Sanitas Medical Center

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Si no es el paciente, la persona que diligencia este formato es _____, el/la ☐ padre/madre ☐ tutor/a legal ☐ representante legal (cada uno/a "Representante") del paciente.

Nombre del paciente(el "Paciente"): Nombres: _____ Apellidos: _____ SS: _____-_____-_____

Fecha de nacimiento: ____(MM) ____(DD) _____(AAAA) Dirección: _____

Teléfono: _____-_____-_____ Celular: _____-_____-_____ Correo electrónico: _____

Sexo asignado al nacer: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Intersexual ☐ Prefiero/e no revelarlo

Identidad de género actual: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Hombre a mujer ☐ Mujer a hombre ☐ No exclusivamente ni hombre ni mujer ☐ Otro ☐ Prefiero/e no revelarlo ☐ Otro _____

Orientación sexual: ☐ Heterosexual ☐ Homosexual (Gay/Lesbiana) ☐ Homosexual ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ No sé/sabe ☐ Otro ☐ Prefiero/e no revelarlo

Etnia: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino ☐ Otro _____ ☐ Prefiero/e no revelarlo

Raza: ☐ Blanco/a ☐ Afro Americano/a ☐ Nativo/a de la Polinesia ☐ Asiático/a ☐ Indio/a Americano/a

Lenguaje preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

Estado Civil: ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Pareja ☐ Pareja de hecho

Ocupación: *(seleccionar todas las opciones que correspondan)* ☐ Empleado de tiempo completo ☐ Empleado de tiempo parcial ☐ Desempleado ☐ Independiente ☐ Retirado ☐ Militar activo

Empleador: _____ Teléfono: _____-_____-_____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____-_____-_____

Relación del contacto de emergencia con el paciente: _____

Consentimiento para revelar información al contacto de emergencia: ☐ Si ☐ No

DIVULGACIÓN A FAMILIARES Y/O AMIGOS

Autorizo la divulgación de información médica protegida (en la extensión de su definición legal en inglés -*Protected Health Information "PHI"*-) con el propósito de comunicar resultados, hallazgos e instrucciones médicas a familiares y otros relacionados en la lista:

Nombre	Relación	Teléfono

Tiene alguno de los siguientes documentos: ☐ Testamento ☐ Directivas avanzadas ☐ Orden de no resucitar ("DNR", por sus siglas en inglés) ☐ Poder de abogado ☐ Ninguno ☐ Se niega

Tutor legal o cuidador: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ **Teléfono**: _____-_____-_____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro principal: _____ Teléfono: _____-_____-_____

Dirección: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identificación del suscriptor: _____ Número de grupo: _____

Responsable: ☐ Yo mismo/a ☐ Pagador ☐ Marque aquí si la información es la misma que la del Paciente

Nombre del responsable (Apellidos) (Nombres)

SSN del pagador:_____ Fecha de nacimiento del pagador: ____(MM) ____(DD) _____(AAAA)

Dirección: _____ Apt. _____ Ciudad_____ Estado _____

Código postal: _____ Teléfono: _____-_____-_____ Celular: _____-_____-_____

Al firmar a continuación, certifico que toda la información es verdadera y correcta.

Paciente o Representante del Paciente: _____ **Fecha**: **____(MM) ____(DD) _____(AAAA)**

POLÍTICA FINANCIERA

____ (Iniciales) Los médicos y los proveedores de atención médica de Sanitas cobran tarifas por la atención que le brindan. Las tarifas pueden no ser las mismas que las estimadas. Esto incluye deducibles y coseguros. Los copagos se deben pagar en el momento del servicio. Usted también es responsable de cualquier deducible y coseguro de su plan de seguro.

En caso de que su compañía de seguros de salud no pague el monto total de las tarifas cobradas por Sanitas, usted (Paciente o responsable) deberá pagar a Sanitas el costo de la atención no cubierta por la compañía de seguro de salud. Esto también se aplica a los Pacientes dentro de su período de gracia. Si la información de seguro proporcionada a Sanitas es incorrecta, es posible que usted deba pagar las tarifas asociadas con su atención. Si usted no tiene seguro de salud, deberá pagar las tarifas por los servicios médicos prestados.

Medicare solo pagará por la atención que sea aceptable y necesaria según la sección 19862(a)(1) de la Ley de Medicare. Al firmar a continuación, certifica que los datos que ha proporcionado a Sanitas para el pago bajo el Título XVIII y XIX de la Ley de Seguridad Social son correctos.

