

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Información del paciente											
Apellido		Nombre		Segundo nombre		Sufijo		N.º de seguro social			
Género (marcar)		Fecha de nacimiento		Estado civil (marcar) <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____		Médico de atención primaria					
Idioma preferido (marcar) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		Raza (marcar) <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra: _____		Etnicidad (marcar) <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana <input type="checkbox"/> Desconocida							
Domicilio postal		Departamento/lote		Ciudad/estado		Código postal		Números de teléfono			
								Particular () Celular () Laboral ()			
Dirección de correo electrónico				¿Cómo nos conoció?		Médico que deriva					
Parte responsable											
Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Paciente											
Apellido		Nombre		Género (marcar) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha de nacimiento				¿Cuál es el vínculo del paciente con la parte responsable?	
Domicilio postal		Departamento/lote		Ciudad/estado		Código postal		Números de teléfono			
										Particular () Celular () Laboral ()	
Información del empleador											
Empleador		Domicilio			Ciudad/estado			Código postal			
Contacto de emergencia											
Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable											
Apellido		Nombre		Género (marcar) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha de nacimiento		¿Cuál es el vínculo del paciente con el contacto de emergencia?			
Domicilio postal		Departamento/lote		Ciudad/estado		Código postal		Números de teléfono			
								Particular () Celular () Laboral ()			
Contacto del representante											
Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia											
Apellido		Nombre		Género (marcar) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha de nacimiento		¿Cuál es el vínculo del paciente con el representante?			
Domicilio postal		Departamento/lote		Ciudad/estado		Código postal		Números de teléfono			
								Particular () Celular () Laboral ()			
Información del seguro											
Marcar si es: <input type="checkbox"/> Pago particular											
Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable					Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable						
Nombre del suscriptor/miembro			Fecha de nacimiento		Nombre del suscriptor/miembro			Fecha de nacimiento			
¿Cuál es el vínculo del paciente con el suscriptor?			Género (marcar) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		¿Cuál es el vínculo del paciente con el suscriptor?			Género (marcar) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Compañía de seguros primaria			Fecha de inicio		Compañía de seguros secundaria			Fecha de inicio			
Domicilio postal del seguro postal		Ciudad/estado		Código		Domicilio postal del seguro postal		Ciudad/estado		Código	
N.º de suscriptor/miembro			N.º de grupo		N.º de suscriptor/miembro			N.º de grupo			

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Aclaración en letra imprenta del paciente o del representante legal

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Motivo de la consulta: _____

Farmacia preferida (nombre/ubicación): _____

¿TIENE ALGUNA ALERGIA? _____

Lista de medicamentos que toma **ACTUALMENTE** (recetados, de venta libre y vitaminas):

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre y apellido: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre y apellido: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre y apellido: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre y apellido: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Si tiene medicamentos adicionales, enumérelos al dorso del formulario.

Historia clínica (marque TODO lo que corresponda):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> TDA | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Polimialgia |
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Cáncer rectal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio | <input type="checkbox"/> Rosácea |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de vejiga | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Célula falciforme |
| <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, o C) | <input type="checkbox"/> Síndrome de Sjogren |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Accidente |
| <input type="checkbox"/> Dificultades para respirar | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | cerebrovascular/ACV |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo): | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | Otro: _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Migrañas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | _____ |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Cáncer de páncreas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Neumonía | |

Cirugías/procedimientos (marcar TODO lo que corresponda):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía/reconstrucción del ligamento cruzado anterior | <input type="checkbox"/> Aumento de senos | <input type="checkbox"/> Colostomía/reversión |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de adenoides | <input type="checkbox"/> Cirugía de baipás cardíaco | <input type="checkbox"/> Cesárea |
| <input type="checkbox"/> Extirpación del apéndice | <input type="checkbox"/> Cateterismo cardíaco | <input type="checkbox"/> Dilatación y legrado |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda | <input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas | <input type="checkbox"/> Implante desfibrilador |
| | <input type="checkbox"/> Resección del colon | |

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consumo de alcohol: Nunca Diariamente Socialmente Consumo diario estimado: _____

¿Es sexualmente activo? Sí

No

¿Utiliza algún método anticonceptivo?

