es mejorar el estado de salud de la población del condado de Brevard, con atención médica de calidad extraordinaria en un ambiente que mejora el acceso a un hogar médico de atención primaria, pediatría, salud mental y odontología. Brevard Health Alliance tiene una escala de pago que ofrece descuentos a los pacientes sin seguro médico para recibir servicios.

Es un placer para BHA que usted nos elija como su servicio de medicina familiar, pediatría, salud mental y odontología.

Si tiene preguntas o dudas sobre su atención, comuníquese con su clínica a los números de teléfono y en los horarios de oficina que se indican.

BHA cuenta con personal disponible fuera del horario de oficina y durante los fines de semana que atienden urgencias por teléfono. Comuníquese con nuestro personal de guardia al (321) 951-8463.

<input type="checkbox"/> <u>Palm Bay Clinic de BHA</u> 5270 Babcock St NE Ste #1 Palm Bay, FL 32905 Teléfono: (321) 722-5959 Fax: (321) 722-5960 Horario de atención: <i>Lunes a jueves: de 8 a 7; viernes: de 8 a 5</i>	<input type="checkbox"/> <u>Malabar Clinic de BHA</u> 775 Malabar Rd #105 Malabar, FL 32950 Teléfono: (321) 722-8435 Fax: (321) 733-0644 Horario de atención: <i>Lunes a viernes: de 9 a 6 (Medicina familiar); lunes a viernes: de 8 a 6 (Pediatría)</i>	<input type="checkbox"/> <u>Melbourne Clinic de BHA</u> 17 Silver Palm Avenue Melbourne, FL 32901 Teléfono: (321) 733-2021 Fax: (321) 727-0884 Horario de atención: <i>Lunes a jueves: de 8 a 7; viernes: de 8 a 5</i>
<input type="checkbox"/> <u>Rockledge Clinic de BHA</u> 220 Barton Blvd. Rockledge, FL 32955 Teléfono: (321) 639-5177 Fax: (321) 639-4927 Horario de atención: <i>Lunes a jueves: de 8 a 7; viernes: de 8 a 5</i>	<input type="checkbox"/> <u>Sarno Clinic de BHA</u> 2120 Sarno Road Melbourne, FL 32935 Teléfono: (321) 241-6800 Fax: (321) 241-6888 Horario de atención: <i>Lunes a jueves: de 8 a 7; viernes: de 8 a 5</i>	<input type="checkbox"/> <u>Titusville Clinic de BHA</u> 500 N Washington Ave #105 Titusville, FL 32796 Teléfono: (321) 268-0267 Fax: (321) 268-3357 Horario de atención: <i>Lunes a jueves: de 8 a 7; viernes: de 8 a 5</i>
<input type="checkbox"/> <u>Port St. John Clinic de BHA</u> 7227 N. Highway 1 Cocoa, FL 32927 Teléfono: (321) 877-2740 Fax: (321) 877-2793 Horario de atención: <i>Lunes a viernes: de 8 a 5</i>	<input type="checkbox"/> <u>Clínica móvil de BHA</u> **Para obtener información de lugares y horarios visite www.bhachc.org ** Teléfono móvil 1: (321) 914-5863 Teléfono móvil 2: (321) 914-5033	

Consulte los horarios y turnos de los sábados

www.bhachc.org

¡Estamos ansiosos por atender sus necesidades médicas!

Formulario de inscripción del paciente nuevo

Asegúrese de traer el documento de identidad con foto, carnet del seguro social y carnet de seguro médico

¿NECESITA AYUDA PARA COMUNICARSE? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Nombre Madre/Guardián legal: _____ - -
(Si el paciente es menor de edad) Apellido Primer nombre Segundo nombre NSS de la Madre/Guardián

Nombre Padre/Guardián legal: _____ - -
(Si el paciente es menor de edad) Apellido Primer nombre Segundo nombre NSS del Padre o Guardián

Dirección del paciente: _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico: _____

