

FORMA DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE



Hoy es: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre del Paciente Apellido	Primeros	Segundo	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sra.	Estado Civil (trazar círculo) Soltero/Casado/ Divorciado /Sep/ Viudo
¿Es éste su nombre legal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si no lo es, ¿cuál es su nombre legal?		Fecha de Nacimiento / /	Edad Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T
Dirección de su Casa	Ciudad	Estado	Código Pos.	Teléfono de la Casa ()
Número del Teléfono Celular ()	Dirección de Corr. Elec. (Se usará para recordarle las citas)			Seguro Social -
Ocupación	Empleador	Teléfono del Empleador		

Tipo de Empleo: 1 – Tiempo Completo 2 – Tiempo Medio 3 – No Trabaja 4 – Trabaja por su Cuenta 5 – Retirado 6 – Militar Activo

Tipo de estudiante: F – Tiempo Completo P – Tiempo Medio N – No es Estudiante

Raza: Indígena de EE.UU./Indígena de Alaska Asiático Indígena de Hawái/Islas del Pacífico Negro/Afroamericano
 Blanca Hispana Otra Se Negó a Responder

Minoría Étnica: Hispano o Latino No es Ni Hispano Ni Latino Se negó a Responder

Idioma: Inglés Español Indígena Japonés Chino Coreano Francés Alemán Ruso
 Otro _____

Farmacia:	¿Tiene usted testamento vital? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
-----------	--

¿Quién lo Refirió? (Favor de Marcar una Casilla)

Dr. _____ Aseguranza Hospital Familiar Amigo Directorio Telefónico Otro _____

Otros Familiares que Se Han Atendido Aquí

Nombre de Su Médico Primario o de Cabecera:

Número Telefónico:

INFORMACIÓN SOBRE EL RESPONSABLE DEL PAGO

(Información usada para estados de cuenta del paciente)

Responsable: <input type="checkbox"/> Otro Paciente <input type="checkbox"/> Persona que Garantiza el Pago <input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Marque aquí si la información es la misma que la del paciente			
Nombre	Dirección		Teléfono de la Casa	
Fecha de Nacimiento / /	Dirección de Correo Electrónico		()	
Ocupación	Empleador	Dirección del Empleador		Teléfono del Empleador ()

INFORMACIÓN SOBRE LA ASEGURANZA

(cuando llegue, entregue su tarjeta del seguro en el mostrador)

¿A Qué Se Debe Esta Visita? SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (WC, por sus siglas en inglés)

MEDICINA OCUPACIONAL (OM, por sus siglas en inglés) ACCIDENTE EN VEHÍCULO (MVA, por sus siglas en inglés) FECHA DEL ACCIDENTE

¿Tiene el paciente seguro médico? SÍ NO

Nombre del Asegurado: -	No. de Seguro Social: - -	Fecha de Naci. / /	Seguro Desde / /	Identif. de Grupo	Identif. del Suscriptor (No. de Póliza)
-------------------------	---------------------------	--------------------	------------------	-------------------	---

Relación o Parentesco del Paciente con el Asegurado Misma Persona Esposo o Esposa Hijo Otra _____

Nombre de la Aseguradora Secundaria	Nombre del Asegurado	Fecha de Naci.	Identif. de Grupo	Identif. del Suscriptor (No. de Póliza)
-------------------------------------	----------------------	----------------	-------------------	---

Relación o Parentesco del Paciente con el Asegurado Misma Persona Esposo o Esposa Hijo Otra _____

EN CASO DE UNA EMERGENCIA, COMUNÍQUENSE CON:

Nombre (Apellido, Primero)	Relac. o Parentesco con el Paciente	Teléfono de la Casa ()	Otro Teléfono ()
----------------------------	-------------------------------------	----------------------------	----------------------

Estoy de acuerdo en que, a mi saber, la información que se da en esta forma es exacta y está al día. Doy permiso para recibir mensajes de texto y/o correos electrónicos enviados por el Centro a cualquier número de celular y/o dirección de correo electrónico que se ha dado aquí; se podrán enviar recordatorios de citas, cuentas, recibos de pago o materiales de mercadotecnia. Comprendo que la atención del paciente la dirige su médico y doy permiso para que se me presten los servicios que sean los adecuados para atenderme según los ordene(n) mi(s) médico(s).

Nombre _____

Fecha De Nacimiento _____

La Razon De La Visita _____

MEDICAMENTOS, HIERBAS, VITAMINAS

LA HISTORIA MEDICO

Alergia Medicamento

CIRUGIAS

LA HISTORIASOCIAL

Uso tobaco? Si No

Cigarrillo / la masticacion del tabaco Cuantos?

