

Registro

PRC Staff only
Appt. date: _____
With _____
Time: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Género: Femenino o Masculino (*Favor de elegir uno*)

Primer Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Apellido: _____

Teléfono Principal : _____ Teléfono Alternativo: _____

¿Desea una llamada recordatoria?: Sí o No

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Condado: _____

Estado Marital: _____ Idioma Principal: _____

Raza: _____

Tiene usted correo electrónico? Sí o No

Por favor escribalo aqui: _____

Número de dependientes en el hogar: _____

Trabaja actualmente? Sí o No

Nombre de lugar de trabajo: _____

¿Tiene usted otro ingreso? Sí o No

Si lo tienes que tipo de ingreso: _____

Referido por: _____

Firma del cliente o tutor: _____ Fecha: _____

Acontinuación: Data demográfica

¿Qué te consideras ser? Me niego a contestar

- Masculino Femenina
 Transgénero (masculino a femenina) Transgénero (femenina a masculino)
 No conforme a género

¿Te consideras así? Me niego a contestar

- Heterosexual Homosexual (gay o lesbiana) Bisexual
 Pansexual Cuestionando Asexual Otro: _____

¿Eres hispano/a, Latino/a, o de origen hispano/a? Si No Me niego a contestar

En caso afirmativo, seleccione todo lo que le corresponda:

- Centroamérica Cuba Republica Dominicana Mexico Puerto Rico Sudamérica
 Otro: _____

Raza (Por favor de seleccionar lo que le aplique) Me niego a contestar

- Negro/ Afroamericano Blanco/a Indio Americano Nativo de Alaska Sur de Asia
 China Filipina Japon Korea Vietnam Otro Asiático Nativo de Hawaii
 Guameño o Chamorro Samoa Otro: _____

[Para clientes de 5 años o más] ¿Hablas otro idioma además de inglés en casa?

- Si No Me niego a contestar

Si, ¿Cuál language? _____

Level de Educación Me niego a contestar

- Menos de 12th Escuela Secundaria /GED Diploma de Tecnología Vocacional Bachiller
 Algo de colegio Graduado o título de nivel posgrado

Estado de empleo:

- Empleado a tiempo completo (35+ HORAS A LA SEMANA) Empleado, tiempo parcial
 Sin empleo pero buscando Sin empleo pero NO BUSCANDO Discapacidad Retirado
 Me niego a contestar No lo sé Otro: _____

Veterano militar: Si No Me niego a contestar N/A

Militar en servicio activo: Si No Me niego a contestar N/A

Firma del Cliente o Guardián: _____ Fecha: _____



Información del Médico de Atención Primaria

Nombre del médico: _____

Nombre de la práctica: _____

Dirección de práctica: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Condado: _____ Estado: _____

Número de teléfono de la práctica: _____

Número de fax de práctica: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Consentimiento general de adultos/AOB

Consentimiento del paciente

*Doy permiso para que se pongan en contacto conmigo y/o con mi Médico de Atención Primaria con el fin de realizar un seguimiento de la atención. He sido informado de la importancia de estos contactos como formas de mejorar la continuidad de la atención. Soy consciente de que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.

*Notificaré a Peace River Center si mi dirección o números de teléfono cambian.

*Doy mi consentimiento para que Peace River Center me provee sus servicios.

*Entiendo que debo informar a mi terapeuta principal cuando esté recibiendo otros servicios de salud mental, ya sea dentro de Peace River Center o de un profesional fuera del Centro.

*Entiendo que si ahora o en el futuro tengo un pariente que es empleado por Peace River Center es recomendable que reciba servicios a través de otro proveedor. Sin embargo, puedo solicitar y recibir servicios en Peace River Center con el entendimiento de que mi caso no recibirá privilegios especiales y será manejado siguiendo las políticas y procedimientos regulares.

*Doy mi consentimiento para que se me tome una fotografía y se guarde en mi página de la Historia Clínica Electrónica de Peace River Center.

***Doy mi consentimiento para ser contactado por los siguientes métodos:** Teléfono, correo electrónico, mensajes de texto.

Mi método preferido de comunicación es (elija uno o más): ___ Teléfono ___ Correo electrónico ___ Mensajes de texto ___ Ninguno

*Doy mi consentimiento para recibir llamadas/mensajes de texto/correo electrónico de Peace River Center para mi atención médica protegida y otros servicios a la información de contacto proporcionada, incluyendo mi número de teléfono celular. Entiendo que puede existir algún cargo de mi compañía de servicio telefónico por las llamadas y que pueden ser generadas por un sistema de llamadas automáticas.

Reconozco que he leído mis consentimientos como paciente de Peace River Center y los comprendo. ___ Sí ___ No

Reconocimiento HIPAA

Yo confirmo que se me proporcionó una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de Peace River Center para cumplir con los requisitos de HIPAA bajo 45 CFR 164.520 (c) (2) (I), y que he leído (o tenido la oportunidad de leer si así lo deseaba) y entiendo la Notificación de Prácticas de Privacidad y acepto sus términos. ___ Sí ___ No

Consentimiento para el intercambio de información sanitaria (HIE)

Peace River Center participa en un Intercambio de Información De Salud (Health Information Exchange, HIE), que permite que su información médica esté disponible y pueda ser consultada electrónicamente por proveedores de servicios de salud externos. El HIE está diseñado para proporcionar un acceso rápido a los historiales médicos con el fin de que el tratamiento sea más eficaz y eficiente. Cualquier proveedor de asistencia de salud autorizado y su equipo médico que acepten participar en el HIE pueden acceder electrónicamente a su información de salud protegida y utilizarla, si es necesario, para proporcionarle tratamiento.

La participación en el HIE es voluntaria. Se le inscribirá a menos que opte por no participar. Puede darse de baja en cualquier momento. La decisión de no participar no afectará a ninguna prestación a la que pudiera tener derecho; sin embargo, no podrá participar en un HIE.

Doy mi consentimiento para participar en los sistemas de intercambio de información de salud. Entiendo que debo proporcionar una autorización por escrito para que Peace River Center solicite y acceda a mi información médica a través del HIE. ___ Sí ___ No

DECLARACIÓN DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA

He considerado la posibilidad de permitir que mi información médica sea vista en el sistema de intercambio de información de salud en el que participa Peace River Center y he decidido OPTAR POR NO PERMITIR que la información sea vista. Al optar por no participar en el HIE, reconozco y acepto lo siguiente:

- Esta exclusión voluntaria sólo se aplica al intercambio de información de salud a través del HIE. Los proveedores de asistencia de salud pueden seguir teniendo acceso a mi información de salud utilizando otros métodos como el fax, el teléfono o el correo.
- Al optar por no participar en el HIE, mis proveedores de atención que no pertenezcan a Peace River Center NO podrán buscar mis Registros de Peace River Center a través del HIE mientras me proporcionan tratamiento.
- Entiendo que, si se ha compartido alguna información a través del HIE antes de enviar este formulario de exclusión voluntaria, esa información permanecerá con los proveedores que accedieron a ella antes de que estuviera en efecto esta exclusión voluntaria.

Mi elección de no participar en el HIE permanecerá vigente hasta que notifique al Centro Peace River y complete un consentimiento para participar en el HIE, lo que puedo hacer en cualquier momento.

