



¡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 crédito, 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 (<i>si es diferente</i>):		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año):		Pronombres: <input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> él <input type="checkbox"/> ze/zir <input type="checkbox"/> ellos <input type="checkbox"/> otro pronombre/especifique: _____	Número de Seguro Social:	
Teléfono de la casa: _____		Teléfono celular: _____	Teléfono del trabajo: _____	
¿Se puede dejar mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se puede dejar mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se puede dejar mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo electrónico: _____		Métodos de comunicación <input type="checkbox"/> Teléfono Celular (llamada) <input type="checkbox"/> Teléfono Celular (Texto) <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo <input type="checkbox"/> Correo electrónico (Portal del paciente)		
¿Qué farmacia utilizan?				
Nombre: _____				
Dirección: _____				
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____				
Teléfono: _____				
¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene seguro dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<i>Si otra persona es responsable de la factura, complete la siguiente información:</i>				
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: _____	
<i>¿Cómo te enteraste de Thundermist?</i>				
<input type="checkbox"/> Amigo/Pariente <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Radio/Televisión <input type="checkbox"/> Proveedor/Agencia Comunitaria <input type="checkbox"/> Sitio web/Internet <input type="checkbox"/> Anuncios al aire libre/Vallas publicitarias <input type="checkbox"/> Periódicos <input type="checkbox"/> Otros _____				
<i>¿Tiene usted una Directiva Anticipada?</i> <input type="checkbox"/> Testamento de vida <input type="checkbox"/> Poder Notarial Duradero				
Si su respuesta es sí, por favor proporcionenos 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? \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Sin ingresos <input type="checkbox"/> Prefiero no responder ¿A cuántas personas (incluyéndole usted) dependen de sus ingresos? _____	Situación laboral: (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Empleado/a a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado/a a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Otros _____	<i>* 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</i>	
	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a	* ¿Cómo describiría su raza? (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guamaní o Chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otros asiáticos <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Más de una raza	* Origen étnico: <input type="checkbox"/> Chicano/a/x <input type="checkbox"/> Cubano/a <input type="checkbox"/> Hispanos o Latinos/a <input type="checkbox"/> Mexicano/a <input type="checkbox"/> Mexicano-American/o/a <input type="checkbox"/> Ni hispanos o Latinos/as <input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a
	Es usted veterano/a: <input type="checkbox"/> Veterano/a <input type="checkbox"/> no un veterano/a		
¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma principal: (Marque uno) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Lenguajes de Señas <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí, viviendo en una vivienda estable <input type="checkbox"/> No, no viviendo en una vivienda estable: <input type="checkbox"/> calle (al aire libre, casa rodante, automóvil, tienda, edificio vacío, etc.) <input type="checkbox"/> Viviendo con otros (compartiendo habitación, etc.) <input type="checkbox"/> Vivienda transitoria (hogar grupal, etc.) <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido	
¿Considera que su trabajo es? <input type="checkbox"/> Trabajo agrícola migratorio <input type="checkbox"/> Labores agrícolas estacionales <input type="checkbox"/> Ninguna de estas opciones	Orientación sexual: ¿Se considera a usted mismo/a como: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay (Homosexual) <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Otro/Por favor, describa: _____ <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a	¿Cuál es su identidad de género actual? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero (de mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero (de hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Genero no binario o Genderqueer <input type="checkbox"/> Ni hombre ni mujer <input type="checkbox"/> Otro/Por favor, especifique: _____	
¿Cuál fue su sexo asignado al nacer? <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otros _____			



Formulario de consentimiento del paciente (Patient Consent Form)

Apellido del Paciente: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento para tratamiento:

Doy mi consentimiento para el tratamiento para mí o mi hijo/a menor de edad en Thundermist Health Center. Esto incluye la atención de rutina y cualquier servicio considerado necesario o recomendado por mi proveedor. Entiendo mis derechos como paciente y que puedo rechazar cualquier tratamiento, atención, medicamentos o intervenciones según lo permita la ley. Se me informará de cualquier riesgo asociado con la atención antes de aceptar continuar. Los aprendices y estudiantes pueden participar en la atención bajo la supervisión del personal de Thundermist.

Los pacientes de **16 a 18 años** pueden dar su consentimiento para recibir atención médica, y ciertos servicios también pueden ser consentidos por adolescentes **de 12 a 17 años**, según lo permita la ley estatal o federal.

Derechos y responsabilidades del paciente:

Entiendo que tengo derechos y responsabilidades específicos como paciente. Thundermist se compromete a proteger mi privacidad y mantenerme informado sobre cómo se utiliza mi información médica, de acuerdo con la ley HIPAA. Las copias de los Derechos y Responsabilidades del Paciente y el Aviso de Prácticas de Privacidad están disponibles en todas las ubicaciones de Thundermist y en línea en [Formularios para pacientes de Thundermist](#).

Consentimiento para el tratamiento de telesalud:

Doy mi consentimiento para recibir servicios seguros de telesalud de los proveedores de Thundermist. Entiendo que la telesalud puede tener riesgos y limitaciones, incluida la incapacidad de reunirse en persona, lo que puede afectar la evaluación y el tratamiento. Mi información médica personal estará protegida de acuerdo con las leyes de privacidad. Puedo retirar el consentimiento para la telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a la atención. Los servicios de telesalud están disponibles solo para pacientes ubicados físicamente en Rhode Island en el momento del servicio.

Responsabilidad financiera / Cesión de beneficios:

Autorizo a Thundermist a enviar la facturación a mi seguro en mi nombre y reconozco la responsabilidad financiera por los servicios no cubiertos por el seguro, incluidos los copagos, co-seguros o deducibles. Entiendo que se me puede facturar a la tarifa completa si la información del seguro está incompleta. También entiendo que puedo calificar para una escala de tarifas basada en los ingresos y notificaré a Thundermist de cualquier cambio que afecte la elegibilidad.

