INFORMACIÓN DEL PACIENTE (En letra de imprenta)

Nombre del paciente:		Fecha de Nacimiento:
(Apellido)	(Primer) (Ini	cial del segundo nombre)
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Dirección de correo electrónico:		Número de Seguro Social:
Número de teléfono de Casa:	Celular:	(Para dejar mensaje confidencial)
Cómo se enteró de nosotros?		
Nombre de su Doctor Primario (Prima	er Nombre & Apellido):	
Ciudad/Estado:	Teléfono:	
Género: ☐ Masculino ☐ Femenin	0	
Etnia Indoamericano/Nativo de Alask	a 🔲 Asiático 🔲 Nativo de Hawái/Isleño del Pacifico	Negro/Afroamericano □Blanco □Hispano □Otro □ N
Raza: Hispano o Latino No H	lispano o Latino NC	
Idioma Preferido:		
		Relación con el paciente:
Número de teléfono del contacto de emergencia: Nombre de su farmacia: Teléfono:		
INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPON		
Nombre: (Apellido)	(Primer)	(Inicial de segundo nombre)
Número de teléfono de casa:	Teléfono laboral:	Fecha de nacimiento:
Número de Seguro Social:	Genero: Femenino /Masculino Dire	ección de correo electrónico:
Dirección, Ciudad, Estado, Codigo Post	tal:	
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO PR	IMARIO	(presente su tarjeta de seguro en la recepción al ingresar)
Nombre de aseguranza:	Número de identification:	Número de grupo
Nombre del asegurado:	Fecha de Nacimiento del asegurado:	Relacion:
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO SE	CUNDARIO	(presente su tarjeta de seguro en la recepción al ingresar)
Nombre de aseguranza:	Número de identification:	Número de grupo
Nombre del asegurado:	Fecha de Nacimiento del asegurado:	Relacion:
CONSENTIMIENTO GENERAL PARA AT	ENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIE	NTO
L PACIENTE: usted tiene derecho, como pacient nodo que pueda tomar una decisión sobre si some	te, a ser informado sobre su condición y la cirugía recomend sterse o no a un tratamiento o procedimiento después de con- te formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo	lada, el procedimiento médico o de diagnóstico que se va a utilizar de ocer los riesgos y peligros involucrados. En este punto de su atención, o por obtener su permiso a fin de realizar la evaluación necesaria para
s su intención que este consentimiento continúe	vigente, incluso después de que se haya realizado un dia o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad como	azonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) ignóstico específico y se haya recomendado un tratamiento y (2) su ún. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que sea
ene alguna inquietud sobre cualquier prueba o tr n médico o proveedor de nivel medio (enfermera esignadas, según sea necesario, que realicen el ste consultorio. Entiendo que si se recomiendan dicionales antes de realizar las pruebas o los pro	ratamiento que haya ordenado su proveedor de atención ma a practicante, asistente del médico o especialista en enferm examen médico, las pruebas y el tratamiento razonables y a pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de interv	y los beneficios de cualquier prueba que sea ordenada para usted. Si édica, le recomendamos hacer preguntas. Voluntariamente solicito a nería clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas necesarios para la condición por la que busqué atención médica en rención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento o a su contenido.
irma del paciente o representante per	rsonal:	Fecha:
lombre del paciente/representante pe	rsonal en letra de imprenta:	Relacion:

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	

Aviso de prácticas de privacidad/clínicas

_____ (Iniciales del paciente/representante) Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad, que describe las formas en que la clínica/consultorio puede usar y divulgar mi información médica para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos; entiendo que puedo comunicarme con el Funcionario de privacidad designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. Entiendo que el proveedor o los socios comerciales del proveedor pueden divulgar esta información de forma electrónica. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad.

Consentimiento para el uso de correo electrónico, teléfono celular o mensaje de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica

Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o un número de teléfono celular en los que se me pueda contactar, doy mi consentimiento para recibir instrucciones no seguras y otras comunicaciones de atención médica en mi correo electrónico o en la dirección de mensajes de texto que proporcioné u obtuvo el consultorio o su administrador de EBO, en cualquier número de mensaje de texto reenviado o transferido desde ese número. Estas instrucciones pueden incluir, entre otras, instrucciones posteriores al procedimiento, instrucciones de seguimiento, información educativa e información de recetas. Otras comunicaciones de atención médica pueden incluir, entre otras, comunicaciones a la familia o representantes designados con respecto a mi tratamiento o afección, o mensajes recordatorios de citas para la atención médica.

Importante: Puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento. La clínica/consultorio no cobra por este servicio, pero pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes de texto o minutos de teléfono celular según lo estipulado en su plan de servicios inalámbricos (comuníquese con su proveedor para conocer los precios y los detalles de los planes).

Importante: Este centro utiliza una historia clínica electrónica que actualizará todos sus datos demográficos y consentimientos con la información que acaba de proporcionar. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su comodidad en todos nuestros centros afiliados con los que usted se relaciona que comparten la historia clínica electrónica.

Consentimiento para la toma de fotografías u otro tipo de grabación para operaciones de seguridad o atención médica

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, grabaciones digitales de audio o imágenes de mí para la atención, a los fines de seguridad o para operaciones de atención médica del consultorio/clínica (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad). Entiendo que el consultorio/clínica conserva los derechos de propiedad de las imágenes o las grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso a las imágenes o grabaciones, u obtener copias de estas, cuando sea tecnológicamente posible a menos que lo prohíba la ley. Entiendo que estas imágenes o grabaciones se guardarán y protegerán de forma segura. Las imágenes o grabaciones en las que se me identifica no se divulgarán ni se utilizarán fuera de las instalaciones sin una autorización específica por escrito de mi parte o mi representante legal, a menos que la ley lo permita o exija.