Derechos y privilegios del paciente

Como paciente de Peace River Center usted tiene los siguientes derechos:

1. Derecho al respeto y la dignidad en todo momento.
2. Derecho a recibir un tratamiento de calidad.
3. Derecho a un acceso imparcial al tratamiento, independientemente de la raza, el sexo, la discapacidad, la edad o la etnicidad.
4. Derecho a recibir un tratamiento individualizado, dentro del entorno menos restrictivo. El tratamiento incluirá un plan de tratamiento individualizado que se revisará al menos cada 6 meses.
5. Derecho a disponer de personal clínico profesional cualificado, competente y con experiencia para aplicar y supervisar mi plan de tratamiento.
6. Derecho a presentar una queja si considero que mi terapeuta no actúa en mi nombre.
7. El derecho a ser informado por mi médico o consejero sobre cualquier procedimiento para retenerme involuntariamente.
8. Derecho a acceder a mi historial clínico.
9. El derecho a estar libre de negligencia, explotación y abuso verbal, mental, físico o sexual mientras recibo atención, tratamiento o servicios.
10. El derecho a la estricta confidencialidad de toda la información sobre mí salvo en las siguientes excepciones:
 - a. Cuando exista una amenaza de hacerme daño personal o daño a otra persona.
 - b. Cuando exista la sospecha o conocimiento de abuso (niños, ancianos, discapacitados, etc.)
 - c. Cuando exista una orden de la corte o sea requerida por la ley.
 - d. Cuando exista una urgencia médica.

*Entiendo que estas excepciones son obligatorias por ley.

*Por la presente reconozco que he leído mis derechos y privilegios como paciente de Peace River Center y que los entiendo.

*Entiendo que tengo derecho a denunciar cualquier violación de mis derechos como paciente al número gratuito del Registro de Abusos que aparece en la lista: **Registro de Abusos: 1-800-96-ABUSE**

*Comprendo mis derechos y privilegios ___ Sí ___ No

Citas perdidas

Todas las citas deben ser canceladas 24 horas antes del día y hora de la cita. Si usted no cumple y no cancela las citas que no puede atender, usted no podrá tener citas planeadas y tendrá que venir como paciente sin una cita.

Servicios facturables

Todos los servicios son facturables. Es posible que la persona que registra sus servicios no este informada de todos los servicios prestados el día de su cita hasta que el terapeuta o doctor rellene los formularios necesarios y facture los servicios. Estos servicios suministrados aparecerán en su siguiente estado de cuenta y deberá ser pagado con vencimiento en la fecha que se recibe la cuenta.

Acuerdo financiero

En consideración a los servicios que se prestarán al cliente, me comprometo individualmente a pagar la cuenta del cliente a las tarifas indicadas en la lista de precios de Peace River Center (PRC) (conocida como "Charge Master") en la fecha en que se procese el cargo por el servicio prestado, tarifas que por la presente se incorporan expresamente por referencia como el término de precios de este acuerdo de pago de la cuenta del cliente. Algunos artículos especiales se tarificarán por separado si no figura un precio en el Charge Master, o si el cargo figura como cero. Se me proporcionará una estimación de los cargos anticipados por los servicios si así lo solicito a PRC. Los estimados pueden variar significativamente de los cargos finales basados en una variedad de factores, incluyendo pero no limitados al curso del tratamiento, intensidad del cuidado, prácticas del médico, y la necesidad de proveer bienes y servicios adicionales.

Si se me proporcionan suministros y servicios y tengo cobertura a través de un programa gubernamental a través de alguna compañía de seguros privada, PRC puede aceptar un pago con descuento por dichos suministros y servicios. En este caso, cualquier pago requerido de mi parte será determinado por los términos de mi programa gubernamental o plan de seguro de salud privado. Si no tengo seguro y no estoy cubierto por un programa gubernamental, puedo ser elegible para que mi cuenta sea descontada o perdonada bajo la política de cobro de autopago de PRC vigente al momento del tratamiento. Puedo solicitar información sobre esta política al PRC.

Como una cortesía a mí, PRC puede facturar a mi compañía de seguros, pero no está obligado a hacerlo. Sin embargo, yo estoy de acuerdo que excepto donde prohibido por la ley, la responsabilidad financiera para los servicios rendidos me pertenece a mí, el abajo firmante. Estoy de acuerdo en pagar cualquier servicio que no esté cubierto por mi compañía de seguros. Esto incluye, pero no se limita a coaseguro, deducibles, beneficios no cubiertos debido a los límites de la póliza o exclusiones de la póliza, así como el incumplimiento de los requisitos de mi plan de seguro. También estoy de acuerdo que si PRC debe iniciar esfuerzos de colección para recuperar cantidades debidas por mí, entonces además de cantidades incurridas para los servicios rendidos yo pagaré: (a) cualquier y todos costos incurridos por PRC en perseguir la colección, incluyendo, pero no limitado a, honorarios razonables de abogados, y (b) cualquier costo de tribunal u otros costos de litigación incurridos por PRC que reglas aplicables o estatutos permiten que PRC recupere. Por la presente autorizo a PRC a obtener informes del consumidor sobre mí de una o más agencias de informes del consumidor. Entiendo que PRC puede obtener informes del consumidor que me conciernen sin mi autorización escrita bajo algunas circunstancias según lo permitido por la ley.

Asignación de beneficios

Al ejecutar esta asignación de beneficios, estoy indicando a la compañía de seguro médico u otro plan de beneficios de salud que proporciona mi cobertura (incluyendo, pero no limitado a, cualquier empleador, grupo de empleadores o plan patrocinado u ofrecido por un fideicomiso) que pague a PRC directamente por los servicios que PRC proporcionó al paciente durante esta admisión. A cambio de los servicios prestados y a ser prestados por PRC, por la presente asigno y transfiero irrevocablemente a PRC todo derecho, título e interés en todos los beneficios pagaderos la atención médica prestada, que se proporcionan en cualquiera y todas las pólizas de seguro y planes de beneficios de salud de los que tengo derecho servicios o tengo derecho a recuperar. Entiendo que cualquier pago recibido de estas pólizas y/o planes se aplicará a la cantidad que he acordado pagar por los servicios prestados durante esta admisión, como se describe con

más detalle en la sección Acuerdo Financiero. Esta cesión será con el propósito de otorgar a PRC un derecho independiente de recuperación contra mi asegurador o plan de beneficios de salud, pero no se interpretará como una obligación de PRC de perseguir tal derecho de recuperación. En ningún caso PRC retendrá beneficios en exceso de la cantidad debida a PRC por el cuidado y tratamiento prestado durante la admisión. Si un tercero pagador (como una compañía de seguros, grupo de empleadores, plan patrocinado u ofrecido por un fideicomiso) puede estar obligado a pagar algunos o todos estos cargos, acepto tomar todas las medidas necesarias para ayudar al PRC a cobrar el pago de dicho tercero pagador. Por la presente, nombro a PRC como mi representante autorizado en para que, si así lo decide, interponga todos los recursos administrativos, reclamaciones y/o demandas en mi nombre y a elección de PRC, contra cualquier tercero responsable, asegurador médico o plan de beneficios médicos patrocinado por el empleador con el fin de cobrar todos y cada uno de los beneficios de PRC que se me adeuden por el pago de los cargos mencionados en la sección Acuerdo financiero. Si PRC elige seguir un reclamo o demanda contra un tercero pagador como representante autorizado, yo estoy de acuerdo en ejecutar un poder especial, si es solicitado, autorizando a PRC a tomar todas las acciones necesarias o apropiadas en la búsqueda de dicho reclamo o demanda, incluyendo permitir a PRC entablar una demanda contra el tercero pagador en mi nombre. Acepto pagar a PRC inmediatamente todas las sumas recuperadas en cualquier reclamo o demanda iniciada en mi nombre por PRC (hasta el monto de los cargos de PRC, más gastos y honorarios de abogados).