____ (Iniciales) Sanitas puede facturar a mi compañía de seguro de salud por mi atención. Los pagos se realizarán a Sanitas en mi nombre.

Paciente o Representante del Paciente: _____ **Fecha**: ____(MM) ____(DD) _____(AAAA)

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

____ (Iniciales) Soy paciente de Sanitas. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para ser tratado por los proveedores de atención médica de Sanitas.

____ (Iniciales) Entiendo que el tratamiento y los servicios pueden incluir: pruebas de laboratorio, exámenes de rutina, pruebas de detección (pruebas que puedan detectar una enfermedad tempranamente, antes de que el individuo muestre señales de tener la enfermedad), pruebas diagnósticas (pruebas que indiquen si una persona tiene una enfermedad o problema de salud específicos).

____ (Iniciales) Entiendo que no se me han hecho promesas en relación con los resultados de tratamiento o servicio algunos.

____ (Iniciales) Entiendo que tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento o procedimiento y tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi proveedor.

____ (Iniciales) Reconozco que he leído y comprendido cada una de las disposiciones anteriores que aparecen en esta sección. También he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta y, con mi firma, consiento y acepto dichas disposiciones individual y colectivamente. Se puede utilizar una copia en lugar del original.

____ (Iniciales) Consentimiento para el tratamiento de un menor de edad o de un paciente en situación de discapacidad. Como Representante del paciente menor de edad o en situación de discapacidad, doy mi consentimiento para que el Paciente reciba el tratamiento y la atención médica necesarios, incluido el tratamiento de emergencia, por parte de Sanitas.

Nos reservamos el derecho de solicitar una identificación adecuada del Representante antes de brindar tratamiento y atención a un Paciente menor de edad o en situación de discapacidad.

Paciente o Representante del Paciente: _____ **Fecha**: ___(MM) ___(DD) _____(AAAA)

RECONOCIMIENTO DE HIPAA DEL PACIENTE & OPT-IN INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

____ (Iniciales) Aviso de Prácticas de Privacidad. Reconozco que he recibido el *Aviso de Prácticas de Privacidad* de Sanitas (https://www.mysanitas.com/en/legal/notice-privacy-practices), el cual describe mis derechos y los deberes de Sanitas con respecto a mi información médica protegida ("PHI", por sus siglas en inglés), y específicamente me notifica que Sanitas está autorizado a utilizar, divulgar, recibir e intercambiar mi PHI para (i) fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) según lo autorice por escrito; y (iii) según lo permitido por las regulaciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud ("HIPAA", por sus siglas en inglés) y las leyes estatales pertinentes (en conjunto, los "Usos Permitidos"). Entiendo que puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad (patientprivacy@mysanitas.com) si tengo alguna pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, consiento voluntariamente el uso, divulgación, recepción e intercambio de mi PHI con los fines descritos en el *Aviso de Prácticas de Privacidad*.

____ **(Iniciales)** Estudiantes de Medicina. Sanitas se enorgullece de ser un Centro Académico para Estudiantes de Atención Médica. Con su consentimiento, un estudiante puede ser invitado con el objeto de conversar sobre su visita y/o sobre su salud en general antes de que sea atendido por su médico. Es fundamental para la experiencia que se tome conciencia y se eduque sobre la importancia de la privacidad y confidencialidad del Paciente. Como resultado, todos los estudiantes que participen en este programa habrán completado la capacitación en cumplimiento de HIPAA, habrán firmado un acuerdo para cumplir con el *Código de Conducta* de Sanitas y habrán firmado un acuerdo de confidencialidad antes de comenzar para garantizar la protección de sus derechos como Paciente.

