



¡Bienvenidos a Thundermist!

Gracias por elegir Thundermist Health Center como su hogar médico centrado en el paciente. Antes de su cita, complete el paquete de paciente nuevo y el formulario de divulgación de registros médicos. Esperamos reunirnos con usted.

Puede devolver los documentos de las siguientes maneras:

Correo postal: 25 John A. Cummings Way, Attn: Document Management, Woonsocket, RI 02895

Entrega: En cualquier ubicación del Centro de Salud Thundermist

Fax: 401-235-6896 - Attn: Gestión Documental

Correo electrónico: Medicalrecords@thundermisthealth.org

Queremos brindarle algunos recordatorios importantes:

- **¿Necesitas ayuda con el seguro?** Si actualmente no tiene seguro médico o está explorando sus opciones, hable con nuestro personal. Estaremos encantados de ayudarte con el proceso de inscripción.
- **Manténganos informados de los cambios en el seguro.** Si su cobertura de seguro cambia, notifique a nuestra oficina lo antes posible. Esto nos ayuda a garantizar que sus visitas y atención se procesen correctamente y ayuda a evitar cargos inesperados.
- **Los copagos se deben pagar en el momento del servicio.** Le recordamos amablemente que cualquier copago requerido por su plan de seguro debe pagarse al registrarse para su cita. vencemos cuando se registra para su cita. Aceptamos efectivo, tarjeta de credito, cheques y agradecemos su cooperación.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con nuestra oficina al 401-767-4100. Estaremos encantados de ayudarte.

Formulario de Registro de Pacientes de Thundermist



Nombre legal del paciente: Apellido:		Nombre:	Inicial:	Nombre preferido:
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección postal (si es diferente):		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año):	Pronombres: ☐ ella ☐ él ☐ ze/zir ☐ ellos ☐ otro pronombre/especifique: _____		Número de Seguro Social:	
Teléfono de la casa: _____ ¿Se puede dejar mensaje de voz? ☐ Sí ☐ No	Teléfono celular: _____ ¿Se puede dejar mensaje de voz? ☐ Sí ☐ No		Teléfono del trabajo: _____ ¿Se puede dejar mensaje de voz? ☐ Sí ☐ No	
Correo electrónico:			Métodos de comunicación ☐ Teléfono Celular (Llamada) ☐ Teléfono Celular (Texto) ☐ Teléfono de casa ☐ Teléfono de trabajo ☐ Correo electrónico (Portal del paciente)	
¿Qué farmacia utilizan?				
Nombre: _____				
Dirección: _____				
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____				
Teléfono: _____				
¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No		¿Tiene seguro dental? ☐ Sí ☐ No		
Si otra persona es responsable de la factura, complete la siguiente información:				
Nombre: _____		Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año): _____		
Dirección: _____				
Ciudad: _____		Estado: _____ Código Postal: _____		
Teléfono de la casa: _____		Teléfono Celular: _____		
Nombre del Empleador: _____		Teléfono: _____		
Dirección: _____				
Ciudad: _____		Estado: _____ Código Postal: _____		
Contacto de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____				
Dirección: _____				
Ciudad: _____		Estado: _____ Código Postal: _____		
Teléfono de la casa: _____		Teléfono celular: _____		
Teléfono del trabajo: _____				
Empleador del paciente: _____		Teléfono: _____		
Dirección: _____				
Ciudad: _____		Estado: _____ Código Postal: _____		
¿Cómo te enteraste de Thundermist?				
☐ Amigo/Pariente ☐ Centro de Salud ☐ Radio/Televisión ☐ Proveedor/Agencia Comunitaria ☐ Sitio web/Internet ☐ Anuncios al aire libre/Vallas publicitarias ☐ Periódicos ☐ Otros _____				
¿Tiene usted una Directiva Anticipada? ☐ Testamento de vida ☐ Poder Notarial Duradero Si su respuesta es sí, por favor proporciónenos una copia para agregarla a su expediente médico.				

Formulario de Registro de Pacientes de Thundermist

Esta información es solo para fines demográficos y no afectará su atención de salud.