He leído y se me ha dado la oportunidad de formular preguntas sobre esta asignación de prestaciones. Sí No

¿Participa el cliente en servicios subvencionados por SAMHSA? Sí No

En caso negativo, sáltese esta sección.

Al firmar este Consentimiento para tratamiento, doy mi consentimiento para participar en la intervención del servicio financiado por SAMHSA para ayudar a mi compromiso y retención en los servicios de tratamiento de salud mental. Este programa está financiado por una subvención de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias y, como tal, se recopilan datos como parte del programa. Doy mi consentimiento para que se recopilen estos datos y para que se proporcione información a la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias para fines de seguimiento de la subvención y recopilación de resultados no identificados.

He firmado el presente Documento libremente y sin otro incentivo que la prestación de servicios por parte de PRC. Sí No

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguridad social
---------------------	---------------------	----------------------------

Firma del paciente o tutor	Fecha
----------------------------	-------

Firma del testigo	Fecha
-------------------	-------



Autorización de Portal del Adulto

Está solicitando acceso a partes de su información médica, así como la capacidad de comunicarse con sus proveedores de Peace River Center con respecto a su información médica mediante el uso de una aplicación electrónica basada en Internet llamada Portal del Cliente Creíble. Para obtener acceso al Portal de Clientes Creíbles, debe reconocer que ha leído estos Términos y condiciones y los considera aceptables. Peace River Center se reserva el derecho de realizar cambios a estos Términos y Condiciones en cualquier momento sin notificarle ni obtener su consentimiento. Cualquier cambio en los Términos y Condiciones se publicará en el sitio web de Peace River Center.

Nos comunicaremos con usted por correo electrónico y / o mensajería en este sitio. Usted acepta que todos los acuerdos, avisos, divulgaciones y otras comunicaciones que le proporcionamos electrónicamente satisfacen los requisitos legales de que dichas comunicaciones se realicen por escrito. El Portal del cliente está destinado a ahorrarle tiempo y facilitar las comunicaciones entre usted y su (s) proveedor (es). No se permite ningún tipo de diagnóstico o consejo de salud mental y nunca debe usarse en una situación de emergencia. Puede comunicarse con la línea de citas por teléfono en cualquier momento.

Privacidad

La privacidad de su información médica es extremadamente importante para nosotros. Peace River Center usará y compartirá su información médica para brindarle servicios de atención médica. Peace River Center mantendrá su información médica en estricta confidencialidad y no la divulgará a ningún tercer partido no afiliado a menos que usted autorice a esa persona a recibir su información médica o la ley permita que se comparta. Revise el Aviso de prácticas de privacidad de Peace River Center para obtener una explicación de cómo, cuándo y por qué usamos y compartimos su información médica. Todos los mensajes electrónicos enviados y recibidos dentro del Portal del Cliente Creíble que contienen información médica están sujetos a todas las leyes estatales y federales que rigen la seguridad y confidencialidad de los registros médicos.

Uso / Acceso

El Portal de Clientes Creíbles nunca debe usarse para asuntos urgentes.

Para todos los asuntos médicos urgentes, comuníquese con el consultorio de su proveedor por teléfono y / o vaya al departamento de emergencias de un hospital local o marque el 911.

Toda la información en el Portal de Clientes Creíbles se proporciona "tal cual", sin garantía de ningún tipo, y está destinada a ser utilizada únicamente para respaldar su relación con su proveedor. Su confianza en la información proporcionada en el Portal de Clientes Creíbles no reemplaza la atención médica adecuada. Es posible que la información que se muestra en el Portal de Clientes Creíbles no sea el registro médico completo. Por lo tanto, debe comunicarse directamente con PRC para obtener copias oficiales y completas de su registro médico, o con respecto a las discrepancias con la información médica que figura en su registro.

Es posible que el Portal de Clientes Creíbles no esté disponible para usted en todo momento debido a fallas del sistema, procedimientos, mantenimiento u otras causas fuera del control de Peace River Center. El acceso se proporciona tal cual, según esté disponible, y PRC no garantiza que podrá acceder al Portal de Clientes Creíbles en un momento determinado.



Peace River Center hará todo lo posible para brindar una respuesta oportuna a sus mensajes electrónicos. En algunas situaciones, es posible que el personal que debe responder a un mensaje no esté disponible de inmediato.

Es posible que sus mensajes electrónicos se compartan con el miembro del personal de Peace River Center que ayuda a su proveedor a brindarle servicios. Sus mensajes solo estarán disponibles para los profesionales designados. Si su proveedor está fuera de la oficina o no está disponible, los mensajes enviados dentro del Portal del Cliente Creíble pueden ser enviados a otros cuidadores apropiados y autorizados dentro de Peace River Center para facilitar una respuesta oportuna a su solicitud.

Uso inapropiado/ Terminación

El acceso al Portal del Cliente Creíble se otorga con el propósito de promover su atención médica. El uso del Portal de Clientes Creíbles no relacionado con este propósito puede resultar en la suspensión o terminación de los privilegios de acceso. El uso indebido incluye, pero no se limita a, el uso de lenguaje inapropiado, amenazante o abusivo, solicitar horarios de citas que se cancelan con frecuencia y cualquier otro uso que Peace River Center determine a su entera discreción que constituye una interrupción de las operaciones de Peace River Center. Peace River Center se reserva el derecho, a su sola discreción, de cancelar el acceso de un usuario a todo o parte del sitio web del Portal de Clientes Creíbles, con o sin previo aviso.

Identificación y Contraseña Creíbles del Portal del Cliente

Se le proporcionará un código de acceso cuando se inscriba inicialmente en el Portal de Clientes Creíbles. El nombre de usuario y la contraseña que elija se utilizarán para acceder a su información de salud en el Portal de Clientes Creíbles y son códigos únicos que lo identifican en el sistema del Portal de Clientes Creíbles. Todas las consultas y entradas que realice en el Portal de Clientes Creíbles se registrarán con su identidad y pueden formar parte de su registro médico oficial. Por lo tanto, es extremadamente importante que mantenga su nombre de usuario y contraseña completamente confidenciales. Cualquiera que tenga acceso a su nombre de usuario y contraseña podrá acceder a su información de salud, así como leer sus mensajes y enviar mensajes nuevos como si fuera usted. Es su responsabilidad evitar la divulgación de su nombre de usuario y contraseña, y cambiar su contraseña si cree que la seguridad de su contraseña se ha visto comprometida. Puede cambiar su contraseña en cualquier momento comunicándose con el Departamento de Servicios de Información de Salud / Departamento de Registros Médicos.