Sí No En caso afirmativo, qué tipo: _____

¿Tuvo alguna vez una enfermedad de transmisión sexual? Sí

No En caso afirmativo, qué tipo: _____

Consumo de drogas ilícitas: Nunca Anteriormente Actualmente Tipo de droga(s): _____

¿Se siente seguro en casa? Sí

No

Testamento vital/Poder: ¿Tiene un testamento vital? Sí No

¿Tiene un poder duradero para atención médica? Sí No

Antecedentes familiares: Adoptado Desconocido

Madre viva: Sí No

Edad de fallecimiento: _____

Causa del fallecimiento: _____

Padre vivo: Sí No

Edad de fallecimiento: _____

Causa del fallecimiento: _____

(Enumere cualquier antecedente médico grave que ocurra en su familia)

Madre	Padre	Hermanos	Abuelos maternos	Abuelos paternos

Lista de prestadores: (Nombre del médico/práctica)

Cardiólogo _____

Gastroenterólogo _____

Cirujano general _____

Neurólogo _____

Obstetra y ginecólogo _____

Atención primaria _____

Urólogo _____

Otro _____

Admisión(es) en el hospital/Visita(s) a la sala de emergencias:

Año

Diagnóstico



NOTIFICACIÓN SOBRE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

En recepción se encuentra a disposición del público una copia de la notificación sobre política de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) que puedo leer íntegramente. La notificación sobre política de privacidad de HIPAA contiene información sobre los usos y las divulgaciones de mi información médica protegida («IMP»).

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA y CONTACTO DE EMERGENCIA

Autorizo a **Manatee Physician Alliance** a comunicarse con las siguientes personas sobre mi afección médica, diagnóstico, tratamiento, citas (pasadas y futuras) y obligación financiera. Entiendo que no se compartirá información médica con nadie, incluyendo familiares, a menos que se les mencione por nombre a continuación.

Nombre: _____ Relación _____

Nombre: _____ Relación _____

Autorizo a **Independence Physician Management** a dejar en mi número de teléfono celular o de casa mensajes de voz o de contestador automático sobre resultados de pruebas u otras inquietudes relacionadas con la atención médica. Sí No

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono _____ Relación: _____

Correo electrónico: _____

POLITICA FINANCIERA y AUTORIZACIÓN para CESIÓN de PRESTACIONES

Manatee Physician Alliance aspira a hacer su normativa financiera, trámites con aseguradoras y procedimientos de facturación lo más simple posibles para sus pacientes. Usted tiene la responsabilidad no solo de asegurarse de que tengamos la información correcta de su seguro, sino también de conocer su copago, cantidad de coseguro y franquicia. Los pacientes que pagan por cuenta propia, a quienes se ofrece un descuento del 50 %, deben abonar la cantidad correspondiente en el momento de prestación de servicios. A los pacientes cuyos cheques se regresen por insuficiencia de fondos se les aplicará un recargo de 30 dólares. Los estados financieros se envían por correo mensualmente. En caso de preguntas o inquietudes acerca de su saldo, favor de ponerse en contacto con nuestra oficina central de facturación. **Manatee Physician Alliance** presentará los reclamos por prestación de servicios directamente a mis seguros primario y secundario. Autorizo el pago directo a **Manatee Physician Alliance** de cualquier prestación de seguro que de otra manera sea pagadera a mí. Los cargos que no se consideren cubiertos por la compañía aseguradora serán responsabilidad del paciente, excepto según lo requerido por ley en relación con programas estatales y federales de reembolso. Autorizo a **Manatee Physician Alliance** a divulgar o recibir cualquier información necesaria para acelerar la tramitación de los reclamos de seguro.

