



Formulario de Recualificación del Paciente Existente

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

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

Dirección del paciente: _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico: _____

Teléfono particular: ____ - ____ - ____ Teléfono celular: ____ - ____ - ____ Teléfono laboral: ____ - ____ - ____

¿Qué Farmacia prefiere que sus recetas sean llenas?

- BHA Samo Pharmacy, 2120 Samo Rd, Melbourne FL, 32935
- BHA Palm Bay Pharmacy, 5270 Babcock St NE, Palm Bay FL, 32905
- BHA Barton/Rockledge Pharmacy, 220 Barton Blvd, Rockledge FL, 32955
- BHA Titusville Pharmacy, 1537 N. Singleton Ave., Titusville FL, 32796
- Otra farmacia alternativa (nombre y ubicación): _____

Identidad de Género del Paciente: Hombre Transgénero Masculino/Femenino-a-Masculino Escojo no Divulgar
 Mujer Transgénero Femenino/Masculino-a-Femenino Otro

Orientación Sexual del Paciente:

Derecho o Heterosexual Lesbiana, gay o homosexual Otra Cosa Bisexual No se Escojo no Divulgar

Como un paciente existente de The Brevard Health Alliance, Yo doy fe que las siguientes áreas de mi formulario de registro previo necesitan ser actualizadas: (Favor marque todo aquello que ha cambiado y provea detalles en la parte de atrás de la página)

- Estado Marital
- Nombre del contacto de emergencia, número de teléfono de contacto, y relación
- Estado del Seguro (sin seguro, tipo de seguro, etc.)
- El "Ingreso de mi Hogar" o el número de miembros en mi "Hogar"
- Me han provisto previamente una autorización de "Intercambio de Información de Salud" pero yo deseo cambiar esa autorización.
- Yo he provisto previamente una autorización para "Consentimiento de Tratamiento (propio)" o "Consentimiento de Tratamiento de un Paciente (no propio)" pero deseo cambiar esa autorización.
- He sido provista en el pasado una autorización de "HIPAA" pero deseo cambiar esa autorización.
- Me han ofrecido previamente un "Resumen de-Aviso de Practicas de Privacidad" pero me gustaría obtener más información.
- He completado una autorización de Directiva Avanzada, pero deseo actualizar esa autorización.
- He sido provisto con una descripción del Modelo Medico del Hogar de BHA pero me gustaría obtener más información.
- Se me ha brindado una explicación de mis derechos y responsabilidades como paciente, sin embargo, me gustaría recibir más información.

Esta Firma representa certificado oficial a la exactitud de los cambios tal como anotados arriba y que todos los otros artículos no marcados permanecen exactos tal como en el registro previo. Cualquier de estos materiales de artículos puede ser actualizados en cualquier momento con el Departamento de Registro.

Firma del paciente o del tutor

Fecha

Representante de BHA

Fecha

Favor marque y complete los artículos que necesitan ser actualizados:

- Mi estado Marital ha cambiado y ahora es: _____
Si su nombre ha cambiado, se le va a pedir que provea su nueva tarjeta de Seguro Social e identificación.

- Mi información de "Contacto de Emergencia" ha cambiado y ahora es:

Nombre Número de Teléfono Relación al Paciente

- Mi estado de seguro de salud ha cambiado a:
 - 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)*
(Favor provea una copia de su nueva tarjeta de seguro)
- Todos los pacientes que han sido o que quieran ser incluidos en el Cuadro Tarifario de Pagos, serán incorporados de acuerdo a sus ingresos. Se requiere actualizar anualmente los ingresos económicos familiares, junto con el número de personas del círculo familiar:
(Sírvase proporcionar información complementaria sobre el ingreso y el número de personas de su familia)

INGRESOS FAMILIARES - IMPORTE Y FRECUENCIA	Solo para el Uso del Personal de BHA
Por hora: \$ _____ x 2080 = \$ _____	Nueva Determinación de SFS basada en nuevas finanzas provistas o testimonio: _____
Por semana: \$ _____ x 52 = \$ _____	
Por mes: \$ _____ x 12 = \$ _____	
Otra: \$ _____ x _____ = \$ _____	

- El número de miembros en mi hogar ahora es: _____
- Ahora tengo otro ingreso tal como Desempleo, AFDC, SSI, Manutención de Niños, Seguro Social, etc. En la cantidad de:

FUENTE DE INGRESOS FAMILIARES (marque las opciones que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Empleo	\$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> Ayuda para familias con hijos dependientes (AFDC)	\$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> Seguro social	\$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> Seguridad de ingreso suplementario (SSI)	\$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> Manutención de hijos	\$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> Otra	\$ _____ por mes

- Deseo cambiar mi elección de Consentimiento de Intercambio de Información de Salud, Consentimiento para Tratamiento Propio o de otro Paciente, Formulario HIPAA, o estatus de Directiva Avanzada. (Un Nuevo formulario se le será provisto)
- Deseo recibir más información sobre el Resumen del Aviso de Privacidad de BHA o el Modelo Medico de Hogar. (Se le brindará una hoja)

Esta firma representa un certificado oficial a la exactitud de los cambios como se señaló anteriormente.

Firma del paciente o del tutor Fecha

Representante de BHA Fecha