Uso Alcohol? Tipo _____

Cuantos? _____

Uso de droga? Tipo _____

Cuantos? _____

HISTORIA FAMILAR

	Enfermeda Cardiaca	Diabetes	Cancer	Stroke	Alergias	Asthma	Otro
Padre							
Madre							
Hermano (a)							
Ninos							
Otro							

REVISION DE SINTOMAS

Aumento de peso Bajo de peso Fatiga Fiebre Eccema Dolor Musculo Dolor De Cabeza
Sarpullido Lesiones Vomito Tos Dolor En Los Ojos Doble Vision Debilidad Dolor En El Pecho
Palpitaciones Dificultad Para Respirar Nausea Dificultad Tragar
Frecuencia Para Orinar Dolor a Orinar Acidez

**MEMORIAL
EAR, NOSE & THROAT
AUTHORIZATION/REQUISITION (circle one)
FOR RELEASE OF INFORMATION
PHONE: (575) 556-1860 FAX: (575) 556-1861**

SECCION A: Esta sección debe ser llenada por el paciente

Nombre del paciente: _____ Historia clínica o de identificación: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Social Security Number: _____

Por medio del presente, autorizo a MMC ENT para usar o divulgar la información de salud que pueda identificar individualmente, según se describe en esta autorización. Comprendo que esta autorización es voluntaria y, que si la persona o entidad autorizada mediante este documento no es un plan de salud o proveedor de servicios de salud, es posible que mi información ya no esté protegida por las leyes estatales o federales.

Indique la información específica que tiene autorización de divulgación:

Fechas del servicio o la entrevista que se divulgará:

- | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anestesia | <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Electrocardiograma (ECG) | <input type="checkbox"/> Emergencia | <input type="checkbox"/> Carpeta |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes/medico | <input type="checkbox"/> Informe de imágenes | <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Medicamento | <input type="checkbox"/> Sala de recién nacido | <input type="checkbox"/> Cirugía /procedimiento |
| <input type="checkbox"/> Instrucciones | <input type="checkbox"/> Servicios ambulatorios | <input type="checkbox"/> Patología | <input type="checkbox"/> Evolución | <input type="checkbox"/> Informe de lactación | <input type="checkbox"/> UB 82 |
| <input type="checkbox"/> Factura desglosada | <input type="checkbox"/> Acc de divulgación | <input type="checkbox"/> Historia clínica completa | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Radiografías | <input type="checkbox"/> _____ |

Información divulgada a o desde:

Nombre del Doctor:
 Dirección:
 Ciudad, estado, código postal
 Número del teléfono #: Fax #:

SECCION B: Esta sección debe ser llenada por los proveedores si la divulgación es para sus propios fines:

Propósito de la divulgación:

Reciba el establecimiento o la consulta una indemnización financiera o en especies por el uso o la divulgación de la información descrito anteriormente?

YES

NO

SECCION C: (El paciente debe leer y llenar la información en esta sección)

- Comprendo que mi atención de salud no se verá afectada si no firmo este formulario.
- Comprendo que esta autorización vencera el _____ (fecha) o _____ (situación).
- Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento si informa a por escrito, excepto que dicha autorización ya se haya dado según el período de autorización previo.
- Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización o solicitud si la pido.
- Comprendo que si los registros incluyen información confidencial, puede ser necesario que mi médico autorice su uso o divulgación.

Por medio del presente, autorizo el uso o divulgación de la información de salud que me pueda identificar individualmente, según se describe anteriormente. Comprendo que, a menos que este restringida por leyes estatales individuales, esta información puede incluir antecedentes sobre VIH, SIDA, enfermedades venéreas o trastornos de salud mental. Comprendo que la excepción a esta autorización se aplica (de acuerdo con 42 CFR part 2) a los registros que incluyen abuso de drogas y alcohol o notas de terapeuta psiquiátrico. Esta tipo de registros requieren una autorización por separado. Comprendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de servicios de salud cubiertos por las normas de privacidad federales, es posible que la información divulgada y no esté protegida por dichas normas de privacidad.

