PATIENT REGISTRATION PACKET

La persona que llena este formulario es: Paciente ☐ El guardián del paciente ☐

POR FAVOR LLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN CON LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

DIRECCIÓN DE CORREO CUIDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

#DE CELULAR # DE TELÉFONO SEXO BIOLÓGICO: M ☐ F ☐

CORREO ELECTRÓNICO PODEMOS CONTACT AR USTED POR CORREO ELECTRONICO??: SI ☐ NO ☐

FECHA DE NACIMIENTO #SOCIAL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EDAD

LUGAR DE EMPLEO IDIOMA PREFERIDO

ESTADO CIVIL: Soltera(o) ☐ Casada(o) ☐ Divorciada(o) ☐ Viuda(o) ☐ Separada(o) ☐ FARMACIA PREFERIDA

NOTIFICACIÓN DE EMERGENCIA

NOMBRE APELLIDO DIRECCIÓN DE CORREO

#DE CELULAR RELACIÓN

CONTACTO DE EMERGENCIA ADICIONAL QUE NO VIVE EN EL MISMO HOGAR QUE EL PACIENTE

NOMBRE APELLIDO DIRECCIÓN DE CORREO

#DE CELULAR RELACIÓN

POR FAVOR LLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN SI ES EL TUTOR DEL PACIENTE

NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

DIRECCIÓN DE CORREO CUIDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

#DE CELULAR # DE TELÉFONO FECHA DE NACIMIENTO #SOCIAL

LUGAR DE EMPLEO RELACIÓN

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO:

PORTADOR DE ASESURANZA	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DE ASEGURANZA	NOMBRE DE EMPLEADO
SS# DEL PORTADOR DE ASESURANZA	RELACION AL PACIENTE

INFORMACION SOBRE LA ASEGURANZA SECUNDARIA

PORTADOR DE ASESURANZA	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DE ASEGURANZA	NOMBRE DE EMPLEADO
SS# DEL PORTADOR DE ASESURANZA	RELACION AL PACIENTE

AL FIRMAR Y FECHAR A CONTINUACIÓN, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, LA INFORMACIÓN DEL TUTOR Y LA INFORMACIÓN DEL SEGURO PROPORCIONADA POR MÍ SON EXACTAS A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO:

Firma

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

POR LA PRESENTE CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO A LA ATENCIÓN PROPORCIONADA POR EL PERSONAL MÉDICO ASOCIADO A ESTA CLÍNICA QUE INCLUYE PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO, EXÁMENES, TRATAMIENTO MÉDICO/QUIRÚRGICO O SERVICIOS CLÍNICOS PRESCRITOS POR EL PERSONAL MÉDICO, SUS ASISTENTES O SUS DESIGNADOS, SEGÚN ES NECESARIO A JUICIO DEL PERSONAL MÉDICO. EN EL CASO DE QUE SOY EL TUTOR DEL PACIENTE: PARA EL PACIENTE MENCIONADO ARRIBA, AUTORIZO AL PERSONAL MÉDICO DE ESTA CLÍNICA A PROPORCIONAR TRATAMIENTO MÉDICO, DENTAL, DE LA VISTA Y/O DE EMERGENCIA A MI PALA. ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN SE DA ANTES DE CUALQUIER DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO ESPECÍFICO.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: AUTORIZO A ESTA CLÍNICA A DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A TERCEROS PROVEEDORES CON EL FIN DE PRESENTAR RECLAMACIONES DE SEGURO RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA DE MI PUERTO. ADEMÁS AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE EL TRATAMIENTO A MI MÉDICO O A CUALQUIER MÉDICO DESIGNADO POR MÍ.

ACUERDO FINANCIERO: ACEPTO SER FINANCIERAMENTE RESPONSABLE Y PAGAR EL COSTO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS A MÍ/MI PALACIO A LA CUENTA DE ESTA CLÍNICA DE ACUERDO CON LA TARIFA REGULAR Y LOS TÉRMINOS DE ESTA CLÍNICA.