Verificación de Identidad

Su inscripción en el Portal de Clientes Creíbles depende de la verificación de su identidad por parte de un empleado de Peace River Center. Puede acceder al Portal de Clientes Creíbles de Peace River Center a través de nuestro sitio web en: www.peacrivercenter.org.

Comunicaciones Seguras

Toda la comunicación entre usted y sus proveedores de Peace River Center ocurre a través de una conexión segura. Sin embargo, si elige recibir mensajes de correo electrónico de Internet que le notifiquen que hay nueva información disponible en su cuenta del Portal de clientes creíbles, tenga en



cuenta lo siguiente. Aunque estos mensajes de correo electrónico no contendrán su información médica, la notificación de que hay nueva información médica disponible al acceder al Portal de Clientes Creíble puede ser información que no desea que otros sepan. Por lo tanto, debe tener esto en cuenta cuando proporcione a PRC su dirección de correo electrónico. Se accede a toda la información de salud disponible para usted dentro de su cuenta del Portal de Cliente Creíble y está protegida y mantenida de forma segura por Peace River Center. Aunque el Portal de Clientes Creíble está configurado para ser seguro contra el acceso no autorizado, Peace River Center no es responsable de:

- Seguridad absoluta de todas las transmisiones de comunicaciones electrónicas entre el Cliente y PRC.
- Divulgación no autorizada resultante de que un usuario no se desconecte de una sesión activa.
- Divulgación no autorizada como resultado de la pérdida, el robo o el uso compartido de un nombre de inicio de sesión y / o contraseña.
- Divulgación no autorizada que resulte de la información impresa desde el Portal del Cliente Creíble por el usuario.
- Divulgación no autorizada resultante de la configuración de la computadora personal o productos de software instalados que pueden comprometer la seguridad de la información.
- Eventos similares más allá del control sustancial de Peace River Center.

Nuestro personal nunca le pedirá su contraseña en una llamada telefónica no solicitada o en un correo electrónico no solicitado. Recuerde cerrar sesión en su cuenta y cerrar la ventana de su navegador cuando haya terminado su sesión para asegurarse de que otros no puedan acceder a su información personal.

Si no recibe notificaciones por correo electrónico de que tiene un mensaje en el Portal del cliente, verifique la configuración de su cuenta de correo electrónico. El software de bloqueo de correo no deseado puede estar bloqueando correos electrónicos legítimos desde el Portal de Clientes Creíble de Peace River Center. Para recibir correos electrónicos, agregue www.credibleportal.com a su lista de contactos, lista de direcciones y / o lista de "No bloquear".

Para facilitar el uso y mantener la seguridad de su información de salud personal, se deben seguir las siguientes pautas:

- Infórmenos de cualquier cambio en su dirección de correo electrónico de contacto principal.
- Tenga cuidado al comunicar información altamente confidencial o personal a través del Portal de Clientes Creíble de Peace River Center
- Siempre haga un seguimiento con la línea de citas si no se responde a una consulta / mensaje a través del Portal de Clientes Creíble de Peace River Center dentro de los tres días laborables.
- No almacene mensajes en ningún dispositivo o computadora que no sea de su propiedad.
- Nunca use el Portal del cliente para necesidades de emergencia.

Derechos de Propiedad

El contenido y los materiales disponibles en el sitio web del Portal de Clientes Creíble están protegidos por derechos de autor, marcas comerciales, patentes, secretos comerciales u otros derechos y leyes de propiedad. Puede descargar, usar y copiar materiales del sitio web del Portal de Clientes Creíble para su uso personal y no comercial únicamente, siempre que todas las copias



incluyan nuestra información de derechos de autor y logotipo, y la información no se altere de ninguna manera. Los materiales no se pueden copiar y redistribuir sin el permiso expreso por escrito de Peace River Center. Excepto por lo autorizado en este párrafo, no se le otorga una licencia bajo ningún derecho de autor, marca registrada, patente u otro derecho de propiedad intelectual sobre el material o los productos, servicios, procesos o tecnología descritos en este sitio web. Todos esos derechos son retenidos por Peace River Center, sus afiliados y subsidiarias, y / o cualquier tercero propietario de dichos derechos. No puede crear enlaces enmarcados al sitio web Portal de Clientes Creíble sin el permiso expreso por escrito de Peace River Center.

Renuncia de Garantías y Limitación de Responsabilidad

Peace River Center no se responsabiliza ni garantiza la idoneidad de los materiales del sitio web del Portal de Clientes Creíble para ningún propósito. Los materiales en el sitio web del Portal de Clientes Creíble se proporcionan, ***sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita, incluidas, entre otras, las garantías implícitas de comerciabilidad, idoneidad para un propósito particular o no infringido.*** Peace River Center no garantiza la precisión o integridad de la información, texto, gráficos, enlaces y otros elementos contenidos en estos materiales. ***En ningún caso Peace River Center será responsable de ningún daño, incluidos daños especiales, indirectos, consecuentes, incidentales, o daños por pérdida de ganancias, ingresos, uso o datos, ya sea por contrato o agravio, que surjan de o estén relacionados con cualquier sitio web de Peace River Center o el uso, dependencia o rendimiento de cualquier material contenido en o al que se accede desde cualquier sitio web de Peace River Center.***

Peace River Center puede realizar cambios en estos materiales, o en los productos y servicios descritos en estos materiales, en cualquier momento sin previo aviso. Peace River Center no se responsabiliza ni se compromete a actualizar la información aquí contenida. Su único y exclusivo remedio en caso de insatisfacción con el Portal del cliente creíble es dejar de usar el Portal del cliente.

Uso de la información proporcionada a través de Internet

No envíe a Peace River Center ninguna información de propiedad (es decir, derechos de autor, patentes). Cualquier información proporcionada puede ser reproducida, utilizada y distribuida por Peace River Center para cualquier propósito sin restricciones.

Endosos / Otros sitios

Algunas de las marcas de productos y servicios contenidas en este documento no son marcas de Peace River Center y son marcas de sus respectivos propietarios. Las referencias que Peace River Center pueda hacer a cualquier nombre, marca, producto o servicio de tercer partido o enlaces de hipertexto a sitios o información de tercer partido no necesariamente constituyen ni implican respaldo, patrocinio o recomendación del tercer partido, información, producto o servicio.

Cumplimiento legal

Los usuarios tienen prohibido publicar o transmitir cualquier material ilegal, amenazante, calumnioso, difamatorio, obsceno, escandaloso, inflamatorio, pornográfico o profano en el sitio web del Portal del Cliente Creíble. Si algo que un usuario publicó o transmitió da como resultado o fomenta una conducta que se considera un delito, responsabilidad civil o que infringe cualquier ley, el



propietario del sitio web cooperará plenamente con las autoridades policiales o con una orden judicial que solicite u ordene al propietario del sitio web que revele la identidad de cualquier persona que publique dicha información o materiales.

