



DISTRITO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE PINAL  
FORMULARIO DEL REGISTRO DEL CLIENTE

**PINAL COUNTY**  
WIDE OPEN OPPORTUNITY

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Apellido:		Nombre		Inicial segundo nombre:	
Apellido de soltera u otros sobrenombres:					
Fecha de nacimiento:		Edad:	Sexo al nacer:	Masculino	Femenino
Estado Civil:		Casado(a)	Divorciado(a)	Soltero(a)	Viudo(a)
Dirección postal:				Nº de Departamento:	
Ciudad:			Estado:	Código Postal:	
Teléfono casa:		Teléfono trabajo:		Teléfono celular:	
Correo electrónico:				¿Podemos contactarle o enviar facturas a su casa?: Si No	
Preferiría que me contacte por:		Correo	Teléfono casa	Teléfono trabajo	Teléfono celular
Nombre del proveedor primario de asistencia médica (PCP):				Número de teléfono:	
Raza:		Indígena Americano o nativo de Alaska	Afroamericano/Negro	Blanco	Asiático
Etnicidad:		Hispano	No Hispano	No sabe	Idioma de Preferencia:
¿Cómo se enteró de nuestros servicios?		Amigo/comentarios	Pareja	Mensaje de texto	Llamada del Servicio de Salud
Proveedor		Sitio web del Condado	Evento de trabajo/comunidad	Escuela	Folleto/volante
					Otro: _____

**INFORMACIÓN DEL SEGURO (AHCCCS ES CONSIDERADO UN SEGURO)**

Seguro:		Ninguno	Infra seguro (no cubre el seguro)	KidsCare	AHCCCS	No sabe
		Tribu, Nativo americano/Alaska: _____		Otro: _____		
Nombre del Seguro:			Póliza Nº:		Grupo Nº:	
Apellido del titular de la póliza:			Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Nº del Seguro Social del titular de la póliza:			Relación con el asegurado: Uno mismo Cónyuge Hijo(a) Otro			
¿Podemos facturar a su seguro de salud? Si No (si contestó Si, la correspondencia puede ser enviada a su dirección postal)						
No tengo seguro y me gustaría tener información acerca de AHCCCS y de la Ley de Cuidado de Salud Asequible						

**EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre del familiar/amigo que podemos contactar:		Relación con el cliente:	Teléfono casa:	Otro teléfono:
--	--	--------------------------	----------------	----------------

**INFORMACION FINANCIERA (sólo del plan familiar)**

Ingreso total familiar anual: \$		¿Cuántas personas integran su familia, incluyéndose usted? _			
Llenado por el personal de oficina solamente:					
Directrices federales		Escala de los costos		Fuente designada para el pago	
_____ %		Sin costo Pago parcial Pago total		Título X AHCCCS Uno mismo Seguro privado Título X Rechazado	
				Otro: _____	

**FIRMA**

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo en permitir que el Distrito de Servicios de Salud Pública del Condado de Pinal brinde servicios médicos preventivos al paciente mencionado anteriormente y entiendo que algunos servicios pueden tener un costo. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los gastos, estén o no cubiertos por el seguro. La aceptación de los servicios es voluntaria y no es un requisito previo para la elegibilidad o la recepción de servicios o cualquier otro programa del solicitante. Entiendo que toda mi información médica provista en el curso de este servicio es CONFIDENCIAL, y está bajo la protección de HIPAA, y acepto que se me ha dado la información sobre mis derechos de privacidad conforme a HIPAA. Entiendo que si recibo pruebas de VIH o servicios profesionales de consulta, esa información formará parte de mi historial médico confidencial, a menos que se especifique lo contrario.  
Solo para pacientes menores (17 años y menores) Entiendo la importancia de que mis padres intervengan en la toma de decisiones referentes a la actividad sexual y el uso de anticonceptivos. Entiendo que los costos se basarán en mis ingresos si es que mis padres no participan en mi decisión. Me doy cuenta de que como menor de edad, la ley exige se reporte al Departamento de Seguridad Infantil: abusos sexuales, negligencia física, incesto, violencia sexual, coerción o agresión sexual, si existen motivos razonables para creer que he sido víctima de tal conducta. Esta es la única excepción a la protección de mi confidencialidad, a menos que se solicite mi historial médico bajo orden judicial.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Cliente/tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Nombre del tutor (Por favor escribir en letra de imprenta)*

\_\_\_\_\_  
*Relación*



## **Distrito de Servicios de Salud Pública del Condado de Pinal (PCPHSD)**

### **DERECHOS DEL PACIENTE**

Su tratamiento individual en este centro será proporcionado con dignidad, respeto y consideración.

