



Fecha de hoy: _____

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Orientacion Sexual [] Se identifica como hombre [] Se identifica como mujer [] Trangenero FAM[] Transgenero MAF[] Otro []

Sexo asignado al nacer: [] Masculino [] Femenino [] Prefiere no revelar [] Circule pronombre preferido: El Ella Ellos

Domicilio: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Seguro Social # _____ Estado Civil: _____

Telefono de Casa#: _____ Celular#: _____

Doctor Primario _____ Doctor que lo Refirio: _____

Laboratorio Preferido _____ Lugar Preferido Para Rayos X: _____

Pharmacia Preferida _____ Consentimiento para recibir mensajes de texto: Si No

Acceso al Portal Medico Si No Correo Electronico: _____ @ _____

Persona Responsable: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social#: _____ Telefono#: _____

Domicilio: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Contacto de Emergencia/Nombre Y Telefono#: _____

Porfavor complete esta seccion aunque tengamos una copia de se tarjeta de aseguranza!!

Aseguranza Primaria: _____ Grupo#: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social#: _____ Numero De Poliza _____ Relacion con el Paciente: _____

Empleador y Telefono#: _____

Aseguranza Secundaria: _____ Grupo#: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social#: _____ Numero De Poliza _____ Relacion con el Paciente: _____

Empleador y Telefono#: _____

Firma del Paciente/Guardian Legal _____ Fecha Verificada/Iniciales _____

TODOS LOS CO-PAGOS SON COLECTADOS EN EL MOMENTO DEL SERVICIO



1. ASIGNACION DE BENEFICIOS DEL SEGURO/PROMESA DE PAGO:

Por medio del presente, asigno y autorizo el pago directamente al Centro Medico por todos los beneficios del seguro, beneficios por enfermedad, beneficios por lesión con responsabilidad de un tercero, o lo recaudado de todas las demandas producto de la responsabilidad de un tercero, a cargo de cualquier parte, organización, etcétera, al paciente, al menos que la cuenta de este hospital, visita ambulatoria o serie de visitas ambulatorias se paguen en su totalidad al momento del alta o al finalizar la serie de visitas ambulatorias. En caso de cumplir los requisitos para Medicare, solicito los servicios y beneficios de Medicare. También acepto que esta asignación no se retirará ni se anulará en ningún momento hasta que se pague la cuenta en su totalidad. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo que no cubra mi compañía de seguro medico.

Entiendo que estoy obligado a pagar la cuenta del Centro Medico de acuerdo con las tarifas regulares y los términos del hospital. En caso de no realizar el pago cuando corresponda y que la cuenta se considere morosa o se transfiera a una agencia de cobro o a un abogado para su cobro, acepto pagar todos los honorarios de dicha agencia, los costos judiciales y los honorarios del abogado. También acepto que cualquier sobrepaga del paciente o garante por la visita al hospital mencionada se pueda aplicar directamente a cualquier cuenta morosa por la que yo o mi garante seamos legalmente responsables al momento del cobro del sobrepago. Doy mi consentimiento para que el hospital apele en mi nombre cualquier denegación de reembolso, cobertura o pago por servicios o atención que se me proporcionó.

2. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA RECETAS ELECTRÓNICAS:

Me han concientizado y entiendo que las prácticas médicas y los consultorios pueden utilizar un sistema de recetas electrónicas que permite enviar recetas e información relacionada entre los proveedores y la farmacia electrónicamente. Me han informado y entiendo que los proveedores que utilizan el sistema de recetas electrónicas podrán ver la información de los medicamentos que estoy tomando, incluido los recetados por otros proveedores. Doy mi consentimiento a los proveedores para ver la información de salud protegida.

He recibido el Aviso de recetas electrónicas incluido en el Aviso de prácticas de privacidad.

3. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Conforme a lo estipulado por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, reconozco haber recibido la copia del Aviso de prácticas privadas del hospital. Por el presente, doy mi consentimiento para el uso y revelación de mi información de salud protegida como se describe en el Aviso de Prácticas de privacidad. Este documento incluirá toda mi información médica protegida, generada durante la hospitalización y el tratamiento ambulatorio en el hospital, que incluye, sin limitaciones, tratamientos de enfermedades mentales, abuso de drogas y alcohol, enfermedades transmisibles, como VIH/SIDA, trastornos del desarrollo, análisis genéticos y otros tipos de tratamiento recibidos.

4. CONSENTIMIENTO GENERAL PARA PRUEBAS, TRATAMIENTO Y SERVICIOS:

Acepto y entiendo que todos los médicos (incluidos investigadores, residentes y pasantes), dentistas, cirujanos maxilofaciales y podólogos que participan en mi atención de algún modo son responsables de sus propios actos y omisiones, y el hospital no es responsable de los actos u omisiones de los mencionados. Los servicios pueden provenir de contratistas independientes que no sean empleados del hospital. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y también entiendo que no se dio ni se puede dar garantía alguna en cuanto a los resultados de los tratamientos, la atención o los exámenes en el hospital.