Firma del paciente o de su representante _____ Fecha _____



Las Cruces PHYSICIAN PRACTICES

RECONOCIMIENTO DE HIPAA, CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y POLÍTICA FINANCIERA

- I. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO.** Por la presente otorgo consentimiento para que se lleven a cabo los procedimientos diagnósticos y/o tratamientos médicos que mi(s) médico(s) considere(n) necesarios o recomendables. Por la presente consiento a que se lleven a cabo todos los procedimientos de enfermería y técnicos y los estudios que indique(n) mi(s) médico(s). Entiendo que mis cuidados médicos podrían requerir la obtención de muestras de mi cuerpo, incluyendo fluidos o tejidos. Esto incluye si hubiera que extraer sangre o remover tejidos durante las pruebas, tratamiento o intervenciones quirúrgicas. Además, entiendo que si alguien de entre el personal médico u alguna otra persona(s) se hubiera expuesto a mi sangre o fluidos corporales, se analizará mi sangre para detectar infecciones de transmisión hemática, Hepatitis C y VIH/SIDA entre otras. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y admito que no se me han dado garantías con respecto al resultado de los tratamientos o exámenes. Tengo derecho a rehusar que se me hagan estudios o tratamientos (dentro de lo permitido por la ley) y a que me digan lo que pudiera suceder si lo hago. Tengo derecho a que no me saquen fotografías ni videos a no ser que yo dé mi consentimiento, excepto lo necesario para mi tratamiento. Es mi intención que este consentimiento permanezca en vigor incluso después de que se haya llegado a un diagnóstico concreto y se haya recomendado un tratamiento. Este consentimiento permanecerá en plena vigencia hasta que se revoque por escrito.
- II. **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.** Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad provee información acerca de cómo podríamos emplear y divulgar información protegida sobre su salud (PHI, por sus siglas en inglés). En el Aviso hay una sección de Derechos del Paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este Reconocimiento. Los términos del Aviso podrían cambiar; si cambiamos el aviso, usted puede solicitar una copia de la versión revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina o recibirá el nuevo aviso la siguiente vez que lo traten en nuestra oficina. La Clínica provee este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).

El paciente entiende que:

Iniciales
del
paciente

- La clínica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la posibilidad de revisar este aviso.
- La información de salud protegida se puede divulgar o emplear para fines de tratamiento, pago o actividades sanitarias.
- La clínica se reserva el derecho de cambiar el aviso de prácticas de privacidad.

Doy permiso para que se divulgue mi Información Protegida de Salud para comunicar los resultados, conclusiones, y decisiones de cuidados médicos a las personas enumeradas a continuación. Favor de tener en cuenta que esto no autoriza a estas personas a obtener copias de mis expedientes médicos sin una autorización mía completa y válida.

NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE CONTACTO

- III. ELECCIÓN DE TRANSMISIÓN ELECTRÓNICA DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Autorizo a la Clínica a que provea una copia del expediente de mi tratamiento médico y un resumen del expediente de cuidados a mí(s) médico(s) de cabecera, a mí(s) médico(s) especialistas y/o a cualquier otro proveedor de cuidados de salud o centros de salud para facilitar mi tratamiento y la continuidad de cuidado. Entiendo que la información divulgada bajo este párrafo podría incluir, entre otras cosas, información confidencial relacionada con el VIH e información acerca de enfermedades de transmisión sexual o contagiosas, información acerca del abuso de drogas o alcohol o de la dependencia de drogas o alcohol, información acerca de la salud mental o comportamiento (excepto notas de psicoterapia), información de pruebas genéticas, y/o información sobre abortos. El resumen de los cuidados consiste en información de mi expediente médico e incluye, entre otras cosas, información acerca de procedimientos y pruebas de laboratorio llevados a cabo en este episodio de mi cuidado, mi plan de tratamiento, una lista de mis problemas actuales y pasados, y mi lista actual de medicamentos. Entiendo que puedo, pidiéndolo por escrito a la Clínica, revocar esta autorización en cualquier momento. Sin embargo, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar información que ya ha sido divulgada bajo esta autorización. Esta autorización se vence automáticamente un año después de la fecha en que termine el episodio de tratamiento actual.
- IV. PARTICIPACIÓN EN INTERCAMBIO(S) DE INFORMACIÓN DE SALUD:** Puede ser que las leyes estatales y federales permitan que esta Clínica participe en organizaciones con otros profesionales médicos, aseguradores, y/u otros miembros de la industria de cuidados de salud y sus subcontratistas para que estas personas y entidades comparten unos con otros información acerca de mi salud para alcanzar objetivos que podrían incluir, entre otras cosas: mejorar la precisión y disponibilidad de mis expedientes médicos; acortar el tiempo necesario para acceder a mi información; consolidar y comparar mi información para mejorar la calidad; y cualquier otro motivo que permita la ley. Por este medio autorizo a la Clínica a proveer una copia de mi expediente médico, o partes del mismo, a cualquier intercambio o red de información de salud en el cual participe la Clínica y a cualquier otro participante en dicho intercambio o red de información de salud con vistas al tratamiento, pago, atención médica, y los objetivos mencionados antes, y en conformidad con los términos del convenio de participación de ese intercambio o red de información de salud. La lista completa de intercambios y/o redes de información de salud en los cuales participa la Clínica se encuentra en el Aviso de Prácticas de Privacidad, disponible en la página web de la Clínica, y esta lista se pondrá al día de vez en cuando, cada vez que la Clínica participe en nuevos intercambios o redes de información de salud. Entiendo que la información divulgada bajo este párrafo podría incluir, entre otras cosas, información confidencial acerca VIH y otra información sobre enfermedades de transmisión sexual o contagiosas, información acerca del abuso de drogas o alcohol o dependencia de drogas o alcohol, información acerca de salud mental o comportamiento (excepto notas de psicoterapia), información sobre pruebas genéticas, y/o información acerca abortos. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando mi solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Sin embargo, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar la información que ya ha sido divulgada bajo esta autorización. Esta autorización se vence cuando se revoque.
- V. COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO Y TEXTO:** Si en algún momento doy una dirección de correo electrónico o de mensajes de texto donde se me pueda contactar, estoy dando consentimiento a recibir llamadas o mensajes de texto, incluyendo entre otras cosas comunicados sobre facturación y pago de artículos y servicios, a menos que notifique a la Clínica lo contrario por escrito. En esta sección, las llamadas y mensajes de texto incluyen, entre otras cosas, mensajes pregrabados, mensajes de voz artificial, dispositivos telefónicos de marcado automático u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajería de texto, o mediante cualquier otra forma de comunicación electrónica de la Clínica, sus filiales, contratistas, prestadores de servicios, proveedores de servicios clínicos, abogados, o agentes, incluidas las agencias de cobro. La Clínica se puede poner en contacto conmigo por correo electrónico y/o por mensaje de texto para recordarme una cita, para pedir comentarios sobre mi experiencia con el equipo de salud de la Clínica y para mandarme recordatorios o información sobre salud en general.
- VI. POLÍTICA FINANCIERA:** El abajo firmante, en consideración de los servicios que se prestarán al paciente, se obliga a pagar a la Clínica conforme a sus tarifas y términos normales, y si la factura se envía a un abogado o agencia de

recaudación, a pagar honorarios razonables del abogado y los gastos de recaudación. El abajo firmante por la presente transfiere a la Clínica todos los beneficios del seguro por los servicios prestados.

- La Clínica mandará el cobro al seguro como cortesía hacia usted; sin embargo, usted es responsable de la factura completa. **Todos los copagos, deducibles no pagados, y otros servicios que son responsabilidad del paciente se deberán pagar en el momento de la visita.** Si su compañía de seguros aplica los cargos facturados a su deducible, deniega los servicios, o considera que los servicios no están cubiertos, usted es responsable del pago del servicio. **Si no tiene seguro, se espera que pague la factura completa al momento de la visita.**
- En caso de que su compañía de seguros no pague el reclamo en un plazo razonable (45-60 días), usted podría ser responsable de la factura. Si no se recibe pago del garante en un tiempo razonable, o si nos devuelven el correo por no poderse entregar, le pasaremos su factura a una agencia de cobros independiente.
- Si su plan de seguro requiere una remisión o autorización previa, debe presentarla junto con su identificación del seguro en cada visita. Si no tiene la remisión al llegar a la cita, usted es responsable del pago de la visita.
- A los cheques rechazados se les impondrá un sobrecargo. Podría cobrarse una cuota por citas a las que no acuda.

VII. **CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN, Y SOLICITUDES DE PAGO:** Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información de salud a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o aseguradoras para el pago de reclamos de Medicare, o a la agencia estatal adecuada para el pago de reclamos de Medicaid. Certifico que la información que di al solicitar pago bajo Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare) es correcta. Solicito que se efectúe en mi nombre el pago de los beneficios asignados.

Acuso recibo del Formulario de Reconocimiento y Consentimiento. También reconozco que se me ha dado oportunidad para hacer preguntas.

Nombre del paciente o representante en letra de imprenta

Firma del paciente o representante

Fecha _____

Relación al paciente (si no es el paciente): _____

SOLAMENTE PARA USO DEL PERSONAL DE LA CLÍNICA

Marque si el paciente decidió no llevarse una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad

Indique el motivo de la negativa, si lo conoce:

Firma del Testigo (empleado)

Nombre del testigo (empleado) en letra de imprenta

Fecha: _____