


## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Primer) (Apellido)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año) Sexo:  Masculino  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Número de Casa) (Nombre de Calle) (Número de Apartamento) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

 Tel. de Casa: \_\_\_\_\_  Celular: \_\_\_\_\_

 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Acompañó(a)  Separado(a)  Viudo(a)

Raza/Etnicidad:  Blanco  Afroamericano  Hispano/Latino  Asiático  Nativo Americano  Otro: \_\_\_\_\_

Método de Contacto:  Casa  Celular  Correo Electrónico Lenguaje:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección de Empleador: \_\_\_\_\_  
(Número) (Nombre de Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Numero de Tel: \_\_\_\_\_

## SEGURO PRIMARIO

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de Seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año)

Relación con el Titular del Seguro:

Yo  Esposo(a)  Hijo(a)  Pareja Domestica

## SEGURO SECUNDARIO (SI APLICA)

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de Seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año)

Relación con el Titular del Seguro:

Yo  Esposo(a)  Hijo(a)  Pareja Domestica

## FARMACIA

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Numero de Tel.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## Nuevo Historial Medico del Paciente

**INDIQUE BREVEMENTE EN EL RECUADRO DEBAJO DEL MOTIVO DE SU VISTA**

--

### HISTORIAL MEDICO

Condición / Enfermedad	El año que comenzó
<input type="checkbox"/> Hipertensión (Presión Alta)	
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	
<input type="checkbox"/> Híper / Hipotiroidismo	
<input type="checkbox"/> EPOC, Enfisema o Asma	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Reflujo Gastroesofágico	
<input type="checkbox"/> Depresión o Ansiedad	
<input type="checkbox"/> Desorden de Déficit de Atención / Desorden Hiperactivo y Déficit de Atención	
<input type="checkbox"/> Condiciones del Corazón	
<input type="checkbox"/> Otro(s):	

### CIRUGÍAS / HOSPITALIZACIONES / LESIONES GRAVES

Tipo de Cirugía / Hospitalizaciones	Mes / Año

### HISTORIA FAMILIAR

Relativa(o)	Vivo / Fallecido	Edad Actual o Edad que Murió	Causa de la Muerte	Problemas de Salud
Padre:				
Madre:				
Hermano(s):				
Hermana(s):				
Hijo(s):				

**MEDICAMENTOS/ALERGIAS O INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS**

Indique abajo los medicamentos alimentos que causan una reacción alérgica (es decir hinchazón, sarpullido) o intolerancia (es decir nauseas)

Medicamentos / Alimentos	Reacción

**MEDICAMENTOS ACTUALES**

Nombre del Medicamento	Dosis

**VACUNACIONES**

	Fecha (Mes / Año)
Tétanos (Tdap)	
Influenza (Gripe)	
Neumonía	
Culebrilla (Herpes)	

**MANTENIMIENTO DE LA SALUD**

Prueba Realizada	Fecha (Mes / Año)	Por Favor Marque Si o No
Lípidos (Colesterol)		¿Anormal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Colonoscopia		¿Anormal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Mamografía		¿Anormal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Papanicolaou		¿Anormal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Densidad de Los Huesos		¿Anormal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Examen de La Vista		

**HISTORIA SOCIAL**

¿Bebes alcohol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Número de bebidas?
¿Fuma actualmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si usted fuma, ¿cuántos paquetes al día?
¿Fumabas antes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si antes fumaba ¿en qué año renunció?
¿Haces ejercicio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Duración y frecuencia?

## CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, el abajo firmante, reconozco que he leído la copia del Aviso de prácticas de privacidad de **South Shore Family Practice (Phoenix Health & Wellness Management Corp.)**. Si tengo alguna pregunta sobre la política, la discutiré con mi médico o el oficial de cumplimiento del grupo.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o padre o tutor del paciente) Imprimir Nombre Fecha

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Por el presente solicito y autorizo a **South Shore Family Practice (Phoenix Health & Wellness Management Corp.)** a llevar a cabo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como tratamientos médicos, según se determine necesario conforme al criterio médico profesional de mi médico tratante, que incluye, entre otros, electrocardiogramas, pruebas de sangre y la administración de medicamentos y vacunas, así como la obtención de mi historial medical electrónico, según proceda. Estoy consciente de que la práctica de la medicina y los procedimientos relacionados no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías con respecto al resultado de ningún procedimiento, tratamiento o pruebas.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o padre o tutor del paciente) Imprimir Nombre Fecha

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE A UNA SEGUNDA PARTE

Al firmar a continuación, por la presente doy permiso a **South Shore Family Practice (Phoenix Health & Wellness Management Corp.)** para discutir con las siguientes personas información relacionada con los servicios de atención médica que recibo en el consultorio / práctica médica mencionada anteriormente. Acepto que esta información se limitará a la programación de citas (fecha y hora), programación de procedimientos (fecha, hora e información de preparación) prescripción re-llenado, resultados de pruebas de laboratorio, resultados de exámenes radiológicos y consultas de facturación. Acepto que esto no incluye la capacidad de las personas que se indican a continuación de autorizar la divulgación de mi información médica protegida a un tercero o de solicitar en mi nombre una copia de mi información médica. Acepto que esta autorización permanecerá activa hasta que la revoque enviando una autorización actualizada al consultorio médico mencionado anteriormente.

Nombre de la Persona \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Numero de Tel \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Numero de Tel \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o padre o tutor del paciente) Imprimir Nombre Fecha

## GARANTÍA DE PAGO

Muchas compañías de seguro, incluso las organizaciones de cuidado gestionado, requieren de previa autorización escrita para el tratamiento y las citas de seguimiento. Es su responsabilidad como paciente obtener todas las autorizaciones necesarias de su compañía de seguro antes de recibir los servicios médicos. Si no ha recibido aprobación previa para el servicio o le han rechazado la autorización, usted es totalmente responsable de todos los cargos si su seguro no está de acuerdo en pagarlos. Además, será responsable de todos los deducibles, coseguros, copagos, cualquier pago que no esté cubierto por su plan de seguro, y cualquier servicio que la compañía de seguro determine que no es "médicamente necesario".

He leído y entiendo esta información. Entiendo que mi compañía de seguro podría negar cobertura y solicito que de todas formas **South Shore Family Practice (Phoenix Health & Wellness Management Corp.)** preste este servicio médico. Estoy de acuerdo en ser total y personalmente responsable por todos los cargos. Entiendo que el proveedor mencionado anteriormente depende de esta promesa y está prestando servicios sin requerir pago en el momento del servicio basado en dicha confianza.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o padre o tutor del paciente) Imprimir Nombre Fecha

## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo que los pagos del seguro se realicen directamente a **South Shore Family Practice** por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de todos y cada uno de los saldos no cubiertos por mi compañía de seguros.

Por la presente autorizo a **South Shore Family Practice** a divulgar información médica o incidental que pueda ser necesaria para la atención médica o el procesamiento de reclamaciones de seguros.

Verifico que toda la información proporcionada sobre mi seguro es precisa. Notificaré a la oficina **South Shore Family Practice** si se realizan cambios en mi seguro. Autorizo la divulgación de registros a pedido. Una fotocopia de estas cesiones será válida como original.

X

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o padre o tutor del paciente)

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Acuerdo Narcótico

**\*\* Por favor lea esta página COMPLETAMENTE y CUIDADOSAMENTE. \*\***

**PHOENIX HEALTH & WELLNESS** le está emitiendo una receta de narcóticos y con sus iniciales después de cada declaración y firmando en la parte inferior, usted acepta los siguientes términos y condiciones:

\_\_\_\_\_ Cumpliré (y llegaré a tiempo) a todas mis citas programadas con el médico que me esté tratando.

\_\_\_\_\_ Si el medicamento se pierde o es robado, entiendo que **NO** será reemplazado hasta mi próxima cita.

\_\_\_\_\_ Todos los narcóticos **NO** se emitirán más de una vez al mes o (a) discreción del médico.

\_\_\_\_\_ Las recetas no se enviarán a mi farmacia antes del tiempo prescrito, **SIN EXCEPCIONES**.

