

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha Nacimiento: _____ Sexo: _____
 Dirección residencial: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de su casa: _____ Telef. Celular: _____ E-mail: _____
 Médico Personal/Primario (si lo tiene): _____
 Nombre de contacto por emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

DATOS SOBRE SEGURO MÉDICO

Seguro Médico Primario: _____ Empleador: _____
 N° de Socio/Tarjeta: _____ N° de Póliza de Grupo: _____
 Titular de la póliza: Nombre: _____ Fecha Nacimiento: _____ N° de Seguro Social: _____
 Seguro Médico Secundario: _____ Empleador: _____
 Insurance ID #: _____ N° de Póliza de Grupo: _____
 Titular de la póliza: Nombre: _____ Fecha Nacimiento: _____ N° de Seguro Social: _____
 Persona responsable por menor de edad: Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

EVALUACIÓN SOBRE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

¿Viene usted recientemente de visitar, o de estar viviendo en, un país con un problema generalizado de contagio de enfermedad(es) O ha estado usted en contacto con alguna persona formalmente diagnosticada con una enfermedad contagiosa en estas últimas 3 semanas?
 _____ Sí _____ No (Si respondió "sí", favor completar el formulario de Evaluación Médica de Enfermedades Contagiosas)

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente, asigno el pago directamente a Hugh Chatham Medical Group de los beneficios y pagos médicos por toda atención médica, si la hubiere, que de otro modo sería a cobrar por mí, de conformidad con los términos de cualquiera de las pólizas de seguro que establezcan cobertura por los servicios prestados.

DIVULGACIÓN DE SUS DATOS MÉDICOS

Por la presente autorizo a Hugh Chatham Medical Group a divulgar la información médica y de facturación, que pueda ser requerida por cualquier compañía de seguros involucrada, en relación al pago de beneficios para mí (o mi hijo/a dependiente). Además, autorizo a Hugh Chatham Medical Group a divulgar información médica a cualquier centro médico o doctor al que yo (o mi hijo/a dependiente) sea referido. Estas autorizaciones permanecerán en vigor hasta que yo decida, con notificación por escrito, revocar dichas autorizaciones. Si yo (o mi dependiente) somos referidos a otro médico cuya práctica es propiedad de, u operada por, Hugh Chatham Memorial Hospital, autorizo por la presente la liberación de los archivos médicos completos del paciente.

AVISO SOBRE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido el Aviso sobre Privacidad de Hugh Chatham Medical Group según lo requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Salud (HIPPA).

COBERTURA DE SEGURO DE CÓNYUGE O PADRE/MADRE

Si su cobertura de seguro es a través del empleador de su cónyuge o padres, debemos tener la fecha de nacimiento del titular de la póliza, así como su número de seguro social, a efectos de poder tramitar cualquier gestión con la compañía de seguros. Nos disculpamos de antemano por cualquier inconveniente que esto pueda causar y apreciamos su comprensión y cumplimiento de este asunto.

AUTORIZACIÓN A DIVULGAR DATOS

Las reglamentaciones de la Ley HIPPA no nos permiten dar información acerca de ningún asunto médico o de facturación a nadie sin tener primero la autorización del paciente. Si usted desea que esta información le sea divulgada a los miembros de la familia, debe completar este formulario. La firma de este formulario solo dará su consentimiento para divulgar esta información a los miembros de la familia que se indican a continuación. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

Autorizo/permuto que Hugh Chatham Medical Group pueda revelar mi información médica y/o de facturación a la(s) siguiente(s) persona(s):

1. _____ 2. _____
 Nombre Relación con el paciente Nombre Relación con el paciente

AUTORIZACIÓN PARA PODER DEJAR MENSAJES CON FAMILIARES O POR CONTESTADOR

Ocorre frecuentemente que es necesario contactarse con los pacientes para recordarles una cita, para notificarle alguna cuestión o resultado médico, para programar estudios/pruebas o para pedirle a un paciente que llame por un problema o preocupación. En ningún momento un representante de esta oficina discutirá su condición médica sin su consentimiento. El propósito de esta autorización es poder dejar mensajes con los miembros de su hogar o en su contestador automático.

Firma del Paciente o del Responsable del Menor: _____ Fecha: _____ Hora: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Alergias:

Reacciones/Síntomas:

MEDICAMENTOS ACTUALES

Nombre de los Medicamentos:

Dosis (mg):

¿Cuántas veces al día?:

Nombre de los Medicamentos:	Dosis (mg):	¿Cuántas veces al día?:

HISTORIAL MÉDICO Y CONDICIÓN ACTUAL

Condiciones Médicas Actuales:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Historia Quirúrgica:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Antecedentes de Hospitalizaciones Fecha: _____

Motivo: _____

Fecha: _____ Motivo: _____

Fecha: _____ Motivo: _____

AUTORIZACIÓN A DIVULGAR SUS DATOS MÉDICOS

Yo, _____ (Nombre del paciente) otorgo mi consentimiento y autorizo a _____ (Nombre de la práctica médica)

a dar a conocer a Hugh Chatham Medical Group todos los registros médicos relacionados con mi identidad (o la de mi hijo/a dependiente), diagnósticos, pronósticos y tratamientos. Esto puede incluir tratamiento psiquiátrico, diagnósticos y/o tratamientos de enfermedades relacionadas con el VIH, enfermedad de células falciformes, hepatitis o abuso de drogas y/o alcohol.

Además, entiendo que esta autorización es revocable por mí en cualquier momento por medio de una notificación por escrito y firmada en la que yo solicite a Hugh Chatham Medical Group que sea revocada la autorización, entendiendo que previo a mi revocación podría ya haber sido tomada alguna acción amparada en esta primera autorización. De lo contrario, este consentimiento permanecerá en vigor durante 90 días. Pido se excluya la siguiente información de los registros a ser divulgados (si existen): _____

TRATAMIENTO MÉDICO DE MENOR/DEPENDIENTE

Este formulario de pre-autorización permite a los padres de menores y/o a tutores legales de menores o adultos dependientes a conceder el permiso para que otros adultos responsables traigan a su hijo/a o adulto dependiente a nuestra oficina para realizarle evaluación y tratamiento médico.

El padre/tutor abajo firmante de _____ Fecha Nacimiento _____ autoriza por la presente a las personas aquí listadas:

- | | | | |
|----------|---------------------------------|----------|---------------------------------|
| 1. _____ | Relación con el paciente: _____ | 3. _____ | Relación con el paciente: _____ |
| 2. _____ | Relación con el paciente: _____ | 3. _____ | Relación con el paciente: _____ |

Concedo expresamente mi permiso para actuar como mi agente para dar su consentimiento y autorizar evaluaciones médicas y tratamientos para mi hijo(s)/dependiente(s) arriba listado(s). Esta autorización proporciona autoridad y poder de decisión a las personas mencionadas anteriormente a dar su consentimiento específico a cualquier y toda evaluación, diagnóstico, tratamiento de oficina, administración de vacunas, administración anestésica o tratamientos que un médico, en el ejercicio de su mejor criterio, pueda considerar aconsejable. Esta autorización incluye la internación hospitalaria si el médico lo considera necesario.

Firma del Paciente o del Responsable del Menor: _____ Fecha: _____ Hora: _____

¿Cómo supiste de nosotros? _____ Sitio web _____ Facebook _____ Amigo/Familia _____ Médico _____ Otro _____