

Fecha de hoy: _____
Número de identificación del paciente: _____ (sólo para uso oficial)
Médico remitente: _____

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Información del paciente

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Género: M F Número de seguro social: _____
Para menores, por favor, indique el Padre/Custodio responsable: _____
Dirección: _____
Calle Ciudad Estado/Zona postal
Teléfono de la casa: () _____ Celular: () _____ Tel. del trabajo: () _____
Correo electrónico: _____ Número de licencia de conducir: _____
Estado civil: Soltero Casado Viudo Separado Divorciado
Empleador: _____ Ocupación: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

¿Cómo supo de nosotros?

Por favor, marque todas las casillas que correspondan:

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Sitio Web | <input type="checkbox"/> | Facebook | <input type="checkbox"/> |
| Google/Yahoo/Bing | <input type="checkbox"/> | Otro anuncio del Internet | <input type="checkbox"/> |
| Anuncio de periódico/revista | <input type="checkbox"/> | Correo directo (carta, tarjeta postal, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| Amigo o familiar | <input type="checkbox"/> | Médico | <input type="checkbox"/> |
| Otro (por ejemplo, CVS) _____ | <input type="checkbox"/> | | |

Me gustaría recibir boletines por correo electrónico, consejos generales de salud e información de Barnabas Health: Sí No
Si responde que Sí, por favor, provea su correo electrónico: _____

Parte responsable
Llene esta sección solamente si el paciente NO es la parte responsable

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ # de SS: _____ Género (M/F): _____
Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Zona postal: _____
Teléfono de casa: () _____ Teléfono del trabajo: () _____

Información del seguro (Muéstrelle su(s) tarjeta(s) de seguro actual(es) a la recepcionista)

Seguro primario: _____ Póliza/ # de identificación: _____
Número del grupo/plan: _____ Relación con el titular del seguro: _____
Fecha vigente del seguro primario: _____

Información del titular del seguro:

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ # de SS: _____ Género (M/F): _____
Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Zona postal: _____
Teléfono de casa: () _____ Teléfono del trabajo: () _____

Seguro secundario: _____ Póliza/# de identificación: _____

Número del grupo/plan: _____ Relación con el titular del seguro: _____

Fecha vigente del seguro secundario: _____

Información del titular del seguro:

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ # de SS: _____ Género (M/F): _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Zona postal: _____

Teléfono de casa: () _____ Teléfono del trabajo: () _____

Solicitud de información demográfica

Para cumplir con las regulaciones federales, tenemos que pedirle la siguiente información:

Raza

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afro-americano
- Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanco

Origen étnico

- Hispano o latino
- Ni hispano ni latino

Directivas anticipadas

¿Tiene usted un poder para asistencia médica/un testamento vital? Sí No

¿Desea hablar de esto con su médico? Sí No

Consumo de tabaco

Por favor, indique su historial de fumador:

Nunca he fumado Antes fumaba Actual fumador – Indique la cantidad y la frecuencia con que fuma _____

Preferencias de comunicación

Entiendo que el personal y/o los médicos de Barnabas Health Medical Group (“BHMG”) posiblemente se tengan que comunicar conmigo con respecto a las citas, los resultados de las pruebas o para otros asuntos relacionados con mi salud. Abajo aparece una lista de mis preferencias:

Idioma de preferencia _____ Método de comunicación de preferencia: Casa Trabajo Celular

¿Podemos dejar un mensaje en el contestador automático o con la persona que conteste el teléfono?
(Encierre en un círculo **Sí** o **No**)

Casa S/N **Trabajo** S/N **Celular** S/N **NO LLAMAR:** Casa Trabajo Celular

Divulgación a un familiar designado/Amigos/Persona que lo cuida

Yo autorizo a BHMG a divulgar la información médica que sea necesaria a los siguientes individuos designados que están involucrados en mi asistencia médica. Entiendo que no es un requisito que ponga a alguien en la lista. Entiendo asimismo que en cualquier momento puedo cambiar la lista por escrito.

Nombre en letra de imprenta Fecha de nacimiento Relación -- Número de teléfono

Nombre en letra de imprenta Fecha de nacimiento Relación -- Número de teléfono

Farmacia de preferencia

Por favor, indique abajo su Farmacia de preferencia:

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono: (____) _____

Dirección: _____

(Indique la ciudad, las calles que atraviesan y la zona postal, si las sabe)

Autorización para tener acceso a los registros de recetas electrónicas

Yo autorizo a Barnabas Health Medical Group ("BHMG," por sus siglas en inglés) y a sus proveedores afiliados a ver mi registro de recetas externas a través de los servicios de recetas electrónicas. Yo entiendo que mis proveedores y el personal de aquí pueden ver el historial de recetas de muchos otros proveedores médicos no afiliados, de compañías de seguro, de farmacias y de gerentes de beneficios farmacéuticos e incluso que pueden remontarse a recetas de varios años, e incluir además recetas para el tratamiento de VIH, el abuso de sustancias nocivas y para condiciones psiquiátricas, si corresponde. Entiendo que mi historial de recetas formará parte de mi historial médico de BHMG.