\_\_\_\_\_ No se puede emitir narcóticos de ningún otro médico mientras esté bajo su cuidado con tratamiento con narcóticos, a menos que el médico sepa que está siendo tratado por otro médico por una condición diferente.

\_\_\_\_\_ El día de la cita se me pedirá que me hagan una prueba de detección de drogas a través de orina o hisopo.

\_\_\_\_\_ Me solicitará a entrar en la oficina a presentar pruebas de detección de drogas al azar para el cumplimiento.

\_\_\_\_\_ Si los medicamentos que me han recetado no están en mi sistema, o se detectan drogas ilícitas (heroína, cocaína, etc.), resultará en el alta inmediata de la práctica y no se me entregarán recetas de narcóticos.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Autorización de acceso a información del paciente  
a través de una organización de intercambio de información de salud**

Departamento de Salud del Estado de Nueva York

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección del paciente		

Solicito que el acceso a la información de salud vinculada a mi atención médica y tratamientos se rija por lo que se establece en este formulario. Puedo optar por permitir (o no) que **PHOENIX HEALTH & WELLNESS** acceda a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información de salud denominada Healthix. En caso de otorgar mi consentimiento, se podrá acceder a través de una red informática estatal a mis registros de atención de salud provenientes de los diferentes lugares donde me atiendo. Healthix es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas por medios electrónicos y cumple con los requisitos de privacidad y seguridad establecidos por la ley HIPAA [Ley de Transferencia y Responsabilidad en los Seguros de Salud] y la ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite el sitio en Internet de Healthix en [www.healthix.org](http://www.healthix.org).

**La elección que haga en este formulario NO afectará mi acceso a la atención de salud. La elección que haga en este formulario NO autoriza a las empresas de seguros de salud a acceder a mi información con el objetivo de decidir si me brindarán o no cobertura de seguro de salud o pagarán mis gastos médicos.**

<b>Mi opción de consentimiento.</b> He marcado UNA casilla a la izquierda de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar de opinión en cualquier momento, para lo cual bastará con que llene un nuevo formulario.
<input type="checkbox"/> <b>1. DOY MI CONSENTIMIENTO</b> para que <b>PHOENIX HEALTH &amp; WELLNESS</b> acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix para brindarme cuidados de atención de salud.
<input type="checkbox"/> <b>2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO</b> para que <b>PHOENIX HEALTH &amp; WELLNESS</b> acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix.

Si quiero denegar mi consentimiento a todas las organizaciones proveedoras de cuidados de salud o planes de salud que participan en Healthix a fin de que no accedan a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix, podré hacerlo a través del sitio en Internet de Healthix, [www.healthix.org](http://www.healthix.org), o llamando a Healthix al 877-695-4749.

He recibido respuestas a mis preguntas sobre este formulario, y se me ha entregado una copia del mismo.

Firma del paciente o representante legal del paciente	Fecha
Nombre del representante legal en imprenta (si corresponde)	Relación entre el representante legal y el paciente (si corresponde)