Si el padre tiene permiso llevar el niño al doctor/a?
 Sí No

(Si, completa la línea abajo)

Si la madre tiene permiso llevar el niño al doctor/a?
 Sí No

(Si, completa la línea arriba)

Teléfono particular: _____ - - Teléfono celular: _____ - - Teléfono laboral: _____ - -

Seguro social del paciente: _____ - - Fecha de nacimiento del paciente (*día/mes/año*): ____ / ____ / ____

Identidad de género: Hombre Transgénero Masculino/Femenino-a-Masculino Otro
 Mujer Transgénero Femenino/Masculino-a-Femenino Escojo no Divulgar

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Raza: Indio Americano/nativo de Alaska Nativo de Hawái Asiático Blanco no hispano
 Afroamericano Otros isleños del Pacifico No declarado Hispano
 Más de una raza Otro: _____

Orientación sexual: Derecho o Heterosexual Bisexual No se
 Lesbiana, gay or homosexual Otra Cosa Escojo no Divulgar

Condición de la vivienda:

Propia Alquilada Vivienda pública Sección 8 Otra: _____

Si su respuesta es OTRA, indique la condición sin hogar:

Hogar de tránsito Refugio Calle Vivienda compartida Otra: _____

¿Prestó servicios en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?: Sí No

Situación laboral:

Empleado (medio tiempo/tiempo completo) Empleado independiente Desempleado
 Persona con discapacidad Jubilado Estudiante (medio tiempo/tiempo complete)

Información acerca del empleador del paciente: _____

Nombre

Número de teléfono

Contacto de emergencia: _____

Nombre

Número de teléfono

Parentesco

Clasificación del paciente:

- Sin seguro médico, solicita Escala de pago
- Sin seguro médico, NO solicita Escala de pago
- Con seguro médico, solicita Escala de pago
- Con seguro médico, NO solicita Escala de pago *(Si pierde el seguro médico, no se registrará automáticamente en la Escala de pago)*

Certifico que la información en este formulario es verdadera y correcta, y acepto que BHA corrobore esta información. Autorizo a BHA a divulgar información a cualquier compañía de seguro o agencia federal o estatal que pueda trabajar en conjunto con el seguro que haya designado. Prometo que, como contraprestación por mi tratamiento y el de mis hijos, o el de cualquier persona a mi cargo, pagaré o asignaré el pago a BHA por los gastos de dicho tratamiento.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Parentesco: _____

Directo Otro: _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN FINANCIERA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente (día/mes/año): ____ / ____ / ____

Información del seguro médico

¿Tiene un seguro médico en la actualidad? Sí No

Compañía de seguro: _____
 N.º de asegurado: _____ N.º de grupo: _____
 Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
 N.º de seguro social del titular de la póliza: _____ - _____ - _____
 Correo electrónico del titular de la póliza: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono: _____

Asegúrese de traer lo siguiente cuando acuda a registrarse en la escala móvil de pagos:

1. Documento de identidad con foto u otro documento que compruebe que reside en el condado de Brevard.
2. Carnet del seguro social, de ser posible.
3. Constancia de ingreso bruto mensual, de los últimos 2 meses de todos los miembros del hogar, por ejemplo:
 - Recibos de sueldo
 - Seguro social
 - Estados de cuentas bancarias
 - Formularios W-2
4. Declaración federal de impuesto a las ganancias. Es necesaria la declaración más reciente del paciente para solicitar asistencia con medicamentos.