Intercambio de información de salud (HIE)

BHMG también participa en intercambios electrónicos de información de salud (HIEs, por sus siglas en inglés) con hospitales y con varios otros proveedores de asistencia médica. Yo autorizo a BHMG y a los HIEs con los cuales participa a compartir la información relacionada con mi salud a través de las redes de HIE, por los motivos que permite la ley, incluyendo mi tratamiento y la coordinación de mis cuidados, con todos los proveedores de asistencia médica que están autorizados bajo las políticas de los HIEs y las leyes correspondientes para tener acceso a mi información. Yo entiendo y estoy de acuerdo con que la información relacionada conmigo que se puede compartir y a la que se puede tener acceso a través de los HIEs, puede incluir información acerca de la condición de VIH/SIDA, de enfermedades transmitidas sexualmente, de planeamiento familiar, de tratamiento de salud mental, resultados de pruebas genéticas, uso de alcohol y de otras sustancias nocivas, así como otras categorías sensibles de información relacionadas con mi salud. Entiendo que tengo el derecho de "optar que no" se comparta mi información a través de los HIEs y las instrucciones para hacerlo se pueden encontrar en la Notificación de Prácticas de Privacidad de BHMG, en el folleto de HIE, el cual está disponible en las oficinas BHMG participantes o se puede conseguir por medio del Oficial de Privacidad de BHMG.

Autorización para tomar fotografías y divulgación para uso en los registros médicos

Yo por este medio autorizo y doy mi consentimiento para que BHMG, sus agentes o empleados tomen fotografías e imágenes en movimiento mías. Yo por este medio autorizo y doy mi consentimiento para el uso y el almacenamiento de dichas fotografías e imágenes en movimiento con motivos de identificación y como parte de mi historial médico.

Yo por este medio exonero a BHMG, a su personal médico, a sus agentes y empleados de toda responsabilidad con relación a la toma, el almacenamiento y el uso de dichas fotografía e imágenes en movimiento con motivo de identificación y como parte de mi historial médico.

Divulgación y asignación de beneficios

Yo asigno directamente todos los beneficios del seguro de salud que me corresponden por Medicare, Medicaid, Blue Cross o cualquier otro plan de seguro, a los proveedores de BHMG por los servicios que me han prestado. Entiendo que tengo que asumir la responsabilidad financiera de todos los cargos, tenga o no tenga seguro en el momento del servicio, incluyendo deducibles, coaseguro, copagos y servicios de beneficios que estén fuera de la red, que el plan de seguro de salud niegue y/o no cubra. Yo autorizo a BHMG o a cualquier otro portador de información médica o de otro tipo de información acerca de mí a divulgar a Medicare, Medicaid, a Blue Cross, o a cualquier otra compañía de seguro cualquier información que sea necesaria para esto o para cualquier reclamación relacionada.

Consentimiento para tratamiento

Yo, el suscrito, voluntariamente doy mi consentimiento y autorizo a BHMG a través de sus médicos, empleados y/o agentes a proveer continuamente la asistencia médica y los exámenes y a administrar los diagnósticos de rutina, los procedimientos radiológicos y/o terapéuticos, las pruebas y los tratamientos que se consideren necesarios o aconsejables, según mi(s) médico(s) de BHMG, en mi diagnóstico, cuidado y tratamiento, incluyendo, pero no limitándose a la recogida de fluidos corporales, y a la administración de productos farmacéuticos. Yo confirmo que no me han dado garantía alguna acerca de los resultados de exámenes o tratamientos.

Confirmación y acuerdo

- Yo confirmo que me han informado acerca de mi derecho a una Directiva Anticipada.
- Yo confirmo haber recibido la Póliza Financiera de BHMG y estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones que se incluyen en la misma.
- Yo confirmo haber recibido la Notificación de las Prácticas de Privacidad.
- Yo estoy de acuerdo en permitir el acceso a mis registros de recetas electrónicas como se describe arriba.
- Yo estoy de acuerdo con la divulgación y la asignación de beneficios como se describe arriba.
- Yo estoy de acuerdo con el tratamiento que se describe arriba.
- Yo he leído este formulario, han contestado mis preguntas y entiendo y estoy de acuerdo con su contenido.

Firma del paciente/ representante

Fecha

Si lo firma un Representante autorizado por el paciente,
escriba el nombre del signatario en letra de imprenta

Relación con el paciente/Autoridad para firmar por el paciente