ENTIENDO QUE ESTE FORMULARIO SERÁ VÁLIDO Y PERMANECERÁ EN EFECTO DURANTE UN AÑO CALENDARIO. ESTE FORMULARIO ME HA SIDO EXPLICADO COMPLETAMENTE Y ENTIENDO SU CONTENIDO.

Firma

CONSENTIMIENTO DE TRANSCRIPTOR MEDICO VIRTUAL

NUESTRAS SALAS DE EXAMEN EQUIPADAS CON MICRÓFONO PERMITEN QUE LOS ASISTENTES DE ESCRITOS MÉDICOS VIRTUALES ESCUCHEN Y TRANSCRIBEN SU VISITA A NUESTRO SISTEMA DE GRÁFICOS DE EXPEDIENTES MÉDICOS ELECTRÓNICOS. ESTE SERVICIO DE CORTESÍA LE PROPORCIONA UN REGISTRO MÁS EXACTO RÁPIDAMENTE Y AYUDA AL MÉDICO A ENFOCARSE EN EL BIENESTAR DEL PACIENTE.

EL MÉDICO PODRÍA REALIZAR UNA GRABACIÓN DE AUDIO DE LA VISITA PARA FINES DE CONTROL DE CALIDAD E INGRESO EXACTO DE DATOS EN EL EXPEDIENTE MÉDICO PERMANENTE, PERO SÓLO CON CONSENTIMIENTO. CUALQUIER REGISTRO SERÍA TEMPORAL Y ELIMINARÍA DESPUÉS DE INGRESAR EN EL EXPEDIENTE MÉDICO PERMANENTE.

ENTIENDO QUE MI VISITA O LA DE MI PALA SERA ESCRIBIDA EN LA COMPUTADORA POR UN ASISTENTE MÉDICO VIRTUAL.

Firma

EXENCIÓN DE ESTIMACIÓN DEL PACIENTE

RECONOZCO QUE LA CANTIDAD QUE SE ME PIDE PAGAR POR ESTA VISITA ES UNA ESTIMACIÓN. NO REPRESENTA UNA GARANTÍA DE PRECIO Y ENTIENDO QUE EL MONTO REAL DE ESTA VISITA PUEDE SER MÁS ALTO O MÁS BAJO QUE EL ESTIMADO QUE SE ME PIDE PAGAR.

Firma

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ENTIENDO QUE, SEGÚN LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS DE 1996 (HIPAA), TENGO CIERTOS DERECHOS A LA PRIVACIDAD CON RESPECTO A MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA. ENTIENDO QUE ESTA INFORMACIÓN PUEDE Y SERÁ UTILIZADA PARA:

- CONDUCCIÓN, PLANIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DIRECTO Y SEGUIMIENTO ENTRE LOS MÚLTIPLES PROVEEDORES DE SALUD QUE PUEDEN PARTICIPAR EN EL TRATAMIENTO DIRECTA E INDIRECTAMENTE.
- OBTENER PAGOS DE TERCEROS PAGADORES.
- REALIZAR OPERACIONES NORMALES DE ATENCIÓN MÉDICA, COMO EVALUACIONES DE CALIDAD Y CERTIFICACIONES MÉDICAS.

HE RECIBIDO, LEÍDO Y ENTENDIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD QUE CONTIENE UNA DESCRIPCIÓN MÁS COMPLETA DE LOS USOS Y DIVULGACIONES DE MI INFORMACIÓN DE SALUD. ENTIENDO QUE ESTA ORGANIZACIÓN TIENE DERECHO A CAMBIAR SU AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE VEZ EN CUANDO Y QUE PUEDO COMUNICARME CON ESTA ORGANIZACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO A LA DIRECCIÓN ANTERIOR PARA OBTENER UNA COPIA ACTUAL DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. TAMBIÉN ENTIENDO QUE PUEDO ACCEDER A ESTA POLÍTICA EN EL SITIO WEB DE LA CLÍNICA EN CUALQUIER MOMENTO.