Divulgaciones a amigos v/o familiares

¿DESEA DESIGNAR A UN FAMILIAR U OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA CONVERSAR SOBRE SU CONDICIÓN MÉDICA? EN CASO AFIRMATIVO, ¿A QUIÉN?

Otorgo un permiso para que mi información de salud protegida sea divulgada con el fin de comunicar los resultados, los hallazgos y las decisiones de atención a los familiares y otras personas mencionadas a continuación:

	Nombre	Relación	Número de contacto
1:			
2:			
3:			

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica y esa revocación o modificación debe ser por escrito.

Divulgación de la información.

Por la presente doy mi permiso para que el consultorio o la clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención del paciente hospitalizado o ambulatorio divulguen información de atención médica a los fines de operaciones de tratamiento, pago o atención médica.

- La información de atención médica sobre servicios anteriores en otros proveedores afiliados de HCA puede estar disponible para que proveedores afiliados de HCA posteriores coordinen la atención. La información de atención médica puede ser divulgada a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente a fin de verificar cuestiones de cobertura o pago, o para cualquier otro fin relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también puede ser divulgada a la persona designada de mi empleador cuando los servicios brindados se relacionen con una reclamación en virtud de una indemnización por accidentes de trabajo.
- Si tengo la cobertura de Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información de atención médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o aseguradoras para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, entre otros, antecedentes y registros físicos, de emergencia, informes de laboratorio, informes de operaciones, notas de evolución de enfermería, consultas, informes psicológicos o psiquiátricos, tratamiento por abuso de drogas y alcohol y resumen del alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que este establecimiento participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas a fin de que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre sí para cumplir metas que pueden incluir, entre otras: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros de salud; disminuir el tiempo que se necesita para acceder a mi información; reunir y comparar mi información con fines de mejora de la calidad; y otros propósitos que sean permitidos por ley. Entiendo que este establecimiento puede ser miembro de una o más organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, condiciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química o enfermedades infecciosas incluidas, entre otras, enfermedades de transmisión sexual como el VIH y el SIDA.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
·	
Retiro de recetas Puede haber momentos en los que necesite que un amigo o familiar retiren una receta I su familiar o amigo, necesitaremos un registro de su nombre. Antes de otorgar la rec I firmar la receta.	
• Quiero designar a la siguiente persona para que retire una receta en mi no	ombre:
Nombre	Relacion
• No quiero designar a ninguna persona para que retire mi receta.	
Acuerdo financiero	
 Reconozco, que como una cortesía, Medical City Children's Orthopedics Sp Accepto pagar los servicios que no estén cubiertos o cargos cubiertos no paga o deducible, o cargos no cubiertos por el seguro. Entiendo que se aplica un cargo por los cheques devueltos. 	
cobro por parte de un tercero. Reconozco que Medical City Children's Orthopeco omercial o entidad afiliada como una oficina comercial extendida ("Prestador de sen	
Silicidal o citadad alillada como dila citada como dal exteridada (1 restador de ser	violos EBO) para prestar servicios y racturar edentas medicas.
cesión de beneficios Por el presente cedo a Medical City Children's Orthopeo isponible por los servicios de atención médica que me fueran provistos. Entiendo e erecho a rechazar o aceptar la cesión de dichos beneficios. Si estos beneficios son ceo nviar inmediatamente una vez recibidos todos los pagos del seguro de salud o de tercel	que Medical City Children's Orthopedics Spine Specialist tiene el didos a Medical City Children's Orthopedics Spine Specialist, acepto
Certificación del paciente de Medicare y cesión de beneficios. Certifico que cualqu I Título XVIII ("Medicare") o Título XIX ("Medicaid") de la Ley de Seguro Social es cor n mi nombre a Medical City Children's Orthopedics Spine Specialistpor parte del	rrecta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados sea realizado
specialisto la oficina comercial extendida (Prestador de servicios EBO) y los agentes of expresamente acuerdo y doy mi consentimiento para que Medical City Children 's gentes de cobro puedan comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número, inclorthopedics Spine Specialist o el prestador de servicios EBO y los agentes de coransferido desde ese número, sobre los servicios prestados o mis obligaciones financienensajes grabados/de voz artificial o el uso de un dispositivo de discado automático.	Orthopedics Spine Specialist o el prestador de servicios EBO y los luido celular, que haya proporcionado o que Medical City Children's bro hayan obtenido, o a cualquier otro número de teléfono enviado o cieras relacionadas. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de
irma del paciente o representante personal:	•
lombre del paciente/representante personal en letra de imprenta:	Relacion:
Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores de todas ontenido.	s las páginas y doy su consentimiento total y voluntariamente a su
Solo si usted ha dado previamente su consentimiento para recibir comunicac celular/correo electrónico y desea retirar/ <u>dar la baja voluntaria/revocar el conselectrónico, mensajes de texto y/o llamadas a teléfono celular. En otras palab electrónico o número de teléfono celular para las comunicaciones mencionado</u>	sentimiento para las comunicaciones a través de correo bras, ya no deseo que se use mi dirección de correo
Por el presente revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio de citas fut Por el presente revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio de citas fut teléfono celular.	
Por el presente revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio de citas fui	turas, comentarios y salud general a través del <u>correo</u>
electrónico.	
	<u> </u>
electrónico.	