



FORMATO DE REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Título) _____ Apellido _____
Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
Dirección: _____ Apto _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono Residencia: (____) _____ Teléfono Móvil: (____) _____
Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ NSS: ____-____-____
mm dd aa
Correo Electrónico: _____

Género Asignado al Nacer: Femenino Masculino Hermafrodita
Identidad de Género Actual: Femenino Masculino Transgénero No deseo informar
Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino Otro: _____
Raza: Blanco Negro o Afro Americano Pacífico Isleño Asiático Indio Americano
Lenguaje: Inglés Español Otro: _____
Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Unión libre
Actividad Económica (*seleccione todas las que correspondan*): Tiempo completo Medio tiempo
 Desempleado Independiente Retirado Militar activo
Estado de Estudiante: Estudiante tiempo completo Estudiante medio tiempo No estudiante
Información Adicional: Residente de temporada Migrante (De viaje)
 Vivienda pública Veterano
Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: (____) _____
Relación con el Paciente: _____
Tienes: Testamento Indicaciones previas Orden de no resucitar Poder de Abogado
 Ninguno No deseo contestar
Nombre del Tutor Legal o Responsable: _____ Teléfono: (____) _____



INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

Paciente Representante del paciente Marque aquí si la información es la misma del paciente

Nombre del Responsable: _____

Número Social y Fecha de Nacimiento del Responsable: _____ - _____ - _____ / ____ / ____
mm dd aa

Dirección: _____ Apto. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Residencia: (____) _____ Teléfono Móvil: (____) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

(Presenta su tarjeta de seguro en la recepción al momento del registro)

Compañía de seguro: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre del asegurado: _____

Relación del paciente con el asegurado: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Compañía de seguro: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre del asegurado: _____

Relación del paciente con el asegurado: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

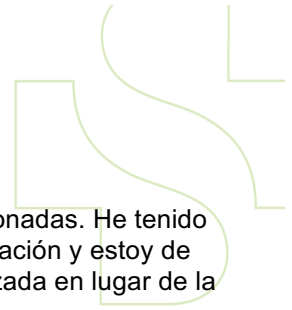
CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO

Yo soy paciente de Sanitas. Al firmar este documento, doy mi consentimiento para ser tratado por doctores en esta práctica médica.

Entiendo que el tratamiento y los servicios pueden incluir:

- Exámenes de laboratorio
- Exámenes de detección (pruebas que pueden detectar una enfermedad temprana, antes que la persona muestre signos de la enfermedad)
- Exámenes de diagnóstico (pruebas que identifican si la persona tiene una enfermedad o problema de salud)
- Exámenes de Rutina

Entiendo que no me han hecho promesas sobre los resultados o sobre cualquier tratamiento o servicio.



Declaro que he leído y entendido cada una de las disposiciones anteriormente mencionadas. He tenido además la oportunidad de hacer cualquier pregunta, y mediante mi firma doy la aprobación y estoy de acuerdo con tales disposiciones, individual y colectivamente. Una copia debe ser utilizada en lugar de la original.

Firma del Paciente o Representante _____ Fecha / /
mm dd aa

INFORMACIÓN DE FARMACIA

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

Dirección: _____ Apto. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

_____ (Iniciales del Paciente) Consentimiento de Farmacia. Autorizo a Sanitas para obtener mis registros de medicamentos en las farmacias participantes.

DIVULGACIÓN A MIEMBROS DE LA FAMILIA Y/O AMIGOS

Autorizo que mi información protegida sobre salud sea divulgada con el fin de comunicar los resultados, hallazgos y decisiones de cuidado a los miembros de mi familia y a otros que menciono a continuación:

Nombre	Relación	Número de Teléfono
1.		
2.		
3.		
4.		

INFORMACIÓN DE SALUD ANTERIOR

Proporcionar nombre, información de contacto, y especialidad de otros profesionales de salud involucrados en la atención del paciente:

Nombre/Centro	Número de Teléfono	Especialidad
1.		
2.		
3.		
4.		

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO O TELÉFONO

Los pacientes en nuestra práctica pueden ser contactados por correo electrónico para recordarles una cita, obtener retroalimentación sobre su experiencia con nuestro equipo médico y para hacer recordatorios de salud/información general.

Si en algún momento he registrado un correo electrónico donde puedo ser contactado, autorizo recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones de salud/información general a ese correo electrónico.

¿Podemos contactarlo por correo electrónico? Si No

¿Podemos dejar un mensaje de voz en tu teléfono con nuestro nombre y número telefónico? Si No

¿Podemos enviar un mensaje de texto? Si No

CONOCIMIENTO DE LAS CLAUSULAS HIPAA

Nombre Paciente _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
mm dd aa

____ (Iniciales del paciente) **Notificación de práctica privada.** Reconozco que he recibido aviso de las prácticas de privacidad, las cuales describen la forma en que debe ser utilizada y divulgada mi información de salud para tratamiento, pago, administración del cuidado de la salud y otros usos o divulgaciones permitidas y descritas. Entiendo que puedo comunicarme con la oficina si tengo una pregunta o queja. En la medida que la ley lo permita, autorizo el uso y divulgación de mi información para los propósitos descritos en la Notificación de prácticas de privacidad de la práctica médica.

____ (Iniciales del paciente) **La divulgación de la información.** Autorizo a Sanitas y a los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en mi cuidado de salud a divulgar información sobre el cuidado de salud para propósitos pertinentes como tratamiento, pago o atención médica.

____ (Iniciales del paciente) **Estudiantes de medicina.** Sanitas se enorgullece de ser un Centro Médico para los estudiantes de la Universidad Internacional de la Florida. Con tu aprobación para hacer parte del programa, un estudiante puede ser invitado para hablarte sobre tu consulta médica o sobre tu salud en general antes de ver a tu doctor. Es importante para esta experiencia el conocimiento y educación sobre la importancia de la privacidad y confidencialidad de la información del paciente. Teniendo en cuenta lo anterior y para garantizar que tus derechos como paciente sean protegidos todos los estudiantes que participan en este programa han completado el formulario de cumplimiento HIPAA, han firmado el acuerdo para adherirse al Código de Conducta de Sanitas y el acuerdo de confidencialidad.

Firma del Paciente o Representante _____ Fecha ____/____/____
mm dd aa