¿Cuáles son los ingresos de su hogar? \$ _____ ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Semanal ☐ Sin ingresos ☐ Prefiero no responder ¿A cuántas personas (incluyéndose usted) dependen de sus ingresos? _____	Situación laboral: (Marque todo lo que corresponda) ☐ Empleado/a a tiempo completo ☐ Empleado/a a tiempo parcial ☐ Estudiante a tiempo completo ☐ Estudiante a tiempo parcial ☐ Jubilado/a ☐ Desempleado/a ☐ Otros _____ Estado civil: ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ En pareja ☐ Divorciado/a ☐ Soltero/a ☐ Separado/a Es usted veterano/a: ☐ Veterano/a ☐ no un veterano/a	* Recopilamos información sobre raza y etnia para poder medir si existen brechas en los servicios para algunos grupos. Nuestro objetivo es crear programas y políticas que apoyen el acceso a atención médica de calidad para todos *¿Cómo describiría su raza? (Marque todo lo que corresponda) ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Indio Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guamaní o Chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo de Hawái ☐ Otros asiáticos ☐ Otro Isleño del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Otra Raza ☐ Más de una raza *Origen étnico: ☐ Chicano/a/x ☐ Cubano/a ☐ Hispanos o Latinos/a ☐ Mexicano/a ☐ Mexicano-Americano/a ☐ Ni hispanos o Latinos/as ☐ Puertorriqueño/a	
¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No	Idioma principal: (Marque uno) ☐ Inglés ☐ Camboyano ☐ Laosiano ☐ Portugués ☐ Lenguajes de Señas ☐ Español ☐ Vietnamita ☐ Otros _____	En los últimos 12 meses, ¿ha estado viviendo en una vivienda estable que posee, alquila o en la que permanece como parte de un hogar? ☐ Sí, viviendo en una vivienda estable ☐ No, no viviendo en una vivienda estable: ☐ calle (al aire libre, casa rodante, automovil, tienda, edificio vacío, etc.) ☐ Viviendo con otros (compartiendo habitación, etc.) ☐ Vivienda transitoria (hogar grupal, etc.) ☐ Refugio para personas sin hogar ☐ Otros ☐ Desconocido	
¿Considera que su trabajo es? ☐ Trabajo agrícola migratorio ☐ Labores agrícolas estacionales ☐ Ninguna de estas opciones ¿Cuál fue su sexo asignado al nacer? ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otros _____	Orientación sexual: ¿Se considera a usted mismo/a como: ☐ Heterosexual ☐ Gay (Homosexual) ☐ Lesbiana ☐ Bisexual ☐ Queer ☐ Otro/Por favor, describa: _____ ☐ No esta Seguro/a	¿Cuál es su identidad de género actual? ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre transgénero (de mujer a hombre) ☐ Mujer transgénero (de hombre a mujer) ☐ Genero no binario o Genderqueer ☐ Ni hombre ni mujer ☐ Otro/Por favor, especifique: _____	



Formulario de consentimiento del paciente

Por favor, lea este formulario atentamente mas ponga sus iniciales y firma donde se indique.

APELLIDO DEL PACIENTE: _____ PRIMER NOMBRE _____ MI _____

Fecha de nacimiento _____/_____/_____

Mes/ Día/ Año

Consentimiento para el tratamiento y/o terapia:

Doy mi consentimiento para el tratamiento y/o terapia para mí o mi hijo menor de edad por parte de Thundermist. Esto incluye tratamientos o servicios de rutina que se consideren necesarios para mi atención o recomendados por mi proveedor. Entiendo mis derechos como paciente y que tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento, atención, medicamentos o intervenciones según lo permita la ley. También entiendo que se me informará de cualquier riesgo asociado con el cuidado que se me brinda a mí o a mi hijo menor de edad antes de aceptar continuar. Además, reconozco que los aprendices y estudiantes pueden participar en nuestro cuidado bajo la supervisión del personal de Thundermist.

Derechos y responsabilidades del paciente:

Como paciente, entiendo que tengo derechos y responsabilidades específicos. De acuerdo con Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), Thundermist se compromete a mantenerme informado sobre sus prácticas de privacidad, que explican cómo se utiliza mi información de salud personal y las medidas tomadas para proteger mi confidencialidad. Si tengo preguntas sobre estas políticas, puedo solicitar hablar con un miembro del personal o consultar copias de los documentos de Derechos y Responsabilidades del Paciente y el Aviso de Prácticas de Privacidad en línea en <https://www.thundermisthealth.org/patient-resources/patient-forms/>. Además, la información sobre mis derechos y responsabilidades como paciente está disponible en todas las ubicaciones de Thundermist Health Center.

