

Child

# FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE



Fecha de hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>					
Nombre del Paciente	Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento / /	Edad    Sexo O M O F O T
¿Este es su nombre legal? O SÍ    O NO		Si no es así, ¿cuál es su nombre legal?		Teléfono de casa (   )	# de SS
Dirección de su casa o para correspondencia (circule uno)			Ciudad	Estado	Código Postal
Correo electrónico		El menor vive con:			
Hermanos (nombre y fecha de nacimiento)					
Situación del estudiante: O F- Estudiante de tiempo completo O P- Estudiante de tiempo parcial O N- No es estudiante Escuela a la que asiste:					
Raza: O Indio nativo americano/Nativo de Alaska O Asiático O Nativo de Hawái/ Isleño del Pacífico O Negro/Afroestadounidense O Blanco O Hispano O Otro O Se niega a responder					
Etnia: O Hispano o latino O Ni hispano/ ni latino O Prefiere no responder					
Idioma: O Inglés O Español O Indio O Japonés O Chino O Coreano O Francés O Alemán O Ruso O Otro					
Farmacia:			¿Tiene usted un testamento vital?    O Sí    O No		
Remitido por (por favor marque una casilla) O Dr. O Seguro O Hospital O Familiar O Amigo O Páginas amarillas O Otro					
Otros miembros de la familia que reciben atención aquí					
Nombre del médico de cabecera			Número de teléfono		
<b>INFORMACION DEL PADRE/MADRE/TUTOR/PERSONA RESPONSABLE</b>					
Parte responsable: Nombre		Dirección		Teléfono de casa	
Fecha de nacimiento / /		Correo electrónico		(   )	
Ocupación	Empleador	Dirección del empleador		Teléfono del empleador	
				(   )	
Información del otro padre/tutor: Nombre		Dirección		Teléfono de casa	
Fecha de nacimiento / /		Correo electrónico		(   )	
Ocupación	Empleador	Dirección del empleador		Teléfono del empleador	
				(   )	
<b>INFORMACION DEL SEGURO MÉDICO (Muestre su tarjeta de seguro en la recepción, cuando se registre)</b>					
¿Esta visita es para algo de lo siguiente? O COMPENSACIÓN LABORAL (WC) O MEDICINA OCUPACIONAL (OM) O ACCIDENTE EN UN VEHÍCULO MOTORIZADO O FECHA DEL ACCIDENTE					
¿Tiene el paciente cobertura de seguro médico? O SÍ O NO			Nombre de la aseguradora		
Nombre del asegurado	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento / /	Fecha de validez / /	Identificación de grupo	Identificación de afiliado (Número de póliza)
Relación del paciente con la persona asegurada O Él/Ella mismo/a O Cónyuge O Hijo/a O Otro					
Nombre del seguro secundario	Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento / /	Identificación de grupo	Identificación de afiliado (Número de póliza)	
Relación del paciente con la persona asegurada O El/Ella mismo/a O Cónyuge O Hijo/a O Otro					
<b>CONTACTO DE EMERGENCIA</b>					
Nombre (apellido y nombre)		Relación con el paciente	Teléfono de casa (   )	Otro teléfono (   )	

Hasta donde tengo conocimiento, la información entregada en este formulario es correcta y actualizada.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

La Razon De La Visita \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS, HIERBAS, VITAMINAS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**LA HISTORIA MEDICO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Alergia Medicamento**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CIRUGIAS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**LA HISTORIASOCIAL**

Uso tabaco?  Si  No

Cigarrillo / la masticacion del tabaco Cuantos? \_\_\_\_\_

Uso Alcohol? Tipo \_\_\_\_\_

Cuanto? \_\_\_\_\_

Uso de droga? Tipo \_\_\_\_\_

Cuanto? \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILAR**

	Enfermedad Cardíaca	Diabetes	Cáncer	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/REQUISTION (circle one)  
FOR RELEASE OF INFORMATION**  
PHONE: (575) 556-1860 FAX: (575) 556-1861

**SECCION A: (Esta seccion debe ser llenada por el paciente)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Histora clinica o de identificacion: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_

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

Indique la informacion especifica que tiene autorizacion de divulgacion:

Fechas del servicio o la entrevista que se divulgara:

- |   |   |  |   |   |  |
|---|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anestesia            | <input type="checkbox"/> Consulta               | <input type="checkbox"/> Resumen del alta          | <input type="checkbox"/> Electrocardiogra (ECG) | <input type="checkbox"/> Emergencia             | <input type="checkbox"/> Caratula              |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes/ medico | <input type="checkbox"/> Informe de imagenes    | <input type="checkbox"/> Laboratorio               | <input type="checkbox"/> Medicamento            | <input type="checkbox"/> Sala de recien nacido  | <input type="checkbox"/> Cirugia /procedimento |
| <input type="checkbox"/> Instrucciones        | <input type="checkbox"/> Servicios ambulatorios | <input type="checkbox"/> Pathologia                | <input type="checkbox"/> Evolucion              | <input type="checkbox"/> Informe de facturacion | <input type="checkbox"/> UB 92                 |
| <input type="checkbox"/> Factura desglosada   | <input type="checkbox"/> Acc de divulgacion     | <input type="checkbox"/> Historia clinica completa | <input type="checkbox"/> Otro                   | <input type="checkbox"/> Radiografias           | <input type="checkbox"/> _____                 |

Informacion divulgada a o desde: \_\_\_\_\_ Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, estado, codigo postal \_\_\_\_\_  
 Numero del telefono #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

**SECCION B: Esta seccion debe ser llenada por los proveedores si la divulgacion es para sus propios fines:**

Proposito de la divulgacion: \_\_\_\_\_  
 Recibira el establecimiento o la consulta una indemnizacion financier o en especies por el uso o la divulgacion de la informacion descrito anteriormente?  YES  NO

**SECCION C: (El paciente deve leer y llenar la informacion en esta seccion)**

- Comprendo que mi atencion de salud no se vera afectada si no firmo este formulario.
- Comprendo que esta autorizacion vencera el \_\_\_\_\_ (fecha) o \_\_\_\_\_ (situacion).
- Comprendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento si informa a \_\_\_\_\_ por escrito, except que dicha autorizacion ya se haya dado segun el periodo de autorizacion previo.
- Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorizacion o solicitud si la pido.
- Comprendo que sim ls registros incluyen informacion confidencial, puede ser necesasrio que mi medico autorice SU USO o divulgacion.

Por medio del presente, autorizo el uso o divulgacion de la informacion de salud que me pueda identificar individualmente, segun se describe anteriormente. Comprendo que, a menos que este restringida por leyes estatales individuales, esta informacion puede incluir antecedentes bore VIH, SIDA, enfermedades venereas o trastornos de salud mental. Comprendo que la excepcionan a esta autorizacion se aplica (de acuerdo con 42 CFR part2) a los registros que incluyen abuso de drogas y alcohol o notas de terapeuta psiquiatrico. Esta tipo de registros requieren una autorizacion por separado. Comprendo que si la organizacion autorizada para recibir la informacion no es un plan de salud o un proveedor de servicios de salud cubiert por las normas de privacidad federales, es posible que la informacion divulgada y no este 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 mi(s) médico(s) de cabecera, a mi(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 compartan 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 del 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: \_\_\_\_\_