**Detalles sobre la información a la que se accede a través de Healthix y el proceso de consentimiento:**

- Maneras en las que podría utilizarse su información.** Su información de salud en formato electrónico se utilizará **únicamente** para los siguientes servicios de atención de salud:
  - **Servicios de tratamiento.** Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
  - **Verificación de elegibilidad de cobertura de seguro.** Verificar si cuenta con un seguro médico, y qué es lo que cubre.
  - **Actividades de administración de cuidados.** Las mismas incluyen brindarle asistencia para acceder a cuidados médicos apropiados, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la provisión de los múltiples servicios de atención de salud que reciba o ayudarlo para que cumpla con su plan de cuidados médicos.
  - **Actividades de mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que reciben usted y todos los pacientes.
- Tipos de información sobre usted que se incluyen.** Si usted otorga su consentimiento, la(s) organización(es) proveedora(s) incluida(s) podrá(n) acceder a TODA su información de salud en formato electrónico disponible a través de Healthix. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de firma de este formulario. Sus registros de salud podrían incluir su historial de enfermedades o lesiones (como diabetes o fracturas óseas), resultados de análisis (como rayos X o análisis de sangre) y listas de los medicamentos que haya tomado. Dicha información podría incluir datos sobre afecciones de salud de índole confidencial, entre ellas:
  - Problemas de abuso de alcohol o drogas y diagnóstico
  - Control de natalidad y abortos (planificación familiar)
  - Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas)
  - VIH/SIDA
  - Enfermedades mentales
  - X
  - Enfermedades de transmisión sexual
  - Medicación y dosis
  - Información sobre el diagnóstico
  - Alergias
  - Informes sobre la historia de uso de sustancias
  - Observaciones clínicas
  - Informes sobre altas hospitalarias
  - Información laboral
  - Composición familiar
  - Apoyo social
  - Registros clínicos sobre reclamos
  - Pruebas de laboratorio
- De dónde proviene la información de salud sobre usted.** La información sobre usted proviene de los lugares donde ha recibido atención médica o de su proveedor de seguro de salud. Eso podría incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, empresas de seguros de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud por vía electrónica. En Healthix podrá encontrar una lista completa y actualizada de dichas entidades. Podrá acceder una lista actualizada en cualquier momento en el sitio en Internet de Healthix, [www.healthix.org](http://www.healthix.org), o llamando al 877-695-4749.
- Quiénes podrán acceder a su información, si otorga su consentimiento.** Únicamente médicos y otros miembros del personal de la(s) organización(es) a las cuales usted haya dado su consentimiento para acceder a la información, y que desarrollen actividades autorizadas en este formulario, tal como se describen en el párrafo uno.
- Acceso de organizaciones de salud pública y de trasplante de órganos.** La ley autoriza a las agencias federales, estatales o locales de salud pública, y ciertas organizaciones de trasplante de órganos, a acceder a la información de salud sin el consentimiento del paciente para determinados fines vinculados a la salud pública y al trasplante de órganos. Dichas entidades podrán acceder a su información a través de Healthix con dichos fines independientemente de que usted otorgue o no su consentimiento, o no llene un formulario de consentimiento.
- Sanciones por el uso o acceso ilícito a su información de salud.** Existen sanciones por el acceso o uso inapropiado de su información de salud en formato electrónico. Si en cualquier momento usted sospecha que alguien no autorizado ha visto o accedido a su información de salud, o llame a **PHOENIX HEALTH & WELLNESS** al (631) 647-4567 o visite el sitio en Internet de Healthix, [www.healthix.org](http://www.healthix.org); o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o siga el proceso para presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- Divulgaciones posteriores de su información.** Cualquier organización a la que usted haya dado su consentimiento para acceder a su información de salud podrá volver a divulgarla, pero únicamente en la medida permitida por las leyes y disposiciones estatales y federales. La información vinculada a tratamientos por el abuso de alcohol o drogas, o la información confidencial vinculada al VIH, únicamente será accesible, y podrá volver a divulgarse, si está acompañada por las declaraciones obligatorias sobre la prohibición de divulgaciones posteriores.
- Período de vigencia.** Este formulario de consentimiento conservará su vigencia hasta el día en que usted revoque su consentimiento, el día de su fallecimiento o hasta que Healthix deje de funcionar. En caso de que Healthix se fusione con otra entidad calificada, sus opciones de consentimiento conservarán su vigencia en la nueva entidad fusionada.
- Cómo cambiar su opción de consentimiento.** Usted podrá cambiar su opción de consentimiento en cualquier momento y para cualquier organización de provisión de cuidados de salud o plan de salud, para lo que bastará con que presente un nuevo formulario de consentimiento con su nueva elección. Las organizaciones que accedan a su información de salud a través de Healthix mientras su consentimiento esté en vigencia podrán copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aun si posteriormente usted decide cambiar su decisión de consentimiento, dichas organizaciones no estarán obligadas a devolverle su información o eliminarla de sus registros.
- Copia del formulario.** Usted tiene derecho a que se le entregue una copia de este formulario de consentimiento.