

# FORMA DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE



Las Cruces  
PHYSICIAN PRACTICES

Hoy es: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE						
Nombre del Paciente Apellido		Primero	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: <input type="checkbox"/> 1 – Tiempo Completo <input type="checkbox"/> 2 – Tiempo Medio <input type="checkbox"/> 3 – No Trabaja <input type="checkbox"/> 4 – Trabaja por su Cuenta <input type="checkbox"/> 5 – Retirado <input type="checkbox"/> 6 – Militar Activo						
Tipo de estudiante: <input type="checkbox"/> F – Tiempo Completo <input type="checkbox"/> P –Tiempo Medio <input type="checkbox"/> N – No es Estudiante						
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena de EE.UU./Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se Negó a Responder						
Minoría Étnica: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No es Ni Hispano Ni Latino <input type="checkbox"/> Se negó a Responder						
Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro _____						
Farmacia:		¿Tiene usted testamento vital? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
¿Quién lo Refirió? (Favor de Marcar una Casilla) <input type="checkbox"/> Dr. _____ <input type="checkbox"/> Aseguranza <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Directorio Telefónico <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (WC, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> MEDICINA OCUPACIONAL (OM, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN VEHÍCULO (MVA, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> FECHA DEL ACCIDENTE						
¿Tiene el paciente seguro médico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Misma Persona <input type="checkbox"/> Esposo o Esposa <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra _____						
Nombre de la Aseguranza Secundaria		Nombre del Asegurado		Fecha de Naci.	Identif. de Grupo	Identif. del Suscriptor (No. de Póliza)
Relación o Parentesco del Paciente con el Asegurado <input type="checkbox"/> Misma Persona <input type="checkbox"/> Esposo o Esposa <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> 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).

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre \_\_\_\_\_

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

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

**MEDICAMENTOS, HIERBAS, VITAMINAS**

**LA HISTORIA MEDICO**

**Alergia Medicamento**

**CIRUGIAS**

**LA HISTORIA SOCIAL**

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	Astma	Otro
Padre							
Madre							
Hermano (a)							
Niños							
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**

**SECCUION 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"/> Anesthesia              | <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/<br>medico | <input type="checkbox"/> Informe de<br>imagenes    | <input type="checkbox"/> Laboratorio                  | <input type="checkbox"/> Medicamento            | <input type="checkbox"/> Sala de recien<br>nacido  | <input type="checkbox"/> Cirugia<br>/procedimento |
| <input type="checkbox"/> Instrucciones           | <input type="checkbox"/> Servicios<br>ambulatorios | <input type="checkbox"/> Pathologia                   | <input type="checkbox"/> Evolucion              | <input type="checkbox"/> Informe de<br>facturacion | <input type="checkbox"/> UB 92                    |
| <input type="checkbox"/> Factura<br>desglosada   | <input type="checkbox"/> Acc de<br>divulgacion     | <input type="checkbox"/> Historia clinica<br>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: \_\_\_\_\_

Registra el establecimiento o la consulta una indemnizacion financiero 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 informo a \_\_\_\_\_ por escrito, except que dicha autorizacion ya se haya dado segun el period de autorizacion previo.
- Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorizacion o solicitud si la pido.
- Comprendo que sim is 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. Este 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 cubierto 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 fluídos 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 fluídos 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 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: \_\_\_\_\_