Intercambio de información de salud (HIE):

Thundermist participa en un intercambio electrónico de salud seguro, lo que permite el acceso y el intercambio de información médica con otros proveedores involucrados en la atención. Cierta información, como el tratamiento por uso de sustancias, requiere un consentimiento específico para compartirla, mientras que la información sobre el tratamiento de salud mental se incluye con una opción de exclusión. Si prefiero no participar, puedo informar a un representante de servicio al paciente o a un miembro del equipo de atención.

Declaración de consentimiento:

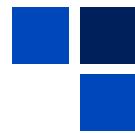
He leído este formulario, o alguien me lo ha leído o explicado, y lo entiendo. Estoy de acuerdo con las polizas descritas anteriormente.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Soy el: Paciente Padre/ tutor legal del paciente



Hola,

Thundermist presta atención a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Le escribimos para recordarle el Programa de Descuentos de Thundermist en función de la capacidad de pago, que está disponible para todos los pacientes elegibles, con o sin seguro. El programa garantiza a todos los pacientes asegurados, no asegurados o insuficientemente asegurados que puedan recibir atención sin una barrera financiera.

Para saber si puede acogerse al programa, por favor, rellene el Formulario de Elegibilidad adjunto a este mensaje, fírmelo electrónicamente y envíenoslo por correo electrónico/o envíelo. Si opta por el correo electrónico, por favor envíelo a medicalrecords@thundermisthealth.org.

Aunque estamos obligados a informarle sobre el Programa, usted no tiene que inscribirse si no lo desea. Si no desea hacerlo, simplemente haga clic en la casilla del formulario que dice que no desea inscribirse, fírmelo electrónicamente y envíenoslo por correo electrónico/o envíelo. Por favor, tenga en cuenta lo siguiente: Aunque tenga seguro, puede optar a descuentos en determinados copagos y otros honorarios.

Si necesita ayuda adicional para solicitar el Programa de Descuentos en función de la capacidad de pago o tiene más preguntas, por favor llámenos al 401-767-4100. Estaremos encantados de ayudarle. También puede encontrar información adicional en nuestro sitio web.

Saludos cordiales,

WOONSOCKET

Medical
450 Clinton St.
Woonsocket, RI 02895

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

Dental & WIC

25 John A. Cummings Way
Woonsocket, RI 02895

Dental Phone: 401-767-4161
Dental Fax: 401-767-5441

WIC Phone: 401-767-4109
WIC Fax: 401-235-6883

WEST WARWICK

Medical
186 Providence St.
West Warwick, RI 02893

Phone: 401-615-2800
Fax: 401-615-2805

Dental

5 Washington St.
West Warwick, RI 02893

Phone: 401-615-2804
Fax: 401-352-6248

SOUTH COUNTY

Medical & Dental
1 River St.
Wakefield, RI 02879

Phone: 401-783-0523
Fax: 401-783-9448

Dental Phone: 401-783-5646
Dental Fax: 401-284-2081

Pediatrics

360 Kingstown Rd.
Narragansett, RI 02882
Phone: 401-789-6492
Fax: 401-783-9448

Solo para uso de la oficina: [casilla de verificación] ¿Es la autorización para un servicio dental de fase II? S N

Si la respuesta es sí, el personal debe recopilar la verificación de ingresos.



Formulario del Programa de Descuento de Tarifa Variable

Le proporcionaremos atención, aunque no pueda pagarla. Podría ser elegible para recibir descuentos según sus ingresos y el tamaño familiar. Hay descuentos disponibles, incluso si tiene seguro.

Nombre del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento del/la paciente: _____

1. ¿Cuál es el tamaño de su familia, incluido/a usted? (Use la definición a continuación).

2. ¿Cuál es el ingreso total anual de las personas incluidas en su familia en la pregunta 1?

\$ _____ Semanal Quincenal Mensual Anual

3. Seleccione 1 (una) opción a continuación:

- Certifico que la información ingresada anteriormente es correcta a mi leal saber y entender. Acepto informarle a Thundermist si el tamaño de mi familia cambia. Entiendo que los cambios en el tamaño de mi familia o en mis ingresos podrían modificar mi elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifa Variable de Thundermist.
- No quiero participar en el Programa de Descuento de Tarifa Variable de Thundermist.

Nombre de la parte responsable en letra de imprenta (si no es el/la paciente)

Fecha

Firma de la parte responsable

Fecha

* Tamaño familiar: Incluyase e incluya a otras personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que vivan con usted. La familia también incluye a las personas que no son parientes, pero viven en la misma casa y forman parte de la familia, ya sea como dependientes o sostén de esta. Los niños y las niñas de acogida no se incluyen en el tamaño familiar.



¿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.
- **Ingresé 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, televisoras, 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
 Uso y/o tratamiento de sustancias
 Información y/o atención para personas transgénero

- Tratamiento de salud conductual
 ETS/ITS, pruebas, diagnóstico y/o tratamiento

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



Formulario de permiso para discutir

Nombre del paciente: _____ DOB: ____/____/____

Permiso para discutir

Yo, el abajo firmante, doy permiso a Thundermist Health Center para discutir mi información de salud con:

Elija la selección (seleccione todo lo que corresponda) Médico Dental Salud conductual

Nombre #1: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Nombre #2: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Elija la selección (seleccione todo lo que corresponda) Médico Dental Salud conductual

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento a través de una declaración escrita o verbal a Thundermist. Entiendo que si se revoca, se aplicará a todas las personas en este formulario.

Firma del paciente/tutor legal: _____

Nombre del paciente/tutor legal en letra de imprenta: _____

Fecha: ____/____/____