1. Usted tiene derecho a no ser discriminado por motivos de raza, origen nacional, religión, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico; a recibir un tratamiento que respalde y respete sus elecciones, fortalezas y habilidades individuales.
2. Su privacidad será protegida. Su examen, tratamiento y discusiones con sus médicos se mantendrán confidenciales por parte de los proveedores de atención de salud participantes. Además, todas las comunicaciones y registros relacionados con su atención de salud se mantendrán en estricta confidencialidad. Usted puede aprobar o rechazar la divulgación de sus registros médicos a cualquier persona que se encuentre fuera de las instalaciones, salvo que la ley o los contratos de terceros estipulen lo contrario.
3. Usted tiene el derecho de revisar, previa solicitud, sus propios registros médicos.
4. Usted tiene derecho a participar o a que su propio representante participe en el desarrollo de, o las decisiones relacionadas con el tratamiento.
5. Usted tiene derecho a recibir asistencia de un miembro de su familia, representante u otra persona para comprender, proteger o ejercer sus derechos como paciente.
6. Usted sabrá la identidad y el título profesional de la persona(s) que le está brindando atención de salud.
7. Usted recibirá de su médico la información completa y actualizada sobre el diagnóstico, las opciones de tratamiento, las alternativas al tratamiento y el pronóstico de su enfermedad en términos que pueda comprender. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de participar en las decisiones relacionadas con su atención médica.
8. Usted tiene el derecho de rechazar el tratamiento y de estar informado de las posibles consecuencias de tal acción. Usted tiene el derecho a negarse a participar en la investigación y/o el tratamiento experimental.
9. Usted tiene el derecho a esperar una continuidad razonable de la atención, dentro de las limitaciones de los horarios de citas y médicos disponibles.
10. Si es médicamente apropiado remitirlo o transferirlo a otro proveedor de atención de salud, usted recibirá información completa y una explicación sobre la necesidad y las alternativas a dicha remisión o transferencia.
11. Tiene derecho a recibir una explicación de cualquier factura que provenga del Distrito de Servicios de Salud Pública del Condado de Pinal.

## **RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

Los pacientes tienen responsabilidades y derechos. Los pacientes pueden ayudarse a sí mismos siendo responsables de las siguientes maneras:

1. Usted es responsable de mantener sus citas en el PCPHSD. Si no puede asistir a una cita, es su responsabilidad avisarnos con al menos 24 horas de anticipación para que podamos programar a otro cliente durante ese horario.
2. Usted tiene la responsabilidad de tratar a los profesionales de la salud con respeto y consideración.
3. Usted es responsable de ser honesto y directo sobre todo lo relacionado con su atención médica. Es su responsabilidad informar a su médico acerca de cualquier cambio en su salud.
4. Usted es responsable de entender sus problemas de salud. Si usted no entiende su enfermedad o tratamiento, es su responsabilidad preguntarle a su proveedor de salud acerca de ello.
5. Es su responsabilidad informar a su médico si no puede o no desea seguir el plan de tratamiento prescrito para usted.
6. Es su responsabilidad conocer los nombres y usos de los medicamentos que está tomando.

## **PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE QUEJAS**

Usted tiene derecho a presentar quejas, formal o informalmente, sobre cualquier parte de la atención o tratamiento que reciba en el Distrito de Servicios de Salud Pública del Condado de Pinal.

Los pasos del proceso para la presentación de quejas son:

- Queja verbal al personal o al supervisor de Servicios Clínicos.
- Quejas verbales o escritas directamente a PCPHSD al 1-866-960-0633
- Si el PCPHSD no resuelve su asunto, puede enviarlo a:

Arizona Department of Health Services Public Health Licensing Services Bureau of  
Medical Facilities Licensing  
150 N. 18th Ave., Suite 450  
Phoenix, AZ 85007-3245  
602.364.3030

**He recibido una copia de los Derechos del Cliente del Distrito de Servicios de Salud Pública del Condado de Pinal.**

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_