

## 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  Intersexual

Identidad de Género Actual:  Femenino  Masculino  No binario(a)  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  Compañero  Compañero Doméstico

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

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 (Apellido): \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_ Reconozco 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