Elección de ley y foro

Los términos y condiciones establecidos anteriormente se regirán e interpretarán de acuerdo con las leyes del estado de Florida. Todos los usuarios aceptan expresamente que la jurisdicción exclusiva de cualquier reclamo o acción que surja de o se relacione con estos términos y condiciones o cualquier uso de este sitio web se presentará solo en los tribunales estatales o federales ubicados en el estado de Florida. Además, todos los usuarios aceptan y se someten al ejercicio de la jurisdicción personal de dichos tribunales con el fin de litigar cualquier reclamo o acción.

Divisibilidad e Integración

A menos que se especifique lo contrario en el presente, los términos y condiciones establecidos anteriormente constituyen el acuerdo completo entre el usuario y Peace River Center con respecto a este sitio web y reemplaza todas las comunicaciones y propuestas anteriores o contemporáneas, ya sean orales, escritas o electrónicas, entre el usuario y Peace River Center con respecto a este sitio web. Si alguna parte de los términos y condiciones se considera inválida o inaplicable, esa parte se interpretará de manera consistente con la ley aplicable para reflejar, en la medida de lo posible, las intenciones originales de las partes, y las partes restantes permanecerán en pleno vigor y efecto.

Autorización de Usuario Alternativa

Si desea que un miembro de la familia u otro tipo de usuario tenga acceso a sus registros médicos electrónicos mediante el Portal de clientes creíbles, comuníquese con el Departamento de Servicios de Información de Salud / Registros Médicos para completar el formulario de Autorización de Usuario Alternativo.

Clientes Menores

Las regulaciones de la Florida permiten el acceso de los padres biológicos o tutores legales a la información de salud de un niño/a. Se requiere un formulario de autorización por separado para cada padre o tutor. Si desea acceder a la información del registro médico electrónico de su hijo o al registro médico electrónico de un menor de quien usted es el tutor legal, complete el Formulario de autorización de menores. Se le pedirá que certifique que es el padre o tutor legal del niño mencionado. Entiendo que este acceso electrónico terminará cuando mi hijo/a el Cliente cumpla 18 años.

Autorización del Cliente

Entiendo que al firmar este formulario solicito acceso a mi historia clínica electrónica. Acepto los términos y condiciones del Portal de Clientes Creíble que se han compartido conmigo. Entiendo que este acceso estará en efecto hasta el momento en que notifique a Peace River Center mediante una carta escrita, a la dirección que se proporciona a continuación, para cancelar el acceso. El acceso al Portal de Clientes Creíble se puede cancelar en cualquier momento.



Acepto que soy responsable de la seguridad y privacidad de mi nombre de usuario y contraseña, así como de la información que obtengo, copio o imprimo del Portal de Clientes Creíble de Peace River Center. Entiendo que la información que se me proporciona ya no está protegida por las leyes de privacidad estatales y federales.

Autorización del Cliente

Entiendo que este acceso estará vigente hasta el momento en que notifique a Peace River Center mediante una carta escrita a la siguiente dirección, **P.O. Box 1559, Bartow, Florida 33831**, para cancelar el acceso. El acceso al Portal de Clientes Creíbles se puede cancelar en cualquier momento.

Acepto que soy responsable de la seguridad y privacidad de mi nombre de usuario y contraseña, así como de la información que obtengo, copio o imprimo del Portal de Clientes Creíbles de Peace River Center. Entiendo que la información que se me proporciona ya no está protegida por las leyes de privacidad estatales y federales.

Nombre del Cliente: _____

Fecha: _____

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____

Correo Electrónico del Cliente: _____

Fecha: _____

Para el Personal de Peace River Center Solamente

Client ID: _____

Verificado por: _____

Date: _____

P.O. Box 1559, Bartow, FL 33831-1559 phone 863.519.0575 fax 863.519.0728
Accredited by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
Serving Polk, Hardee and Highlands Counties since 1948



Favor de traer la siguiente información a su cita

1. Prueba de residencia (licencia de conducir o identificación con foto, factura, contrato de alquiler)
2. Prueba de ingresos
3. Tarjetas de seguro
4. Tarjeta de Seguro Social
5. Autorización si es requerida

*****Si el cliente es menor de edad, debe estar acompañado por el **GUARDIÁN LEGAL** *****

Favor de llamar si no puede asistir a la cita programada. Si usted necesita una intervención inmediata, llame a la **LÍNEA DE CRISIS: 863-519-3744**.

Comprobante de ingresos aceptados:

1. Declaración de Impuestos
2. Prueba de denegación de Medicaid
3. Declaración de ganancias (consulte la información de la oficina a continuación)
4. Recibos de pago (2)
5. Declaración de desempleo
6. Carta de cupones de alimentos

Entiendo que debo traer la información anterior para la cita de admisión.
Entiendo que si no facilito esta información es posible que no me den cita en éste departamento médico.

*Puede solicitar declaración de ingresos a la oficinas de Seguro Social:

Oficina del Seguro Social
550 Commerce Dr
Lakeland FL 33813
1-800-772-1213



Prueba de Ingreso

¿El cliente proporcionó prueba de ingresos? Sí (Por favor adjunte) No

¿Dijo el Cliente que proporcionará PDI en la próxima cita? Sí No

Si no, por favor explique la razón: _____

¿El cliente proporcionó prueba de domicilio? Sí (Por favor adjunte) No

¿Dijo el cliente que proporcionará un comprobante de domicilio en la próxima cita? Sí (Por favor adjunte) No

Si no, por favor explique la razón: _____

¿El cliente proporcionó información verbal sobre sus ingresos? Sí (Por favor adjunte) No

Si no, por favor explique la razón: _____

Al firmar a continuación, está verificando que la información proporcionada es precisa según su entendimiento. Si no proporcionó Comprobante de ingresos y/o Comprobante de domicilio, es su responsabilidad llevarlo consigo a su próxima cita programada.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del personal de la PRC: _____ Fecha: _____

Nombre del Cliente: _____ ID del Cliente#: _____



Cero Ingreso

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ ID del Cliente: _____

Escoja uno:

- El cliente no tiene comprobante de ingresos.
- Actualmente, no tengo ingresos de ningún tipo y mientras que activamente busco empleo, no hay una oferta de trabajo definitiva en este momento.
- Actualmente, no tengo ingresos de ningún tipo y en el momento no buscaré empleo.

Información del Hogar: Agregue información sobre todos los miembros que residen en su hogar.

Nombre	Relación al Cliente	Fecha de Nacimiento	Ingresos
	Yo		

Las siguientes fuentes de fondos pagan las necesidades básicas del Cliente, que incluyen: alimentos, vivienda, ropa, transporte y atención médica. (Indique los nombres y números de teléfono de persona/organización que proporciona necesidades básicas).

Certifico que la informacion proveido en esta forma es exacto y sincero.

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____



Denegación de directiva avanzada de salud mental

Esta directiva avanzada fue revisada conmigo y he optado por denegar una directiva avanzada.