Consentimiento para tratamiento de telesalud:

Doy mi consentimiento para recibir servicios seguros de telesalud de mi proveedor o equipo de atención de Thundermist. Entiendo que la telesalud conlleva riesgos potenciales y ciertas limitaciones, incluyendo la imposibilidad de reunirme con mi proveedor en persona, lo cual puede afectar el proceso de evaluación y tratamiento. Entiendo que mi información de salud personal estará protegida de acuerdo con las leyes de privacidad aplicables durante las sesiones de telesalud. También reconozco que tengo derecho a retirar mi consentimiento para los servicios de telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. Reconozco que los servicios de telesalud están disponibles únicamente para pacientes que se encuentran físicamente en el estado de Rhode Island al momento del servicio. Si tengo dificultades técnicas o inquietudes sobre la telesalud, contactaré de inmediato con el equipo de atención para recibir asistencia.

Responsabilidad Financiera I Asignación de Beneficios:

Autorizo a Thundermist a enviar información de facturación a mi compañía de seguros en mi nombre y reconozco que soy financieramente responsable de todos los servicios que se me brindan a mí o a mi dependiente. Entiendo que soy responsable de pagar todas las tarifas y cargos adeudados por los servicios prestados por Thundermist que no estén cubiertos por mi seguro. Esto incluye cualquier copago, coseguro o



Formulario de consentimiento del paciente

deducible que corresponda. Si no proporciono la información necesaria a mi compañía de seguros, es posible que se me cobre el costo total de los servicios. Entiendo que tengo acceso a un programa de descuento con escala móvil de tarifas basado en mis ingresos y acepto notificar a Thundermist de inmediato sobre cualquier cambio en mi situación financiera que puede afectar mi elegibilidad.

Intercambio de información de salud:

Thundermist participa en un sistema electrónico de intercambio de información de salud (HIE), el cual nos permite acceder y compartir información médica de forma segura con otros proveedores de atención médica, incluidos hospitales, hogares de ancianos, especialistas y otras instalaciones involucradas en mi atención o la de mi hijo menor. Tenga en cuenta que cierta información de salud, como los registros de tratamiento por uso de sustancias, está protegida y requiere un consentimiento específico para ser compartida. Sin embargo, la información sobre el tratamiento de salud mental se incluye en el HIE y está sujeta a la misma opción de exclusión voluntaria que otros datos de salud. Si le preocupa compartir su información de salud mental o médica, optar por no participar en el HIE evitará que estos datos se divulguen a través del intercambio. Al dar su consentimiento a esta autorización, nos permite acceder y compartir su información de salud. Si prefiere no participar en el intercambio electrónico de información de salud, informe a un Representante de Servicio al Paciente (PSR) o a un miembro del equipo de atención que pueda ayudarle.

Servicios Confidenciales para Adolescentes:

Se alienta a los adolescentes (de 12 a 17 años) a comunicarse abiertamente con sus padres/tutores. Sin embargo, tienen derecho a recibir servicios confidenciales para lo siguiente: pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, pruebas de embarazo, asesoramiento y referencias de planificación familiar, y asesoramiento y referencias sobre uso de sustancias. Entiendo que la información relacionada con estos servicios solo se me compartirá si el adolescente da su consentimiento. Sin embargo, en ciertas situaciones que involucren riesgos graves para la salud, las leyes estatales o federales pueden requerir la divulgación de esta información a las autoridades correspondientes.

He leído la información anterior, o me la han leído y/o traducido, y entiendo y doy mi consentimiento a las políticas establecidas anteriormente.

Soy o y el:

☐ Paciente ☐ el tutor

legal/representante del paciente Nombre
en letra de imprenta

Firma del paciente o padre/tutor

Fecha



¿Cómo puedo obtener una copia de mis registros médicos?

Por favor llene el formulario de divulgación médica de información. Debe completar todo el formulario. Los formularios están disponibles en el sitio web de Thundermist, disponibles para ser enviados por correo electrónico, mensajes de texto o correo postal.

Información importante al completar el formulario. Finalidad de la divulgación – Marque la opción que mejor se adapte al motivo de la solicitud de registros. **A dónde debe enviar Thundermist sus registros:** está solicitando que Thundermist envíe registros a un centro, proveedor u hospital externo. También debe seleccionar esta opción si desea una copia de los registros de Thundermist para usted. Ingrese la información de la persona/instalación con la que Thundermist debe ponerse en contacto con respecto a los registros. (Debe incluir la información de contacto correcta para un procesamiento más rápido). Elija la opción correcta para recoger o enviar registros por correo electrónico cuando solicite copias para usted. Por favor, marque la información confidencial específica que NO desea que se divulgue si existe en el registro. Recomendamos publicar solo los dos últimos años de registros (opción Resumen). Si se necesita más información, su proveedor le pedirá que solicite registros adicionales. **SI EL FORMULARIO NO ESTÁ FIRMADO O FECHADO, NO ES VÁLIDO Y NO SE PROCESARÁ.**
. Debe completar un formulario para cada centro/proveedor.

