

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE (eCW)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(En letra de imprenta)

Nombre legal del paciente: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____

Nombre completo preferido (si es diferente del anterior): _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono particular (línea fija): _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono laboral: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identidad de género: Mujer Hombre Mujer transgénero a hombre Hombre transgénero a mujer Genderqueer Elige no especificar
 Categoría de género adicional no incluida en la lista _____

Raza: Indio americano/nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawaii/isleño del Pacífico Negro/afroamericano Blanco
 Hispano Elige no especificar Otro que no figura en la lista _____

Etnia: Hispano o latino No hispano o latino Elige no especificar

Idioma preferido: Inglés Español Lenguaje de señas Japonés Mandarín Coreano Francés Indio: Hindi, Tamil, Gujarati, etc.
 Swahili Ruso Árabe Vietnamita Criollo haitiano Bosnio/Croata/Serbio/Serbocroata Albanés
 Birmano Tagalo Farsi-Irani/Persa Portugués Camboyano Otros que no figuran en la lista _____

Número de Seguro Social del paciente: _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (si no es el paciente)

(Información utilizada para los estados de cuenta del paciente)

Parte responsable: Otro paciente Garante El paciente mismo Marque aquí si la información de dirección y teléfono es la misma que la del paciente

Nombre de la parte responsable: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento: DD ___/MM ___/AAAA ___ Sexo: Femenino Masculino

Número de Seguro Social de la parte responsable: _____ - _____ - _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO: Presente sus tarjetas de seguro (primario, secundario, etc.) en la recepción al ingresar.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____

Número de teléfono: _____ ¿Tiene un testamento en vida? Sí No

Relación del contacto de emergencia con el paciente: _____ Tutor

Domicilio: _____

Ciudad, estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Ext. _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

AL PACIENTE: Como paciente, usted tiene derecho a recibir información sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico que se va a utilizar, para que pueda tomar una decisión sobre si someterse o no a un tratamiento o un procedimiento después de conocer los riesgos y peligros que implica. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un intento de obtener su permiso a fin de realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento o el procedimiento adecuados para cualquier afección identificada.

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) es su intención que este consentimiento continúe vigente, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento y (2) autoriza el tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene derecho a discontinuar los servicios en cualquier momento.

Usted tiene derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le sea indicada. Si tiene alguna inquietud sobre alguna prueba o tratamiento que haya indicado su proveedor de atención médica, le recomendamos hacer preguntas. Voluntariamente solicito a un médico o proveedor de nivel medio (enfermero practicante, asistente del médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según sea necesario, que realicen el examen médico, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios para la afección por la que busqué atención médica en este consultorio. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de realizar las pruebas o los procedimientos.

Certifico que leí y entiendo plenamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento pleno y voluntario a su contenido.

Firma del paciente o representante personal: _____ Fecha: _____

Firma del paciente o representante personal en letra de imprenta: _____ Vínculo con el paciente: _____

Antecedentes médicos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

Razón de la visita de hoy: _____

¿Fuma? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos paquetes por día? _____

¿Alguna vez fumó? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo dejó de hacerlo? _____

¿Consume alcohol? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántas bebidas por semana? _____

¿Consume o ha consumido lo siguiente en los últimos tres meses? Marihuana Cocaína Heroína Crack Metanfetaminas

¿Es alérgico a algún medicamento? Sí o No (En caso afirmativo, enumere).

Medicamentos actuales	Dosis

Cirugía previa	Fecha

¿Alguna vez tuvo alguna de las siguientes afecciones? Marque con un círculo todo lo que corresponda: Asma Problemas estomacales Problemas de la vejiga Ictericia Gota

Alcoholismo Enfermedad renal Próstata Enfermedad de la piel Artrosis ACV Ataques de epilepsia Depresión-ansiedad Tiroides Coágulos de sangre

Hipertensión arterial Tuberculosis Diabetes Cáncer Enfermedad pulmonar Enfermedad cardíaca Trastorno psiquiátrico

¿Alguna de estas afecciones es un rasgo de familia? Marque con un círculo todo lo que corresponda: Alcoholismo Artrosis ACV Coágulos de sangre Diabetes Trastorno psiquiátrico Enfermedad cardíaca

Información del médico de atención primaria:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Información de la farmacia:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

¿Cómo supo de nosotros? Marque con un círculo lo que corresponda:

Sitio web Familiar/amigo Búsqueda en Internet

Ex paciente o paciente actual (proporcione su nombre para que podamos agradecersele) _____

Médico (especifique): _____

Otro centro sanitario (especifique): _____

Red de seguro (especifique): _____

Otro (especifique): _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento del paciente para comunicaciones financieras

Acuerdo financiero.

- Estoy al tanto de que, como cortesía, MountainView Medical Associates puede facturar a mi compañía de seguros los servicios que me han proporcionado.
- Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que no están cubiertos o por los cargos cubiertos no pagados en su totalidad incluyendo, entre otros, cualquier copago, coaseguro o deducible, o cargos no cubiertos por el seguro.
- Entiendo que hay un cargo por cheques devueltos.

Cobros por terceros. Reconozco que MountainView Medical Associates puede utilizar los servicios de una entidad asociada o afiliada externa como una oficina comercial extendida ("Prestador EBO") para la facturación y mantenimiento de cuentas médicas.

Asignación de beneficios. Por el presente, asigno a MountainView Medical Associates cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de atención médica que se me proporcionan. Entiendo que MountainView Medical Associates tiene derecho a rechazar o aceptar la asignación de tales beneficios. Si estos beneficios no se asignan a MountainView Medical Associates, estoy de acuerdo en reenviar todos los pagos de seguro de salud o de terceros que reciba por servicios que se me proporcionen inmediatamente después de recibirlos.

Certificación de paciente de Medicare y asignación de beneficios. Certifico que cualquier información que yo suministre, si la hubiere, al solicitar pagos según el Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la ley del Seguro Social es correcta. Solicito que los pagos de beneficios autorizados de los programas Medicare o Medicaid se hagan, en mi nombre, a MountainView Medical Associates.

Consentimiento para llamadas telefónicas para comunicaciones financieras. Para que MountainView Medical Associates o los prestadores de servicios de oficina comercial extendida (EBO) y los agentes de cobro mantengan mi cuenta o cobren los montos que pueda deber, expresamente acepto y doy mi consentimiento para que MountainView Medical Associates o el prestador de oficina comercial extendida y los agentes de cobro puedan ponerse en contacto conmigo, en relación con los servicios prestados o mis obligaciones financieras, por teléfono en cualquier número de teléfono, sin limitación de conexión inalámbrica, que yo haya proporcionado, o que MountainView Medical Associates o el prestador de oficina comercial extendida y los agentes de cobro hayan obtenido o en cualquier número de teléfono al que se haya remitido o transferido la llamada desde ese número. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales o el uso de un dispositivo de marcado automático, según corresponda.

Una fotocopia de este consentimiento se considerará con la misma validez que el original.

Firma del paciente/representante del paciente: _____ **Fecha:** _____

Si usted no es el paciente, indique su vínculo con el paciente (marque con un círculo o marque los vínculos en la siguiente lista):

Cónyuge
Padre/madre
Tutor legal

Garante
Poder notarial para asistencia sanitaria
Otro (especifique) _____