

Información del paciente

Remitido por: _____ Médico de cabecera: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Nombre de preferencia: _____ Sr. Sra. Srta. Otro _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ N.º de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono particular: () _____ Teléfono celular: () _____ Teléfono laboral: () _____

¿Podemos dejar un mensaje sobre citas o resultados de pruebas normales en los números de teléfono que usted proporcionó?

Sí No

¿Le gustaría recibir recordatorios de citas por mensaje de texto en su teléfono celular? Sí No

Usted da su consentimiento para recibir mensajes de texto de nuestra parte que pueden contener información o indicaciones médicas. No es necesario que dé su consentimiento para recibir dicha información o indicaciones de su proveedor.

Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) En pareja Desconocido

Origen étnico: Hispano(a)/latino(a) No hispano(a)/no latino(a) Otro _____

Raza: Caucásica Afroamericana Asiática Otra: _____

Sexo biológico: Masculino Femenino

Identidad de género: Masculino Femenino De mujer a hombre De hombre a mujer Género no-binario Elige no divulgarlo Otro

Transgénero: Sí No

Orientación sexual: Lesbiana Homosexual Heterosexual Bisexual Elige no divulgarlo Otro

Lengua materna: Inglés Español Francés Otra: _____

Situación como estudiante: N/C A tiempo completo A tiempo parcial

Situación laboral: N/C A tiempo completo A tiempo parcial Empleador: _____

Nombre de la farmacia: _____ Dirección: _____ Teléfono: () _____

Nombre de la persona de contacto en caso de emergencia: _____ Parentesco: _____ Teléfono: () _____

Contacto alternativo: Si desea que nos comuniquemos con usted a otra dirección u otro número de teléfono, complete lo siguiente:

Dirección alternativa: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: ____ Teléfono: () _____

Persona con responsabilidad financiera para el pago (garante) si no se tratara del paciente

Apellido: _____ Sr. Sra. Srta. Otro: _____ Sexo: Masculino Femenino

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ N.º de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Segundo nombre: _____ Parentesco con el paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: () _____ Teléfono celular: () _____ Teléfono laboral: () _____

Dirección de correo electrónico de la persona con responsabilidad financiera: _____

Seguro principal

Seguro secundario

Compañía de seguros: _____

Compañía de seguros: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

N.º de identificación del miembro o del titular de la póliza: _____

N.º de identificación del miembro o del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

N.º de teléfono de la compañía de seguros: _____

N.º de teléfono de la compañía de seguros: _____

N.º de grupo: _____

N.º de grupo: _____

Parentesco con el paciente: _____

Parentesco con el paciente: _____

Consentimiento para tratamiento, autorización, asignación de beneficios y divulgación de remisión médica

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Otorgo mi consentimiento y autorizo a un médico o un asistente calificado designado de Roper St. Francis Physician Partners (“RSFPP”) a proporcionarme tratamiento médico y a usar y divulgar mi información médica protegida para gestiones relativas a tratamiento, pago y atención médica, según lo permitido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y según lo descrito en la Notificación de Prácticas de Privacidad de RSFH, de la cual se me ha suministrado una copia.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Entiendo que mi información médica, incluidos los registros médicos completos, los resultados de pruebas y la información de facturación, se puede divulgar a mi compañía de seguros y a otros profesionales médicos y/o instituciones de atención médica con fines de tratamiento y pago.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO: Por el presente cedo todos mis derechos y autorizo a que se realice el pago directamente a RSFPP por todos los beneficios médicos o quirúrgicos que, de otra manera, serían pagaderos a mi nombre, según los términos de mi seguro.

GARANTÍA DE PAGO: Entiendo y acepto que soy responsable de pagar todos los copagos, coseguros, deducibles y servicios no cubiertos prestados por RSFPP, incluidos los cargos por servicios no cubiertos por mi seguro. Otorgo mi consentimiento y autorización para que RSFPP y terceros que actúen como representantes de RSFPP se comuniquen conmigo por teléfono a cualquier número relacionado conmigo, incluido un número inalámbrico, y a usar un servicio de marcado automático y/o pregrabado con relación a cualquier comunicación que me hagan o con relación a mi cuenta.

Una fotocopia de este formulario tendrá la misma vigencia y validez que el documento original.

A mi leal saber y entender, la información que he proporcionado en este formulario es correcta y verdadera. Sé que es mi responsabilidad o la de mi tutor legal mantener informado a RSFPP sobre cambios en mi información de contacto; si no lo hago, es posible que ellos no puedan comunicarse conmigo con respecto a mi atención médica.

Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha en que se firma.

Nombre del paciente, en letra de imprenta: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: ____/____/____

Nombre del tutor legal, en letra de imprenta: _____

Firma del tutor legal: _____

Fecha: ____/____/____

Comunicación continua sobre su atención médica

COMUNICACIÓN CONTINUA: Para designar a un familiar o a otra persona con quien RSFPP pueda divulgar y/o analizar su atención médica y por su privacidad, debe designar a la persona autorizada. Al nombrar a una persona y/o entidad a continuación, usted autoriza a TODOS los consultorios médicos de RSFPP a divulgar y/o analizar su información médica con la persona y/o entidad que nombró. Puede nombrar un evento o período de fechas específicos. **No es necesario otorgar autorización con fines de tratamiento.**

Fecha/evento de inicio para la divulgación: ____ Fecha/evento límite para la divulgación: ____ O toda la información médica ____

Persona o entidad autorizada	Número de teléfono	Parentesco	Dirección
_____	() _____	_____	_____
_____	() _____	_____	_____

*Toda revocación o modificación de su autorización con respecto a una persona u organización debe presentarse por escrito.

Se debe completar un **Formulario de autorización para divulgar información** por separado para divulgar y/o analizar su información médica con cualquier persona y/o entidad que no figure en la sección anterior.

Para solicitar restricciones del uso de su información, debe completar por separado un **Formulario de solicitud de restricciones.**

Recetas

Para su comodidad, enumere a continuación la(s) persona(s) a quien(es) usted autoriza a recibir recetas de su(s) proveedor(es) de RSFPP.

Nombre de la persona	Número de teléfono	Parentesco	Dirección
_____	() _____	_____	_____
_____	() _____	_____	_____