¿Tiene preguntas sobre cómo completar este formulario?

Nuestro equipo de Registros Médicos está aquí para ayudarlo con sus preguntas. Puedes llamarnos al

401-767-4100. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m.

¿Cómo se devuelve el formulario a Thundermist?

Por favor, utilice su método de comunicación preferido. Puede devolver el formulario por correo electrónico a medicalrecords@thundermisthealth.org, enviarlo por fax al 401-235-6896 o enviarlo por correo al Departamento de Registros Médicos de Thundermist, 25 John A. Cummings Way, Woonsocket RI 02895.

(Si elige devolver el formulario por correo electrónico utilizando nuestra dirección de correo electrónico mencionada anteriormente, asegúrese de agregar documentos como archivos adjuntos claros. Si el formulario no es legible, **no podremos procesar su solicitud.**)

Las solicitudes de registros pueden tardar hasta 30 días en procesarse.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Al completar y firmar este formulario, Thundermist Health Center y sus afiliados (por ejemplo, subsidiarias, agentes, empleados) están autorizados a divulgar mi información médica protegida (PHI) a las personas o entidades que se enumeran a continuación. Por favor, rellene todas las secciones de este formulario.

Nombre del paciente: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____

Fecha de nacimiento: _____
 Número de teléfono: _____
 Código Postal: _____

Finalidad de la divulgación:

Marque la casilla correspondiente o especifique otro propósito.

- ☐ Tratamiento/Atención Continua ☐ Transferencia de Atención ☐ Legal ☐ Uso personal
☐ Determinación de Incapacidad ☐ Empleo ☐ Otro (especifique): _____

¿De dónde debería divulgar Thundermist tus registros? (Por favor, complete en su totalidad)

Para: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____

Fechas Específicas de Solicitud de Servicio(s) _____ **Para** _____

- ☐ Avances/Consultar Notas ☐ Informes de Laboratorio ☐ Informes de rayos X ☐ Registros dentales
☐ Registros de resúmenes (Resumen médico de los últimos 2 años, televisitas, informes de laboratorio, informes de rayos X, estudios especiales)
☐ Registro completo (últimos 10 años)

Thundermist Health Center no proporciona/ divulga registros de otras oficinas de atención médica. Solicítelos directamente al proveedor original.

Entiendo que mi expediente médico puede contener información que se considera confidencial según la ley. Mi(s) marca(s) de verificación a continuación indica que no permito que esta información sea divulgada o solicitada.

No incluye:

- ☐ Tratamiento para el VIH/SIDA ☐ Tratamiento de salud conductual
☐ Uso y/o tratamiento de sustancias ☐ ETS/ITS, pruebas, diagnóstico y/o tratamiento
☐ Información y/o atención para personas transgénero

A menos que marque una casilla arriba, entiendo que se divulgará la información de salud conductual y las listas de medicamentos. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito antes de que se publiquen los registros. Thundermist Health Center no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para la atención a mi decisión de firmar esta autorización.

Si el destinatario no es un proveedor de atención médica o de un plan de salud, es posible que mi información ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad. También entiendo que se me puede cobrar una tarifa por esta solicitud, según lo permita la ley.

Mi firma confirma el consentimiento para el uso o la divulgación de la PHI mencionada anteriormente. Esta autorización caduca un año a partir de la fecha de firma.

Firma del paciente:	Fecha:
o firma del representante autorizado:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta del Representante Autorizado:	Número de teléfono del representante autorizado:
Relación con la autoridad legal del paciente o representante para actuar en nombre del paciente:	

Nuestro portal del paciente permite un acceso seguro para ver, descargar y transmitir su información de salud en línea.

25 John A. Cummings Way, Woonsocket, RI 02895 A la atención de: Departamento de Registros Médicos

Teléfono: 401-767-4100 Fax: 401-235-6896



¿Cómo puedo enviar una copia de mis registros médicos?

Por favor, complete el formulario de autorización para divulgar información médica. Debe completar todo el formulario. Los formularios están disponibles en el sitio web de Thundermist, y se pueden enviar por correo electrónico, mensaje de texto o correo postal.

