

# PROJECT ACCESS NORTHWEST

# Patient Enrollment Form / Spanish

Regrese este formulario a su clínica de cabecera. Si necesita ayuda, su clínica le puede ayudar. Project Access Northwest se pondrá en contacto con Ud. en cuanto recibamos el formulario completado y podamos concertar su cita.

## Información del paciente

NOMBRE:		APELLIDO(S):		FECHA DE NACIMIENTO	
SEXO:	<input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> OTRO	MEJOR NÚMERO DE TELÉFONO (DE DÍA)		TELÉFONO ALTERNATIVO	
PRONOMBRES:	<input type="checkbox"/> ELLA <input type="checkbox"/> EL <input type="checkbox"/> ELLE				
IDENTIDAD DE GÉNERO:		ES DE ORIGEN HISPANO, LATINO O ESPAÑOL?			
<input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO DECIRLO			
<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO		RAZA:			
<input type="checkbox"/> OTRO/NO BINARIO		<input type="checkbox"/> NEGRA <input type="checkbox"/> INDÍGENA DE HAWAII O DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> OTRO			
<input type="checkbox"/> PREFIERO NO DECIRLO		<input type="checkbox"/> INDÍGENA DE AMÉRICA O DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICA <input type="checkbox"/> BLANCA <input type="checkbox"/> PREFIERO NO DECIRLO			
DIRECCIÓN:				¿ESTA UD. SIN VIVIENDA?	
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
CIUDAD:	ESTADO:	ZIP:	DIRECCION DE EMAIL:		
¿HABLA UD. INGLÉS CONVERSACIONAL?		¿NECESITA UD. UN INTÉRPRETE PARA SUS CITAS MÉDICAS?			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI "SÍ," QUÉ IDIOMA?:			
¿CUÁLES SON LOS INGRESOS DE SU UNIDAD FAMILIAR?		¿CUÁNTA GENTE VIVE CON UD. (de los que Ud. es responsable por matrimonio, nacimiento o adopción) y son mantenidos por sus ingresos mensuales? Por favor incluyase a sí mismo. _____ PERSONA(S)			
POR FAVOR HÁGANOS SABER SU DISPONIBILIDAD PARA ASISTIR A CITAS (seleccione todas las opciones pertinentes)					
MARQUE TODAS LAS OPCIONES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
¿ESTÁ UD. DISPONIBLE PARA UNA CITA VIRTUAL?		SI "SÍ": <input type="checkbox"/> POR TELÉFONO <input type="checkbox"/> VIDEO CONFERENCIA <input type="checkbox"/> AMBOS			
¿SU CUIDADO MÉDICO ES CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN EN EL TRABAJO, ACCIDENTE DE AUTO, O LAS ACCIONES DE OTRA PERSONA?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

**SI TIENES SEGURO/ MEDICAID/ APPLE HEALTH...**

Por favor complete la sección "I"

O,

**SI NO TIENES SEGURO...**

Por favor complete la sección "II"

## I. Información de seguro médico vigente (solo para pacientes con seguro)

Por favor indique los seguros que posee. Adjunte una copia de su tarjeta de identificación para cada una.

A. AppleHealth/Provider One/Medicaid?	B. Medicare?	C. Seguro comercial o de otro tipo?
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ. Proporcione su número de identificación: # _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ

## II. Información financiera (solo para pacientes sin seguro)

Por favor adjunte una copia de la hoja de trabajo financiero de su clínica u otra documentación financiera.

## Detección de COVID-19

HA EXPERIMENTADO ALGÚN SÍNTOMA DEL COVID-19 (FALTA DE AIRE, FIEBRE, TOS)?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS, ¿HA ESTADO CERCA DE ALGUIEN QUE HA RESULTADO EN POSITIVO PARA COVID-19?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
SE HA HECHO LA PRUEBA DE COVID-19?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI ES ASÍ, CUANDO FUE LA PRUEBA? / /
		<input type="checkbox"/> POSITIVA <input type="checkbox"/> NEGATIVA
EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS HA ESTADO EN UN VUELO COMERCIAL O HA VIAJADO FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**Autorización para información de cuidado médico:** Al firmar este documento, doy mi permiso para que mi información médica y/o dental sea compartida con Project Access Northwest (PANW) según sea necesario y que PANW comparta la información de atención a la salud según sea necesario para el diagnóstico y el tratamiento de mis problemas de salud. Entiendo que mi información médica y la información de cualquier cuidado y servicio, incluyendo el coste, será proporcionado a PANW. PANW no utilizará su información de manera individual, pero lo utilizará, entre otras cosas, en su conjunto y para fines de reconocimiento.

FIRMA	FECHA
-------	-------

## Información de la red de referencias Unite Us

Project Access Northwest es parte de la red Unite Washington y Connect2 Community. Estamos asociados con otras agencias de cuidado médico y social que utilizan la tecnología de Unite Us para conectar a clientes, de la mejor forma posible, con los recursos y servicios que puedan necesitar. En esta red, los proveedores crean una referencia de su parte para que usted no se tenga que preocupar de ponerse en contacto con la organización. Más bien, la organización se pondrá en contacto con usted. Antes de crear la referencia, trabajaremos con usted para identificar los socios en la red que emparejan de la mejor manera con sus necesidades e intereses. Si tiene cualquier pregunta, por favor llame al 206-788-4204 y pregunte por Martha.