CONSENTIMIENTO GENERAL para EXAMEN y TRATAMIENTO

Por la presente doy a **Manatee Physician Alliance** mi consentimiento y autorización para realizar exámenes médicos y prestar atención médica de rutina en todas mis visitas; esto podría incluir procedimientos y pruebas rutinarias diagnósticas y de laboratorio, administración de medicamentos y otra atención de rutina para la cual no firmaré un formulario de consentimiento informado específico. El presente consentimiento incluye consentimiento y autorización para tomar fotografías o imágenes de mí o de partes de mi cuerpo a efectos de identificación, diagnóstico, tratamiento, pago y actividades de atención medica prestadas por **Manatee Physician Alliance**. Toda fotografía o imagen que se tome pasará a formar parte de mi expediente médico. **Manatee Physician Alliance** no usará dichas fotografías o imágenes con ningún otro fin sin mi consentimiento específico por escrito. Entiendo que ciertos procedimientos requerirán un consentimiento informado específico y que **Manatee Physician Alliance** me proporcionará con anticipación la información y los formularios pertinentes. Otorgo a **Manatee Physician Alliance** consentimiento para informar al Registro de Vacunación del Estado de las vacunas administradas y para consultar o importar todo el historial de medicamentos recetados durante los últimos dos años. Autorizo a **Manatee Physician Alliance** a buscar mis expedientes y acceder a ellos por medio de un intercambio de información médica (HIE, por sus siglas en inglés) a efectos de tratamiento médico. Tengo derecho a dejar de participar en cualquier momento mediante notificación a **Manatee Physician Alliance**.

Nombre del paciente (letra de molde)

Firma

Representante del paciente (si este no puede firmar)

Firma



AUTORIZACIÓN DE LA DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido de soltero/anterior: _____ Número telefónico actual: _____
Domicilio actual: _____

Solicito la divulgación de mi información médica protegida por los siguientes motivos:

- Continuar un tratamiento
- Determinación de incapacidad
- Investigación judicial
- Otros: _____

Autorizo la divulgación de lo siguiente:

- Notas del consultorio médico
- Resultados de laboratorio
- Informe de diagnóstico
- Otros: _____

Los puntos que se detallan a continuación solo se incluirán si son marcados:

- Evaluación psicológica
- Antecedentes de tratamientos por alcoholismo y drogadicción
- Resultados de pruebas de VIH y antecedentes de tratamiento contra el SIDA

Obtener mi información médica protegida de:

_____ () _____
Nombre del centro/proveedor Número de teléfono o fax Dirección Ciudad Estado Código postal

Divulgar mi información médica a:

_____ () _____
Nombre del centro/proveedor Número de teléfono o fax Dirección Ciudad Estado Código postal

Esta autorización vence el ____/____/20____. (De no ser especificado, la autorización vencerá un año después de la fecha de la firma)

Tiene derecho a anular esta autorización por escrito cuando lo desee. Puede consultar las excepciones en el Aviso de prácticas de privacidad. La anulación no se aplicará a la información que haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Cuando la información mencionada anteriormente sea divulgada, esta podrá ser divulgada nuevamente por el destinatario y no estará protegida por regulaciones federales. No firmar esta autorización impedirá el cumplimiento de la intención mencionada anteriormente. Los tratamientos o pagos por servicios no están condicionados por la firma de la autorización. Se podrán aplicar un cargo por la copia de mi información en la tramitación de la presente solicitud.

El formulario debe completarse antes de ser firmado:

Firma del paciente (necesario para mayores de 12 años) Firma de padres/tutor legal (de corresponder) Vínculo con el paciente

Firma del testigo Fecha de la firma

La autorización está destinada a permitir que el pabellón divulgue información, por escrito y verbalmente, por el motivo específico de la divulgación y en beneficio del paciente. Esta divulgación de información manifiesta conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), las Normas de privacidad de información médica identificativa (Normas de privacidad), el título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés). artículos 160 y 164, y todas las normativas federales y pautas de interpretación promulgadas bajo la misma. **Toda información protegida por normativas federales que regulan privacidad de las historias clínicas de pacientes con alcoholismo y drogadicción (título 42 del CFR, parte 2) o la LEY DE SALUD MENTAL está sujeta a la prohibición de una divulgación posterior por parte el destinatario sin la autorización pertinente para una nueva divulgación. EL CENTRO no se responsabiliza por nuevas divulgaciones.**