Información importante al completar el formulario:

- **Propósito de la solicitud:** Marque la opción que mejor describa el motivo por el cual solicita los registros.
- **De dónde debe Thundermist enviar sus registros:** Usted está solicitando que Thundermist envíe los registros a una instalación, proveedor u hospital externo. También debe seleccionar esta opción si desea una copia de los registros de Thundermist para usted mismo.
- **Ingrese la información de la persona/instalación con quien Thundermist debe comunicarse para obtener los registros.** (Debe incluir la información de contacto correcta para agilizar el proceso).
- **Marque la información sensible específica que NO desea que se obtenga,** si esta existe en su expediente
- **Recomendamos solicitar solo los últimos dos años de registros.** Si se necesita más información, su proveedor le pedirá solicitar registros adicionales.
- **SI EL FORMULARIO NO ESTÁ FIRMADO O FECHADO, ES INVÁLIDO Y NO SE PROCESARÁ.**
- Debe completar un formulario por cada centro/proveedor.

¿Tiene preguntas sobre cómo llenar este formulario?

Nuestro equipo de Registros Médicos está aquí para ayudarle. Puede llamarnos al 401-767-4100. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

¿Cómo enviar el formulario de regreso a Thundermist?

Utilice su método de comunicación preferido. Puede devolver el formulario por correo electrónico a medicalrecords@thundermisthealth.org, enviarlo por fax al **401-235-6896**, o por correo postal a: **Thundermist Medical Records Department** 25 John A. Cummings Way Woonsocket, RI 02895.

(Si decide enviar el formulario por correo electrónico utilizando la dirección indicada anteriormente, asegúrese de adjuntar los documentos como archivos claramente legibles. Si el formulario no se puede leer, **no podremos procesar su solicitud.**)

Las solicitudes de registros pueden tardar hasta 30 días en ser procesadas.

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Al completar y firmar este formulario, Thundermist Health Center y sus afiliados (por ejemplo, subsidiarias, agentes, empleados) están autorizados a divulgar mi información médica protegida (PHI) a las personas o entidades que se enumeran a continuación.

Por favor, rellene todas las secciones de este formulario.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Finalidad de la obtención:

Marque la casilla correspondiente o especifique otro propósito.

- ☐ Tratamiento/Atención Continua
 ☐ Transferencia de Atención
 ☐ Legal
 ☐ Uso personal
☐ Determinación de Incapacidad
 ☐ Empleo
 ☐ Otro (especifique): _____

¿De dónde debería obtener Thundermist tus registros? (Por favor, complete en su totalidad)

Para: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Fechas Específicas de Solicitud de Servicio(s) _____ **Para** _____

- ☐ Avances/Consultar Notas
 ☐ Informes de Laboratorio
 ☐ Informes de rayos X
 ☐ Registros dentales
☐ Registros de resúmenes (Resumen médico de los últimos 2 años, televisitas, informes de laboratorio, informes de rayos X, estudios especiales)
☐ Registro completo (últimos 10 años)

Thundermist Health Center no proporciona registros de otras oficinas de atención médica. Solicítelos directamente al proveedor original.

Entiendo que mi expediente médico puede contener información que se considera confidencial según la ley. Mi(s) marca(s) de verificación a continuación indica que no permito que esta información sea divulgada o solicitada.

No incluye:

- ☐ Tratamiento para el VIH/SIDA
 ☐ Tratamiento de salud conductual
☐ Uso y/o tratamiento de sustancias
 ☐ ETS/ITS, pruebas, diagnóstico y/o tratamiento
☐ Información y/o atención para personas transgénero

A menos que marque una casilla arriba, entiendo que se divulgará la información de salud conductual y las listas de medicamentos. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito antes de que se publiquen los registros. Thundermist Health Center no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para la atención a mi decisión de firmar esta autorización.

Si el destinatario no es un proveedor de atención médica o de un plan de salud, es posible que mi información ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad. También entiendo que se me puede cobrar una tarifa por esta solicitud, según lo permita la ley.

Mi firma confirma el consentimiento para el uso o la divulgación de la PHI mencionada anteriormente. Esta autorización caduca un año a partir de la fecha de firma.

Firma del paciente:	Fecha:
o firma del representante autorizado:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta del Representante Autorizado:	Número de teléfono del representante autorizado:
Relación con la autoridad legal del paciente o representante para actuar en nombre del paciente:	

Nuestro portal del paciente permite un acceso seguro para ver, descargar y transmitir su información de salud en línea.

25 John A. Cummings Way, Woonsocket, RI 02895 A la atención de: Departamento de Registros Médicos Teléfono: 401-767-4100 Fax: 401-235-6896