

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 a través de correo electrónico, teléfono, o mensaje de texto para recordarle una cita, para obtener retroalimentación sobre su experiencia con nuestro equipo, y para proporcionar recordatorios de salud/información acerca de nuevos servicios.

Si en cualquier momento he proporcionado o proporciono un correo electrónico en el que puedan contactarme, autorizo recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones de la salud/información en ese correo electrónico de Sanitas.

¿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