Nombre del cliente: _____ ID del cliente: _____

Firma del cliente/ pariente/ o tutor legal: _____ Fecha: _____

Esta denegación de la Directiva avanzada fue firmada en nuestra presencia. A petición suya, hemos firmado nuestros nombres a continuación como testigos. Declaramos que, en este momento y fecha, esta Denegación de Directiva Avanzada fue firmada en;

_____, este día _____ de _____ del _____
(Estado y Condado) (Día) (Mes) (Año)

Firmas de testigos

Testigo uno:

Nombre completo: _____ Firma: _____

Testigo dos:

Nombre completo: _____ Firma: _____

Planificación de atención avanzada: directivas de atención médica

La planificación de la atención avanzada no se trata solo de la vejez. A cualquier edad, una crisis médica podría dejarlo demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones de atención médica. Incluso si no está enfermo ahora, planificar la atención médica en el futuro es un paso importante para asegurarse de obtener la atención médica que desea, si no puede hablar por sí mismo y los médicos y familiares toman las decisiones por usted.

Muchos estadounidenses enfrentan preguntas sobre el tratamiento médico, pero es posible que no sean capaces de tomar estas decisiones, por ejemplo, en una emergencia o al final de la vida. En este artículo se explicarán los tipos de decisiones que es posible que deban tomarse en tales casos y las preguntas en las que puede pensar ahora para estar preparado más adelante. Puede ayudarlo a pensar en quién le gustaría que tomara decisiones por usted si no pudiera tomarlas usted mismo. También discutirá las formas en que puede compartir sus deseos con los demás. Saber quién quiere que tome decisiones en su nombre y cómo decidiría usted podría aliviar parte de la carga de familiares y amigos.

Autorización para Divulgación o Intercambio de Información Confidencial

Paciente/Cliente: _____ **# Expediente Clínico:** _____
Fecha de nacimiento: _____ **# Seguridad Social:** _____

Este formulario autoriza a Peace River Center para compartir o intercambiar información como se indica a continuación, con respecto a los contactos del cliente / tratamientos de conformidad con los Estatutos de Florida y las Reglas Administrativas Federales y Reglamentos a / de:

Por medio de la presente Autorizo a (Nombre): _____

Dirección de calle: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Zip:** _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____

También autorizo a las siguientes entidades, tal como se indica con una marca de verificación:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Administración de Seguridad Social: 800-325-0778 | <input type="checkbox"/> Pediatría Lakeside: 863-688-3550 |
| <input type="checkbox"/> Salud Regional de Lakeland: 863-687-1100 | <input type="checkbox"/> Intercambio de Información de Salud y (HIE) |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Niños y Familias: 863-534-7100 | <input type="checkbox"/> Otras Agencias |

Propósito de Divulgación: Legal Discapacidad Cuidado Continuo Propio Otro: _____

Se podrá recibir la siguiente información:

- Psiquiátrica / Psicológica Abuso de Sustancias / Alcohol Información Médica / Hospitalaria
 VIH / SIDA Comunicaciones Verbales Ninguna Otro: _____

Se podrá Divulgar la siguiente información:

- Psiquiátrica / Psicológica Abuso de Sustancias / Alcohol Información Médica / Hospitalaria
 VIH / SIDA Comunicaciones Verbales Ninguna Otro: _____

Costos de Reproducción de Expedientes Clínicos: PRC se reserva el derecho de cobrar un costo razonable por la reproducción de registros, establecido por el Código Administrativo de Florida 64B8-10.003. Al firmar este formulario de Divulgación de Información, entiendo que puedo ser responsable de cualquier costo incurrido.

Notificación de Prohibición de Nueva Divulgación: Esta información le ha sido revelada de registros protegidos por las Reglas Federales que rigen las normas de confidencialidad (42 CFR Parte 2) y los Estatutos de Florida (394.459, 396.112, 397.053, 381.609, 455.2416, 90.503, 90.242, y 45 CFR Parte 160-164). Las Normas Federales y los Estatutos Estatales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece.

La información utilizada o divulgada en virtud de la presente autorización podrá ser objeto de nueva divulgación por parte del destinatario y dejará de estar protegida por las normas anteriores. Peace River Center queda eximido de toda responsabilidad legal que pueda derivarse de la divulgación de la información solicitada. Entiendo que tengo derecho a rechazar esta autorización o revocarla en una fecha posterior presentando una notificación por escrito a la dirección arriba indicada. Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización para recibir tratamiento. Al intercambiar información cuando el paciente/cliente está involucrado en el tratamiento con otras agencias/profesionales para ayudar en la coordinación del tratamiento, esta autorización puede incluir comunicación verbal, escrita y/o electrónica.

Esta autorización es válida durante 5 años, a menos que se especifique lo contrario:

Responda a las siguientes preguntas si la divulgación o intercambio de información la solicita únicamente el padre/madre/tutor legal de un menor:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿El paciente/cliente se ha emancipado? | Sí | No |
| 2. ¿El paciente/cliente ha sido condenado por un delito como adulto? | Sí | No |
| 3. Si la respuesta a la pregunta 2 es afirmativa, ¿está el paciente/cliente bajo la custodia o supervisión del Departamento Correccional del Estado? | Sí | No |
| 4. ¿El paciente/cliente ha sido retirado alguna vez de su custodia legal? | Sí | No |

Si la respuesta a alguna pregunta es afirmativa, no la divulgue. Póngase en contacto con los Servicios de Información de Salud para que le orienten.

Firma de Paciente/Cliente: _____

Testigo: _____

Firma de Padre / Tutor: _____

Nombre de Padre/ Tutor en letra imprenta: _____

Fecha: _____

Relación con Paciente/Cliente: _____

Confidencial No Divulgar

Autorización para Divulgación o Intercambio de Información Confidencial

Paciente/Cliente: _____ **# Expediente Clínico:** _____
Fecha de nacimiento: _____ **# Seguridad Social:** _____

Este formulario autoriza a Peace River Center para compartir o intercambiar información como se indica a continuación, con respecto a los contactos del cliente / tratamientos de conformidad con los Estatutos de Florida y las Reglas Administrativas Federales y Reglamentos a / de:

Por medio de la presente Autorizo a (Nombre): _____

Dirección de calle: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Zip:** _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____

También autorizo a las siguientes entidades, tal como se indica con una marca de verificación:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Administración de Seguridad Social: 800-325-0778 | <input type="checkbox"/> Pediatría Lakeside: 863-688-3550 |
| <input type="checkbox"/> Salud Regional de Lakeland: 863-687-1100 | <input type="checkbox"/> Intercambio de Información de Salud y (HIE) |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Niños y Familias: 863-534-7100 | <input type="checkbox"/> Otras Agencias |

Propósito de Divulgación: Legal Discapacidad Cuidado Continuo Propio **Otro:** _____

Se podrá recibir la siguiente información:

- Psiquiátrica / Psicológica Abuso de Sustancias / Alcohol Información Médica / Hospitalaria
 VIH / SIDA Comunicaciones Verbales Ninguna **Otro:** _____

Se podrá Divulgar la siguiente información:

- Psiquiátrica / Psicológica Abuso de Sustancias / Alcohol Información Médica / Hospitalaria
 VIH / SIDA Comunicaciones Verbales Ninguna **Otro:** _____

Costos de Reproducción de Expedientes Clínicos: PRC se reserva el derecho de cobrar un costo razonable por la reproducción de registros, establecido por el Código Administrativo de Florida 64B8-10.003. Al firmar este formulario de Divulgación de Información, entiendo que puedo ser responsable de cualquier costo incurrido.