_ **(Iniciales)** Intercambio de Información Médica. Entiendo que Sanitas participa en uno o más intercambios de información médica (HIE). Los HIE están diseñados para brindarles a mis proveedores de atención médica acceso rápido a mis registros médicos para que mi tratamiento sea más efectivo y eficiente (https://www.healthit.gov/topic/health-it-and-health-information-exchange-basics/health-information-exchange). A través del HIE, Sanitas puede compartir, solicitar y/o acceder a mis datos médicos de manera electrónica. Estos registros pueden incluir pruebas, diagnósticos, tratamientos, documentos de identificación y de registro creados en el curso de la prestación de servicios para todas las afecciones médicas y de salud, incluidos, entre otros, los antecedentes médicos familiares, las historias clínicas del paciente y/o familiares de trastornos mentales y de comportamiento, consumo/abuso/dependencia de drogas recreativas o ilícitas, enfermedades de transmisión sexual u otros aspectos de índole social. Sanitas seguirá las leyes estatales y federales, incluyendo HIPAA, al proteger la divulgación de mi información confidencial. Autorizo expresamente a Sanitas a compartir, solicitar y/o acceder a mi información de salud a través de HIE para usos permitidos. Entiendo que, si no deseo que mi información de salud sea compartida, solicitada y/o accedida electrónicamente a través de HIE, puedo optar por no participar en cualquier momento completando un formulario de exclusión voluntaria de HIE que puedo obtener en un centro médico de Sanitas o a través del sitio web de Sanitas (https://www.mysanitas.com/en/resources).

Mi participación en HIEs es voluntaria y no es un requisito para recibir atención médica. Puedo optar por no participar en HIEs en cualquier momento mediante la presentación de un aviso por escrito a Sanitas. Mi consentimiento seguirá siendo válido hasta que lo revoque y cualquier revocación posterior del consentimiento no se aplicará a mi información médica recibida con anterioridad, utilizada, divulgada o intercambiada a través de HIEs para Usos Permitidos.
Paciente o Representante del Paciente: _____Fecha:____(MM)____(DD)_____(AAAA)

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES

____ **(Iniciales)** Al proporcionar mi número de teléfono y dirección de correo electrónico, autorizo voluntariamente y de manera expresa a Sanitas (o a terceros actuando en nombre de Sanitas y sujetos a restricciones de confidencialidad del paciente) a comunicarse conmigo a través al número de teléfono y dirección de correo electrónico que proporcioné anteriormente, utilizando llamadas telefónicas automatizadas/marcadas automáticamente, mensajes pregrabados, voces artificiales, correo de voz, mensajes SMS automatizados y correo electrónico para información relacionada con mi tratamiento y cuidado, así como para fines de marketing de productos y servicios de atención médica recomendados por Sanitas que pueden ser beneficiosos para los pacientes de Sanitas. Entiendo que dichas comunicaciones pueden no estar encriptadas o ser seguras. Sanitas utilizará medidas de seguridad apropiadas para proteger mi PHI de acuerdo con HIPAA y las leyes pertinentes. Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos.

Reconozco que **tengo el derecho de optar por no recibir futuras comunicaciones de Sanitas** en cualquier momento utilizando el mecanismo de opt-out proporcionado en la comunicación. Entiendo que **puedo revocar este consentimiento para las comunicaciones en cualquier momento**, ya sea completando un nuevo formulario de registro de paciente o notificando a Sanitas por escrito. También entiendo que **no se me exige firmar este consentimiento como condición para recibir tratamiento o servicios de Sanitas**, y que **optar por no recibir las comunicaciones de Sanitas no afectará mi tratamiento ni los servicios disponibles para mí**. Confirmo que soy el propietario o tengo control sobre el número de teléfono y correo electrónico aquí proporcionados y acepto notificar a Sanitas por escrito en un plazo de treinta (30) días si cambio mi número de teléfono o dirección de correo electrónico.

____ **(Iniciales)** Reconozco, comprendo y acepto recibir comunicaciones relacionadas con mi tratamiento y cuidado de parte de Sanitas (o de terceros actuando en nombre de Sanitas), lo cual puede ocurrir más de una vez al día o tres veces por semana y/o fuera del horario de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (según sea necesario), superando las limitaciones establecidas por la ley aplicable.

Paciente o Representante del Paciente: _____ **Fecha**: ____(MM)____(DD)_____(AAAA)

IDENTIFICACIÓN FOTOGRÁFICA (*si es requerido*)

Autorizo voluntaria y expresamente a Sanitas a tomar una fotografía, mía o de la persona de la cual soy representante legal, para ser utilizada con fines de identificación y almacenada en mi expediente médico de acuerdo con HIPAA y las leyes pertinentes. Mi negativa no afectará mi tratamiento ni los servicios disponibles para mí. Si prefiero no ser fotografiado, se me pedirá que presente una identificación con fotografía en cada visita. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando a Sanitas por escrito.

Paciente o Representante del Paciente: _____ **Fecha**: **___(MM)____(DD)_____(AAAA)**

MEDIANTE LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO, DECLARO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN AQUÍ CONSIGNADA.