INGRESOS FAMILIARES - IMPORTE Y FRECUENCIA	FUENTE DE INGRESOS FAMILIARES (marque las opciones que correspondan)	
Por hora: \$ _____ x 2080 = \$ _____	<input type="checkbox"/> Empleo	\$ _____ por mes
Por semana: \$ _____ x 52 = \$ _____	<input type="checkbox"/> Ayuda para familias con hijos dependientes (AFDC)	\$ _____ por mes
Por mes: \$ _____ x 12 = \$ _____	<input type="checkbox"/> Seguro social	\$ _____ por mes
Otra: \$ _____ x _____ = \$ _____	<input type="checkbox"/> Seguridad de ingreso suplementario (SSI)	\$ _____ por mes
	<input type="checkbox"/> Manutención de hijos	\$ _____ por mes
	<input type="checkbox"/> Otra	\$ _____ por mes

RESIDENCIA: PROPIA ALQUILADA OTRA: _____

CANTIDAD DE FAMILIARES CONVIVIENTES: _____

NOBRE: _____	EDAD: _____	PARENTEZCO: _____
NOBRE: _____	EDAD: _____	PARENTEZCO: _____
NOBRE: _____	EDAD: _____	PARENTEZCO: _____
NOBRE: _____	EDAD: _____	PARENTEZCO: _____

Constancia de ingresos: SÍ NO (Marque las opciones que correspondan)

Declaración de impuestos Informe de sueldo Declaración del seguro social Estado de cuenta bancaria Otra: _____

Yo, _____, tengo un ingreso familiar de \$ _____,

. por semana, mes, año; no obstante, certifico que no tengo constancia alguna de dicho ingreso.

Certifico que he brindado información completa y precisa acerca de todos los ingresos y bienes familiares.

Paciente o padre/madre/tutor legal: _____ Firma _____ Fecha _____

Testigo: _____ Representante de Brevard Health Alliance _____ Fecha _____

****Honorarios a partir de \$10 por consulta médica en la escala de pagos****

Consentimiento y reconocimiento del paciente

	Inicial									
<p>1. Consentimiento a Tratamiento (Propio)</p> <p>Autorizo a los profesionales de la salud de Brevard Health Alliance (BHA) a realizar el tratamiento, recetar medicamentos y tomar fotografías a los efectos del tratamiento, y de su identificación precisa, según lo consideren necesario.</p>										
<p>2. Consentimiento a Tratamiento para otro Paciente/Menor (No Propio)</p> <p>Por el presente, como padre/madre o tutor legal del paciente, presto mi consentimiento y autorizo el tratamiento.</p> <p>Asimismo, los individuos que se mencionan a continuación pueden, en caso de que no me encuentre presente, autorizar a los médicos a observar, analizar, evaluar y brindar un tratamiento (que incluya vacunas, procedimientos quirúrgicos menores o análisis de laboratorio), de conformidad con el consentimiento prestado a los médicos por la persona indicada precedentemente y a la presente delegación de mi autoridad, y de acuerdo al criterio profesional de los médicos que atienden las necesidades médicas de mi hijo.</p> <p>Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito.</p> <p><u>Persona Autorizada a dar Consentimiento para el Tratamiento de otro Paciente/Menor:</u></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;">Nombre (en imprenta)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;">Teléfono</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;">Parentesco</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Nombre (en imprenta)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Teléfono</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Parentesco</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Nombre (en imprenta)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Teléfono</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Parentesco</td> </tr> </table>	Nombre (en imprenta)	Teléfono	Parentesco	Nombre (en imprenta)	Teléfono	Parentesco	Nombre (en imprenta)	Teléfono	Parentesco	
Nombre (en imprenta)	Teléfono	Parentesco								
Nombre (en imprenta)	Teléfono	Parentesco								
Nombre (en imprenta)	Teléfono	Parentesco								
<p>3. Estudiantes Trabajando en la Instalación</p> <p>Entiendo que Brevard Health Alliance apoya la formación de profesionales médicos y cuenta con estudiantes que pueden participar en la atención de los pacientes.</p>										
<p>4. Notificación de prácticas privadas</p> <p>Reconozco que, previa solicitud, recibiré el resumen de la notificación de prácticas privadas que describe cómo las prácticas pueden utilizar y divulgar mi información médica con el objetivo de hallar un tratamiento y efectuar pagos/recibir servicios médicos, entre otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo consultar al Oficial de cumplimiento en caso de tener preguntas o quejas. Acepto el uso y divulgación de mi información con los fines descritos en la Notificación de prácticas privadas, siempre que la legislación vigente así lo permita.</p>										
<p>5. Consentimiento de Intercambio de información de salud</p> <p>El primer Intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) les otorga a los médicos el acceso electrónico a los informes médicos más actualizados del paciente. El objetivo de este consentimiento es determinar si desea participar en el primer HIE.</p> <p><input type="checkbox"/> Inclusión voluntaria <input type="checkbox"/> Exclusión voluntaria</p> <p>Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito.</p>										
<p>6. Derechos y responsabilidades del paciente</p> <p>Reconozco que recibiré una copia de mis derechos y responsabilidades previa solicitud. Reconozco además que comprendo plenamente todos mis derechos y responsabilidades, y acepto cumplir los requisitos de BHA.</p>										
<p>7. Horario Fuera del Horario Regular y Atención de Emergencia</p> <p>Reconozco que he recibido una copia del horario de operación de cada clínica y el número telefónico del horario fuera de horario regular de "The Brevard Health Alliance, Inc." Para conseguir un proveedor de guardia en caso de una emergencia médica.</p>										