Notificación de Prohibición de Nueva Divulgación: Esta información le ha sido revelada de registros protegidos por las Reglas Federales que rigen las normas de confidencialidad (42 CFR Parte 2) y los Estatutos de Florida (394.459, 396.112, 397.053, 381.609, 455.2416, 90.503, 90.242, y 45 CFR Parte 160-164). Las Normas Federales y los Estatutos Estatales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece.

La información utilizada o divulgada en virtud de la presente autorización podrá ser objeto de nueva divulgación por parte del destinatario y dejará de estar protegida por las normas anteriores. Peace River Center queda eximido de toda responsabilidad legal que pueda derivarse de la divulgación de la información solicitada. Entiendo que tengo derecho a rechazar esta autorización o revocarla en una fecha posterior presentando una notificación por escrito a la dirección arriba indicada. Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización para recibir tratamiento. Al intercambiar información cuando el paciente/cliente está involucrado en el tratamiento con otras agencias/profesionales para ayudar en la coordinación del tratamiento, esta autorización puede incluir comunicación verbal, escrita y/o electrónica.

Esta autorización es válida durante 5 años, a menos que se especifique lo contrario:

Responda a las siguientes preguntas si la divulgación o intercambio de información la solicita únicamente el padre/madre/tutor legal de un menor:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿El paciente/cliente se ha emancipado? | Sí | No |
| 2. ¿El paciente/cliente ha sido condenado por un delito como adulto? | Sí | No |
| 3. Si la respuesta a la pregunta 2 es afirmativa, ¿está el paciente/cliente bajo la custodia o supervisión del Departamento Correccional del Estado? | Sí | No |
| 4. ¿El paciente/cliente ha sido retirado alguna vez de su custodia legal? | Sí | No |

Si la respuesta a alguna pregunta es afirmativa, no la divulgue. Póngase en contacto con los Servicios de Información de Salud para que le orienten.

Firma de Paciente/Cliente: _____

Testigo: _____

Firma de Padre / Tutor: _____

Nombre de Padre/ Tutor en letra imprenta: _____

Fecha: _____

Relación con Paciente/Cliente: _____

Confidencial No Divulgar

NATIONAL VOTER REGISTRATION ACT

Formulario de Preferencia y Solicitud de Registrar

Preferencia de cliente (Marcar solo una casilla en 1. o 2.)

Si usted no marca ninguna casilla, a usted se le considerará como si no hubiese elegido inscribirse para votar o actualizar su inscripción como votante en este momento.

1. Si usted no está inscrito para votar donde vive ahora, le gustaría inscribirse para votar hoy?

Sí No, yo declino.

2. Si usted está inscrito para votar donde vive ahora, le gustaría actualizar su inscripción?

Sí No, yo declino.

CLIENTE: _____
Nombre or número de identificación Fecha

SÓLO USO OFICIAL EXCLUSIVO

(Marcar todo que aplica)

[Nota: Solamente el cliente elegible puede declinar o aceptar la oportunidad de inscribirse o de actualizar su inscripción.]

1. Cliente aplicó: para nuevo servicios/ayuda
 para renovar servicios/ayuda para cambiar de dirección

2. Manera de aplicar: en persona en teléfono
 en casa por el Internet o ordenador

3. Cliente: Entregó su solicitud.
 Fue mandado el formulario de preferencia y solicitud que la mandamos el ___/___/___ (fecha).
 No rellenó su solicitud o llevó la solicitud con ello.

Guardar este parte de formulario de preferencia por dos años desde la fecha firmada (DS-DE 77-SPN; rev. 11-2011)

=====Aviso de Derechos=====

Ayuda: Si usted quisiera ayuda para llenar la solicitud de inscripción para votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar or aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar este solicitud en privado.

Beneficios: Inscribirse o declinar inscribirse no afectará la cantidad de ayuda que una agencia de asistencia le puede dar a usted.

Privacidad: La información siguiente permanecerá confidencial y no podrá utilizarse para ningún propósito, aparte de la inscripción para votar: 1) Su decisión de no inscribirse para votar o de no actualizar su registro, y 2) La información relacionada con la oficina en que eligió de inscribirse o actualizar su inscripción o de declinar de hacerlo.

Queja Formal: Si usted cree que alguien ha entrometido con su derecho a inscribirse o declinarse a inscribirse para votar, con su derecho a la privacidad sobre su decisión de inscribirse o actualizar su inscripción, o con su derecho a elegir su propio partido político o otra preferencia político, usted puede presentar una queja formal con el Secretario del Estado. Mandálo a: Florida Department of State, Division of Elections, NVRA Administrator, R.A. Gray Building, 500 S. Bronough Street, Tallahassee, Florida 32399-0250. Se pueden conseguir este formulario/solicitud a llamar 1-850-245-6200 o a visitar la página web: <http://election.dos.state.fl.us/NVRA/index.shtml>.

[autoridad: National Voter Registration Act (42 U.S.C. 1973gg); artículos 97.023, 97.058 y 97.0585, F.S.]

Para inscribirse para votar en Florida, Usted Debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos (un residente permanente legal no puede inscribirse ni votar)
- Tener por los menos 18 años (puede inscribirse antes si tiene 16 o 17 años aunque no puede votar hasta que tiene 18 años)
- Ser residente de Florida
- Si ha sido condenado por un delito mayor or si ha sido declarado mentalmente incapacitado para votar, a menos, tiene que restablecer su derecho de votar antes de inscribirse

Si no cumple estos requisitos, usted no es elegible para inscribirse para votar.

Donde inscribirse:

- Una oficina de cualquier supervisor electoral en Florida
- Una oficina para obtener la licencia de conducir
- Una agencia de inscripción de votantes (como una oficina de asistencia pública, oficina de asistencia para personas con discapacidad, oficina de reclutamiento para militares, o la biblioteca pública.), o
- La División de Elecciones.

Usted puede mandar por correo o entregar en persona la solicitud a unas de las oficinas susodichas

Si lo manda, enviar con franqueo suficiente a:

Division of Elections
R.A. Gray Building
500 S. Bronough Street
Tallahassee, Florida 32399-0250

(información de contacto: 850-245-6200; <http://election.dos.state.fl.us>)

Su Supervisor electoral se ponen en contacto con usted si su solicitud no está completa, si la deniega o si repita una inscripción actual. Una vez que usted está inscrito para votar, le enviarán una tarjeta de información del votante por correo.

***** Pasa a la página siguiente por información y la solicitud de inscripción de votante *****



Inscripción electoral para Florida

Parte 1 - Instrucciones

Para inscribirse para votar en Florida, debe ser: Ser ciudadano de los Estados Unidos (EE UU); ser residente de Florida; tener por los menos 18 años (puede inscribirse antes a los 16 o 17 años pero no podrá votar hasta que tiene 18 años).

Si ha sido condenado por un delito mayor o si ha sido declarado (por un tribunal) mentalmente incapacitado para votar, a menos, tiene que reestablecer su derecho de votar antes de inscribirse.

Si no cumple ninguno de estos requisitos, usted no es elegible para inscribirse.