### Client Information

NOMBRE:

APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

Por favor describa su situación y sus necesidades

#### MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN:

☐ NAVEGACIÓN DE BENEFICIOS☐ EDUCACIÓN☐ AYUDA LEGAL☐ TRANSPORTE☐ ROPA Y BIENES DEL HOGAR☐ VIVIENDA☐ SALUD MENTAL☐ OTRO (EXPLIQUE EN EL APARTADO SUPERIOR)☐ AYUDA CON COMIDA☐ SUBSIDIO A LA RENTA☐ ABUSO DE DROGAS☐ ¿ES ESTA NECESIDAD EL RESULTADO DE LA PANDEMIA DEL COVID-19?

### Consentimiento para participar en la red Unite Us

Al consentir, acepta que se comparta su información con la red médica y social asociada impulsada por el software de Unite Us. Su información personal puede ser compartida de forma segura en la red de acuerdo con las leyes de privacidad para conectarle con servicios.

Este consentimiento cubre toda información compartida por usted o cualquier persona que tenga el derecho a compartirlo de su parte. Usted siempre puede limitar la información que comparte con la red, pidiendo que se elimine.

Para entender cómo se utilizará su información y cómo será guardada seguramente en la red, visite [uniteus.com/privacy](https://uniteus.com/privacy)

Si ya no desea que su información sea compartida en la red, puede mandar un email a [consent@uniteus.com](mailto:consent@uniteus.com) o pedirselo a cualquier socio de la red.

Por favor firme y ponga la fecha a continuación:

FIRMA

FECHA



200 Broadway, Suite 202 ■ Seattle, Washington 98122 ■ [www.projectaccessnw.org](http://www.projectaccessnw.org)  
Tel: 206.788.4204 ■ Fax: 206.382.3507 / 800.579.1494 ■ [info@projectaccessnw.org](mailto:info@projectaccessnw.org)

*Compartir historias de nuestros pacientes nos permite conseguir financiación, incrementar nuestra red de proveedores, atraer donantes, y proporcionar informes a nuestros donadores. Al compartir su historia, nos está ayudando a ser una organización más sólida y financieramente estable para que podamos seguir ayudando a los pacientes que lo necesiten. Gracias por su ayuda.*

## **CONSENTIMIENTO PARA VIDEO/ FOTOGRAFÍA/ENTREVISTA ACUERDO PERSONAL DE DESCARGO (EL "CONSENTIMIENTO Y DESCARGO")**

A cambio de contraprestación buena y válida, recepción y suficiencia de la cual es expresamente reconocida por mí, por el presente acto otorgo a Project Access Northwest y a su personal, contratistas afiliados, licenciarios, sucesores y cesionarios el derecho a filmar, grabar, fotografiar y/o registrar imágenes fijas y en movimiento de mí y de mi voz, así como para transcribir declaraciones dadas por mí en entrevistas personales (colectivamente el "Contenido") y por el presente acto otorgo todos los derechos en y para el Contenido, incluyendo, pero no limitado a, los derechos de autor, uso o re-uso, publicación o re-publicación, copia, exhibición o distribución del Contenido y mi nombre y otra información personal, biográfica y médica para uso interno o externo, uso educativo, publicidad o promoción, en cualquier y todos los medios de información, incluyendo, sin limitación, electrónico, digital, teledifusión, Internet y sistemas en línea, e imprimir, sin restricción, a perpetuidad, y sin compensación para mí ni otros que derivan derechos de mí. Entiendo que OA está filmando/grabando/transcribiendo el Contenido confiando en los términos y condiciones de este Consentimiento y Descargo, y he aceptado, con conocimiento y voluntariamente, todos y cada uno de dichos términos y condiciones. Entiendo que no recibiré remuneración alguna por el otorgamiento a OA del consentimiento y derechos consignados anteriormente o por la suscripción de este Consentimiento y Descargo. No demandaré a OA o a ninguna otra persona, sobre la base de un reclamo por difamación o daño a la reputación debido a que OA haya o no haya tomado o usado el Contenido o haya o no haya usado mi nombre o cualquier información sobre mí, o debido a que no me gustó el Contenido y/o la manera en que el Contenido fue tomado, transcrito o utilizado, o la manera en que mi nombre o cualquier información sobre mí fuere utilizada(o).

Reconozco que ningún uso del Contenido constituirá una invasión de privacidad o infracción de ningún derecho que pudiera tener actualmente (o en el futuro). Por el presente acto, libero a OA de cualquier reclamo o responsabilidad en relación con cualquier uso del Contenido. Por el presente acto renuncio al beneficio de cualquier disposición legal conocida como "*droit moral*" o derechos morales de autores o cualquier legislación o decisión similar o análoga en cualquier país del mundo. Represento y garantizo que tengo derecho a suscribir el presente Consentimiento y Descargo y para conceder los derechos consignados anteriormente, que este Consentimiento y Descargo constituye el entendimiento completo entre OA y yo, y que no se han hecho promesas o representaciones de ningún tipo por, o en representación de, OA para mí, salvo lo establecido en este Consentimiento y Descargo.

Este Consentimiento y Descargo sólo puede ser modificado o terminado por escrito, firmado por OA y por mí.

Por el presente acto certifico que tengo al menos 18 años de edad y pleno derecho y autoridad para otorgar, a nombre personal, los derechos y consentimientos consignados en este Consentimiento y Descargo. He leído este Consentimiento y Descargo antes de suscribirlo, y estoy completamente familiarizado con el contenido del mismo. He tenido la oportunidad de hacer que este Consentimiento y Descargo sea revisado por un asesor legal de mi propia elección, o me he abstenido voluntariamente de hacer lo anterior.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Escrito (ID #): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_