Me informaron los procedimientos del tratamiento considerados necesarios para mí y que los tratamientos/procedimientos serán dirigidos por un médico y llevados a cabo por tal médico y uno o más médicos adicionales, investigadores, residentes, pasantes y empleados del hospital. Entiendo que uno o más médicos, investigadores, residentes y pasantes del hospital puede tratarme o participar en mi tratamiento. Entiendo que no se garantizó ni se aseguró (1) qué médicos o investigadores, residentes o pasantes me tratarán o participaran en mi tratamiento ni (2) cuales son los resultados que se pueden obtener a partir del tratamiento.

5. CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS Y VIDEOS

Doy mi consentimiento para fotografiar o filmar, incluidas las partes pertinentes de mi cuerpo, para fines médicos y de documentación de registros médicos, siempre que estas fotografías o videos se mantengan y se divulguen de acuerdo con las reglamentaciones de información médica protegida.

6. CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR EL MOMENTO DEL REGISTRO:

Por el presente, yo, o mi representante legal, doy mi consentimiento para que la práctica médica me tome una fotografía al momento del registro. Entiendo que esta fotografía se almacenará en la historia clínica electrónica de la práctica médica ambulatoria con mi fotografía identificativa.

7. CORREO ELECTRÓNICO:

Por medio del presente, doy mi consentimiento para proporcionar la dirección de mi correo electrónico, de modo que los representantes del hospital puedan enviarme información por correo electrónico sobre educación de salud o prevención de enfermedades, e información actualizada sobre el hospital, sus médicos afiliados y sus servicios. Entiendo que podré cambiar mis preferencias en cualquier momento.

8. SERVICIOS DE IMÁGENES:

Doy mi consentimiento para que esta oficina comparta resultados y imágenes con otras oficinas medicas, cuando sean pedidas, para poder proveerle o continuar cuidado medico.

9. TELEFONOS CELULARES:

Por medio del presente, doy mi consentimiento para proporcionar mi(s) numero(s) de telefono, incluido(s) mi(s) numero(s) de telefono celular, para que los representantes del hospital, sus sucesores o personas designadas puedan comunicarse conmigo de cualquier manera, que incluye, sin limitaciones, la realizacion de una llamada manual, mediante un Sistema de discado telefonico automatico o mensaje de voz pregrabado, por mensaje de texto, o por correo electronico, de cualquier cuestion, que incluye, entre otras, mi tratamiento medico, recetas, elegibilidad de seguro, programacion de horarios, facturacion o cobro. Este consentimiento incluye la informacion de contacto actualizada o adicional que yo pueda brindar. Entiendo que podre cambiar mis preferencias en cualquier momento.

10. BASE DE DATOS PAGOS ABIERTOS (OPEN PAYMENTS):

La base de Pagos Abiertos (Open Payments) es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por companies farmaceuticas y de dispositivos a medicos y hospitals universitarios. Se puede encontrar informacion en: <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

11. Organización de Atención Responsable-ACO (Pacientes con Medicare)

Nuestra práctica participa en una Organización de Atención Responsable (ACO) a través de Aledade, la cual ayuda a coordinar la atención médica y mejorar la calidad de los servicios para los pacientes de Medicare. Como parte de este programa, su información médica puede ser compartida con la ACO y con otros proveedores de atención médica para fines de coordinación de cuidados, mejora de la calidad y operaciones de atención médica, según lo permita la ley. Medicare también puede compartir los datos de sus reclamaciones médicas con la ACO para apoyar su atención. Su participación es voluntaria y no afecta sus beneficios de Medicare ni su derecho a elegir a sus proveedores de atención médica. Si desea excluirse del intercambio de datos de Medicare, puede llamar al 1-800-633-4227.

Yo, _____ doy mi permiso a Coastal Healthcare y sus afiliados la autoridad de discutir o divulgar mi cuidado medico; con las siguientes personas:

1. _____
2. _____

El abajo firmante certifica que ha leído (o le han leído) lo precedente, lo entiende, acepta los terminos, y ha recibido una copia. Por el presente acepto todos los terminos y condiciones que se mencionan arriba y entiendo que a cualquier parte de este consentimiento con la que no estoy de acuerdo la he tachado y le he escrito mis iniciales.

Firma del Paciente		Fecha	Hora
Relacion con el Paciente	Interprete si se utilizo	Fecha	Hora
Firma del Testigo		Fecha	Hora



Estimado Paciente,

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), en colaboración con varias organizaciones de acreditación-Comisión Conjunta, el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad y la URAC- han establecido normas que requieren la recolección de la raza, el origen étnico y datos en el idioma con el fin de realizar un seguimiento de las disparidades de salud y ayudar a promover la equidad.

Los detalles acerca de este requisito se puede encontrar en www.hhs.gov or www.ahrq.gov.

Aunque es obligatorio que nosotros hagamos estas preguntas, es posible que se niegue a responder.

**Por favor complete y devuelva a la recepcionista antes de que vea a su proveedor/doctor.
Por favor, marque aquí si usted se niega a responder estas preguntas. _____**

La información demográfica (marquee con un círculo la respuesta apropiada)

Raza: Indio Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano

Nativo de Hawaii o de las Islas del Pacífico Caucásico Otro _____

Etnia: Hispano Latino No Hispano o Latino

Idioma Principal: Inglés _____ Español _____ Otro _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____