ENTIENDO QUE PUEDO SOLICITAR POR ESCRITO QUE USTED RESTRINGA EL CÓMO SE UTILIZA O DIVULGA MI INFORMACIÓN PRIVADA PARA REALIZAR TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA. TAMBIÉN ENTIENDO QUE ESTÁ OBLIGADO A CUMPLIR DICHAS RESTRICCIONES.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO QUE:

1. SOY EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE PERSONAL DEL PACIENTE;
2. HE RECIBIDO UNA COPIA DEL "AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: PARA EL DISTRITO HOSPITALARIO DEL CONDADO DE MOORE; Y
3. ENTIENDO QUE PUEDO CONTACTAR A LA PERSONA NOMBRADA EN EL AVISO SI TENGO PREGUNTAS SOBRE EL CONTENIDO DEL AVISO.

Firma

AFIRMACIÓN DE LA POLÍTICA DE REPUESTO DE RECETAS

SI NECESITA UNA REPOSICIÓN DE UN MEDICAMENTO RECETADO ANTERIORMENTE, COMUNÍQUESE CON SU FARMACÉUTICO UNA SEMANA ANTES DE NECESITAR SU REPOSICIÓN. SU FARMACÉUTICO NOS ENVIARÁ POR FAX SU SOLICITUD JUNTO CON LAS DOSIS Y MEDICAMENTOS ACTUALES PARA LA APROBACIÓN DE SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA. LAS SOLICITUDES ENVIADAS POR FAX DE LA FARMACIA RECIBIDAS DESPUÉS DE LAS 16:00 NO SERÁN DISTRIBUIDAS HASTA EL DÍA SIGUIENTE POR LO TANTO COMIENZAN LAS 48 HORAS DE ENTREGA. PARA SU SEGURIDAD, SE LE PUEDE PEDIR QUE HAGA UNA CITA CON SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE REPETIR SU MEDICAMENTO. POR FAVOR RECUERDE ESPERAR 48 HORAS PARA QUE SE PROCESE SU SOLICITUD DE RECARGA.

FARMACIAS DE PEDIDO POR CORREO:
SI ELIGE EL SERVICIO DE RECETAS POR CORREO, SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA CON GUSTO LE PRODUCIRÁ RECETAS POR ESCRITO PARA QUE USTED LAS ENVÍE POR CORREO. POR FAVOR LLAME PARA INFORMARNOS CUANDO SE NECESITAN RECETAS Y COLOCAREMOS LAS RECETAS ESCRITAS EN LA RECEPCIÓN PARA QUE USTED LAS RECOJA. RECUERDE PERMITIR 2 SEMANAS PARA RECIBIR SUS MEDICAMENTOS POR CORREO.

SUSTANCIAS CONTROLADAS:
TODOS LOS MEDICAMENTOS CLASIFICADOS POR LA FDA COMO SUSTANCIA CONTROLADA SERÁN PRESCRITOS EN UN MÁXIMO DE 30 DÍAS. LAS REPUESTAS REQUERIRÁN UNA CITA A MENOS QUE EL PACIENTE HAYA CONSULTADO AL PRESCRIPTOR POR ESE PROBLEMA EN PARTICULAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.

***** HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA ANTERIOR *****

Firma
Fecha en que se firmaron todos los consentimientos

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL

PARTE 1. COMPLETE SI FIRMA SOLICITADA PERO NO OBTENIDA:
EL MIEMBRO DEL PERSONAL BUSCÓ, PERO NO PUEDE OBTENER, UN RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE PERSONAL DEL PACIENTE POR LA SIGUIENTE RAZÓN:
O EL PACIENTE/REPRESENTANTE PERSONAL SE NEGÓ A FIRMAR EL FORMULARIO
O OTRO(A):

PARTE 2. COMPLETE SI EL PACIENTE/REPRESENTANTE PERSONAL NO ESTA DISPONIBLE PARA FIRMAR EL FORMULARIO EL PRIMER DÍA DE ENTREGA DEL SERVICIO:
O FORMULARIO ENVIADO/ENVIADO AL PACIENTE/REPRESENTANTE PERSONAL EL FECHA:

PARTE 3. COMPLETE SI SE COMPLETÓ LA PARTE I O LA PARTE 2:

FIRMA DE LA MIEMBRO DEL (DE LA) PERSONAL: **FECHA:**