

Spring Medical Associates
FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE (eCW)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Escriba en letra imprenta)

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

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Tel. particular: _____ Tel. celular: _____ Tel. laboral: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Femenino Masculino Transgénero

Raza: Indio americano/nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái/Isia del Pacífico

Negro/afroamericano Blanco Hispano Otro Prefiere no responder

Idioma: Inglés Español Indio: hindi, etc. Japonés Chino Coreano Francés Alemán Ruso Otro

Etnia: Hispano o latino No hispano o latino Prefiere no responder

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE (si no es el paciente)

(Información utilizada para estados de saldo del paciente)

Responsable: Otro paciente Garante El paciente Marque aquí si la dirección y el teléfono son los mismos que para el paciente

Nombre del responsable: (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____

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

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO: Proporcione su tarjeta de seguro (principal, secundario, etc.) en recepción al registrarse.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de contacto de emergencia: (Apellido) _____ (Nombre) _____

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

Vínculo del contacto de emergencia con el paciente: _____ Tutor

Dirección _____

Ciudad, estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Ext. _____

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN GENERAL Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

PARA EL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su afección y sobre el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado, para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento simplemente está destinado a obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para determinar el tratamiento o el procedimiento apropiado para cualquier afección identificada.

Este consentimiento nos da su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted está indicando que (1) tiene la intención de que este consentimiento sea de naturaleza continua, incluso después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted da su consentimiento al tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. El consentimiento permanecerá plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene derecho en cualquier momento a suspender los servicios.

Usted tiene derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico acerca del objetivo, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le hayan indicado. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que pregunte. Solicito voluntariamente que un médico o proveedor de nivel medio (enfermero, auxiliar médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o personas designadas, según se considere necesario, realicen el examen médico razonable y necesario, las pruebas y el tratamiento para la afección que me ha llevado a buscar atención en esta clínica. Entiendo que si se recomiendan pruebas o procedimientos invasivos o intervencionistas adicionales, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de las pruebas o procedimientos.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento pleno y voluntario a su contenido.

Firma del paciente o representante personal: _____ Fecha: _____

Nombre en letra imprenta del paciente o representante personal: _____ 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, Spring 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 Spring 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 Spring Medical Associates cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de atención médica que se me proporcionan. Entiendo que Spring Medical Associates tiene derecho a rechazar o aceptar la asignación de tales beneficios. Si estos beneficios no se asignan a Spring 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 Spring Medical Associates

Consentimiento para llamadas telefónicas para comunicaciones financieras. Para que Spring 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 Spring 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 Spring 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) _____