Donde inscribirse: Puede inscribirse a votar en persona o entregar su solicitud por correo o en mano a una oficina de cualquier supervisor electoral, oficina para obtener licencia de conducir, agencia de inscripción de votantes (como una oficina de ayuda pública, oficina de ayuda para personas discapacitadas, la biblioteca pública, o oficina de asistencia electoral para militares) o La División de Elecciones. *Si envía la solicitud por correo, añadir franqueo suficiente.*

Fecha límite para inscribirse: La fecha límite para inscribirse es 29 días antes de la elección en que quiere votar. Puede actualizar su inscripción en cualquier momento, pero si quiere cambiar su partido por la elección primaria, lo tiene que hacer por la fecha límite para inscribirse. Por una nueva solicitud, se notificarán si está incompleta o denegada o si duplica su inscripción actual. Si es una nueva solicitud y cumple con los requisitos para votar, le enviarán una tarjeta de información del votante que indicará que está inscrito.

Requisitos de identificación: Para inscribirse por la primera vez, deberá presentar su número de licencia de conducir de Florida o de identificación de la Florida. Si no tiene ningunos de estos dos, deberá presentar las últimas cuatro cifras de su número del Seguro Social. Si acaso no ha recibido ninguno de estos números, usted deberá escribir la palabra "Ninguno." Si no presenta ningún número o no escribe "Ninguno," puede resultar en que no aceptan su inscripción. Refiere s.303, HAVA y section 97.053(6), Fla. Stat.

Requisitos especiales de identificación: Si usted va inscribirse por correo, y nunca ha votado en Florida, y no ha recibido ninguno de los números de identificación susodicho, usted deberá presentar con este solicitud o a cualquier tiempo antes de votar, una copia de uno de los siguientes formas de identificación (ID):

- Un ID que muestra su nombre y foto (*acceptable IDs*)—Pasaporte de los Estados Unidos, tarjeta de debito/credito, ID de militar, ID de estudiante, ID de centro de jubilación, ID de asociaciones de vecinos or ID de ayuda pública; o
- Un ID que muestra su nombre y domicilio actual de residencia (documentos acceptable)— factura de servicios públicos, estado de cuenta bancario, cheque del gobierno, cheque de pago, o otro documento emitido por el gobierno.

Excepciones: Si usted cumple con uno de los siguientes, no tiene que presentar un documento de ID para inscribirse: Tiene por los menos 65 años, es una persona con un discapacidad física transitorio o permanente, es miembro activo de las fuerzas armada o de la marina mercante que, por estar en servicio (o la familia de tal miembro activo), no se encuentra en el condado, o es persona que actualmente reside fuera de los EE UU pero es elegible para votar.

Su afiliación a partidos: Florida es un estado de primaria cerrada. Eso quiere decir que si quiere votar en una elección primaria para candidatos de partidos, usted deberá estar inscrito en el partido para el cual se realice la elección primaria. Sin obstante, todos los votantes inscritos pueden votar en la elección primaria sobre distintas cuestiones, candidatos no partidista y por candidatos que no tendrán oposición en elecciones generales.

Marca el partido política (sea de la mayoría o menor) con que quiere ser inscrito. Si no marca nada or escribe "ninguno", se registrarán sin partido. Para obtener una lista corriente de todos los partidos de la Florida, dirijase en apartado "Por Los Votantes" a la página de Internet de la División de Elecciones a: <http://election.dos.state.fl.us>.

Raza o grupo étnico: Aunque no es obligatorio de escribir su raza o grupo étnico, la información es para administrar la Ley Federal de Derechos del Votante. En caso afirmativo, escriba la opción que mejor describa su raza o grupo étnico de la lista. Indígena norteamericano o nativo de Alaska, Asiático o isleño del Pacífico, Negro (no de origen Hispano), Hispano, Multirracial, Blanco (no de origen Hispano), o Otro.

Aviso sobre documento público: Una vez entregada, esta solicitud pertenece a domino público menos la información siguiente que será usado solamente para inscribirse a votar y no es público: su número de licencia de conducir de Florida, su número de tarjeta de identificación de la Florida, y su número de seguro social, la oficina en la cual usted se haya inscrito o en la cual haya decidido de no inscribirse. Aunque se pueden ver su firma, su firma no puede ser copiada. (Section 97.0585, Fla. Stat.)

Aviso de delito mayor: Si usted entrega información falso, usted podrá ser condenado por delito mayor de tercer grado y obligado a pagar una multa de hasta \$5,000 y/o será encarcelado por hasta cinco años.

Preguntas: Para más información, llama su supervisor electoral de su condado o referirse al página web: <http://election.dos.state.fl.us>.

Inscripción electoral para Florida

Parte 2 - Formulario nacional de inscripción

¿Es usted ciudadano de Estados Unidos de América? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Este espacio sólo para uso de la oficina. (This space is for office use only.)	
¿Habrá cumplido los 18 años de edad para el día de las elecciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si contestó "No" a alguna de estas preguntas, no llene el formulario. (Vea también las instrucciones específicas de su estado sobre la posibilidad de inscribirse antes de los 18 años de edad).			
1	(marque uno con un círculo) Apellido	Primer nombre	Segundo nombre (marque uno con un círculo)
2	Dirección donde vive	No. de depto. o lote	Ciudad/Localidad Estado Código postal
3	Dirección donde recibe su correo, si es diferente a la de más arriba		Ciudad/Localidad Estado Código postal
4	Fecha de nacimiento	5	Número de teléfono (optativo)
Mes Día Año			
6	Número de identificación (Vea el número 6 en las Instrucciones de su estado)		
7	Selección de partido político (Vea el número 7 en las instrucciones de su estado)		
8	Raza o grupo étnico (Vea el número 8 en las instrucciones de su estado)		
9	Leí las instrucciones de mi estado y juro/afirmo que: <ul style="list-style-type: none"> ■ Soy ciudadano de Estados Unidos. ■ Cumpló con los requisitos de mi estado y presto cualquier juramento requerido. ■ La información que proporcioné es verdadera según mis mejores conocimientos, bajo pena de perjurio. Si proporcioné información falsa, se me puede multar, encarcelar o (si no soy ciudadano de EE UU), deportar de o denegar entrada a Estados Unidos. 		
		Firme su nombre completo (o ponga su marca) ▲	
		Fecha: Mes / Día / Año	

Si esta solicitud es para un cambio de nombre, ¿cómo se llamaba antes de cambiar de nombre?

A	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	(marque uno con un círculo)
B	Calle (o número de ruta y casilla)	No. de depto. o lote	Ciudad/Localidad/Condado	Estado Código postal

Si vive en una zona rural, pero no tiene un número de calle, o si no tiene dirección, muestre en el mapa dónde vive.

C	<ul style="list-style-type: none"> ■ Escriba el nombre de las calles que cruzan más cerca de donde vive. ■ Ponga una X para mostrar el lugar en que vive. ■ Ponga un punto para mostrar las escuelas, iglesias, tiendas u otros puntos de referencia y escriba el nombre del punto de referencia. 		NORTE ↑
---	--	--	---------

Si el solicitante no puede firmar, ¿quién ayudó al solicitante a llenar esta solicitud? Dé el nombre, la dirección y el número de teléfono. (El número de teléfono es optativo).

D	
---	--