<p>8. Consentimiento de HIPAA</p> <p>No estamos autorizados a revelar información confidencial del paciente a ninguna persona, ya sea por teléfono o en persona, sin una autorización escrita. Si desea que analicemos su información médica personal con otra persona, por teléfono o en persona, complete la autorización que aparece a continuación.</p> <p>Autorizo a Brevard Health Alliance a divulgar mi información médica confidencial (PHI, por sus siglas en inglés) a la persona o personas autorizadas que se especifican a continuación. Esta información puede incluir datos acerca de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Además, puede incluir información acerca de los servicios de conducta y salud mental, y el tratamiento por consumo de drogas o alcohol.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;">Nombre (en imprenta)</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;">Número de teléfono</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;">Parentesco</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">Nombre (en imprenta)</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">Número de teléfono</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">Parentesco</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">Nombre (en imprenta)</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">Número de teléfono</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">Parentesco</td> </tr> </table>	Nombre (en imprenta)	Número de teléfono	Parentesco	Nombre (en imprenta)	Número de teléfono	Parentesco	Nombre (en imprenta)	Número de teléfono	Parentesco	
Nombre (en imprenta)	Número de teléfono	Parentesco								
Nombre (en imprenta)	Número de teléfono	Parentesco								
Nombre (en imprenta)	Número de teléfono	Parentesco								
<p>9. Declaración de derechos del paciente</p> <p>La Declaración de derechos del paciente está publicada en la recepción. Reconozco que recibiré una copia de la Declaración de derechos del paciente, previa solicitud.</p>										
<p>10. Notificación de la Política acerca de las Directivas médicas anticipadas <i>(para pacientes mayores de 18 años)</i></p> <p>Las Directivas médicas anticipadas son declaraciones legales que indican el tipo de tratamiento deseado o no deseado, en caso de que la persona no sea capaz de tomar decisiones, así como el nombre de la persona autorizada para tomar tales decisiones. Las Directivas médicas anticipadas se brindan e identifican antes de una lesión grave.</p> <p>De conformidad con la legislación federal y estatal, se le notifica que desestimaremos las Directivas médicas anticipadas en caso de que experimente una situación que atente contra su vida mientras se encuentra en una de las instalaciones de Brevard Health Alliance y lo derivaremos a un centro de asistencia superior.</p> <p>Al firmar este documento, usted acepta y reconoce que se trata de una notificación. A continuación, indique si tiene alguna Directiva médica anticipada.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo una Directiva médica anticipada.</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo una Directiva médica anticipada.</p>										
<p>11. Hogar de Salud Centrado al Paciente</p> <p>Reconozco que he recibido información sobre el modelo del hogar de salud, "The Brevard Health Alliance, Inc.", y reconozco entender que BHA es mi hogar de salud centrado al paciente.</p>										
<p>12. Mensajería Electrónica</p> <p>Yo entiendo que es posible que yo reciba mensajes de la Alianza de Brevard Health (The Brevard Health Alliance) vía telefónica, por texto y por correo electrónico. Si usted desea darse de baja en cualquier momento, favor de avisarle al personal de BHA. Puede que apliquen tarifas estándar de texto y datos.</p>										

Paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
Nombre (en imprenta)

Padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
(en caso de menor de edad) Nombre (en imprenta)

Paciente/tutor legal: _____ Testigo de BHA: _____
Firma Firma Fecha

Autorización para divulgar información médica

1. Seleccione la ubicación de la clínica (*marque una opción*):
- 5270 Babcock Street NE, Suite 1, Palm Bay, FL 32905.....(Tel.): 321-722-5959.....(Fax): 321-722-5960
 - 775 Malabar Road, Suite 105, Malabar, FL 32950..... (Tel.): 321-722-8435.....(Fax): 321-722-8486
 - 17 Silver Palm Avenue, Melbourne, FL 32901.....(Tel.): 321-733-2021.....(Fax): 321-727-0884
 - 220 Barton Blvd, Rockledge, FL 32955.....(Tel.): 321-639-5177.....(Fax): 321-639-4927
 - 500 N. Washington Avenue, Suite 105, Titusville, FL 32796.....(Tel.): 321-268-0267.....(Fax): 321-268-3357
 - 2120 Sarno Road, Melbourne, FL, 32935.....(Tel.): 321-241-6800.....(Fax): 321-241-6888
 - 7227 N. Highway 1, Cocoa, FL, 32927.....(Tel.): 321-877-2740.....(Fax): 321-877-2793
 - Mobile Clinic de BHA(Tel.): 321-914-5864.....(Tel.): 321-914-5033

2. Nombre del paciente (*en imprenta*) _____ Fecha de nacimiento (*día/mes/año*) _____

N.º de seguro social: _____

3. Por la presente, autorizo a Brevard Health Alliance (*seleccione una opción*):
- A enviar a: A recibir de:

Nombre del médico, institución o persona: _____

Dirección, N.º de suite, N.º de apartamento _____

Ciudad, estado, código postal _____

Número de teléfono _____ Número de fax _____

4. La siguiente información (**ESCRIBA SUS INICIALES**):
- | | |
|--|--|
| _____ Información e informes médicos completos | _____ Análisis de laboratorio |
| _____ Informes sobre visitas a consultorios | _____ Consumo de drogas y alcohol |
| _____ Vacunas y tablas de crecimiento | _____ Servicios de conducta y salud mental |
| _____ Informes de radiografías y diagnóstico por imágenes | |
| _____ Enfermedades de transmisión sexual (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) | |

5. Fechas del servicio: (*De*) _____ (*Para*) _____

6. Esta autorización expira después de un año de haber sido firmada. Brevard Health Alliance está autorizado a utilizar proveedores externos para realizar copias de la información y brindar toda información que sea solicitada. Por la presente, eximo a Brevard Health Alliance, sus empleados, proveedores y contratistas independientes de toda responsabilidad que surja de la divulgación de la información indicada anteriormente.
7. Entiendo que Brevard Health Alliance no divulga las historias clínicas de otros médicos, hospitales o salas de emergencia. Solicite el envío de su historia clínica a donde usted desee.
8. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si este fuera el caso, debo presentarla por escrito a Brevard Health Alliance.
9. Entiendo que la revocación no se aplicará a ninguna información que ya se haya divulgado como consecuencia de esta autorización.
10. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro en caso de que la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo contemplado en la póliza.

11. _____ Fecha _____
Firma del cliente o representante legal

_____ Fecha _____
Relación entre representante legal y el cliente

12. (***Utilice este espacio solo si el cliente revoca el consentimiento***) _____
Firma del cliente o representante legal Fecha de revocación del consentimiento por parte del cliente