

REGISTRO DE PACIENTES

Si el paciente no completa este formulario, la persona que lo llena es _____, el

 Padre Tutor Legal Representante legal del paciente.

Nombre del paciente: Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

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

DIRECCIÓN: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Dirección de correo electrónico: _____

 Sexo asignado al nacer: Femenino Masculino Intersexual Negarse a revelar

 Etnicidad: Hispano o latino. No hispano ni latino. Rechazar

 Raza: Blanco Negro o afroamericano. Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Asiático Indio americano

 Otro Rechazado

 Idioma preferido: Inglés Español Otro _____

 Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Otro _____

 Ocupación: Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial No empleado Trabajador independiente Jubilado Militar activo

Nombre del empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono del contacto de emergencia: _____

Relación con el paciente: _____

 Consentimiento para divulgar información médica al contacto de emergencia: Sí No

DIVULGACIÓN A FAMILIARES Y/O AMIGOS

Autorizo a compartir mi información médica protegida (PHI) para comunicar resultados, hallazgos y decisiones de atención con los miembros de la familia y las personas enumeradas a continuación.

Nombre	Relación	Número de teléfono

 Tengo un: Testamento Directivas anticipadas DNR Poder legal Ninguno Rechazar

Tutor legal/cuidador: _____ Teléfono de contacto: _____

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario: _____ Número de teléfono: _____

Dirección del seguro: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

ID del suscriptor: _____ Número de grupo: _____

 Responsable: Yo Garante Marque aquí si la información es la misma que la del paciente

Persona responsable: (Apellido): _____ (Primer): _____ (MI): _____

Fecha de nacimiento del garante: ____ (MM) ____ (DD) ____ (AAAA)

DIRECCIÓN: _____ Teléfono principal: _____

Al firmar a continuación, certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Paciente o representante legal del paciente: _____

Fecha: _____

POLÍTICA FINANCIERA

_____(Iniciales) Los proveedores de atención médica de Vida Care cobran por los servicios que brindan. Estos honorarios pueden diferir del presupuesto inicial, incluidos los deducibles y coaseguros aplicables. Los co-pagos se deben abonar al momento del servicio. Además, usted es responsable de los deducibles y coaseguros asociados con su plan de seguro.

Si su seguro médico no cubre en su totalidad los cargos por los servicios prestados por Vida Care, usted (el paciente o parte responsable) es responsable de pagar el monto pendiente que no cubre el seguro. Esto también se aplica a los pacientes que se encuentran en su período de gracia.

Si la información del seguro que ha proporcionado a Vida Care es incorrecta, es posible que deba pagar los servicios prestados

Si no tiene seguro médico, deberá pagar los servicios médicos que reciba.

Medicare solo pagará la atención que sea aceptable y necesaria según la sección 19862(a)(1) de la Ley de Medicare. Al firmar a continuación, usted certifica que los datos que ha proporcionado a Vida Care para el pago según los Títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social son correctos.

_____(Iniciales) Autorizo a Vida Care a presentar reclamos a mi compañía de seguro médico por los servicios que recibo. Entiendo que los pagos se realizarán directamente a Vida Care en mi nombre.

Paciente o representante personal del paciente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

_____(Iniciales) Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir atención médica y tratamiento de los proveedores de atención médica de Vida Care.

_____(Iniciales) Entiendo que el tratamiento y los servicios proporcionados pueden incluir análisis de laboratorio, exámenes de rutina, pruebas de detección para detectar signos tempranos de enfermedad y pruebas diagnósticas para identificar condiciones de salud específicas.

_____(Iniciales) Entiendo que no se han ofrecido garantías con respecto a los resultados de mi tratamiento o servicios.

_____(Iniciales) Reconozco que tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento o procedimiento, y que puedo discutir todas las opciones médicas con mi proveedor de atención médica antes de continuar.

_____(Iniciales) Confirmando que he leído y comprendido las disposiciones descritas anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y, al firmar este formulario, doy mi consentimiento a los términos descritos, tanto de forma individual como colectiva. Se acepta la copia de este formulario en lugar de la original.

_____(Iniciales) Consentimiento para el tratamiento de pacientes menores o incapacitados. Como representante legal, autorizo a Vida Care a brindar la atención médica necesaria, incluido el tratamiento de emergencia, al paciente menor o incapacitado.

Paciente o representante legal del paciente: _____

Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DE HIPAA DEL PACIENTE Y ACEPTACIÓN DEL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

_____(Iniciales) Es de mi conocimiento, y he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad (www.vidacare360.com) que describe mis derechos y responsabilidades de Vida Care con respecto a mi información médica protegida (PHI). El aviso especifica que Vida Care está autorizado a usar, 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 permitan las regulaciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) (www.vidacare360.com) y con cualquier pregunta o queja. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento voluntario para el uso, la divulgación, la recepción y el intercambio de mi PHI para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad.

___ **(Iniciales)** Intercambio de información de salud. Entiendo que Vida Care participa en uno o más intercambios de información de salud (HIE), que permiten a mis proveedores de atención médica acceder rápidamente a mis registros médicos para mejorar la eficacia y eficiencia de mi tratamiento. <https://www.healthit.gov/topic/health-it-and-health-information-exchange-basics/health-information-exchange>). A través de los HIE, Vida Care Medical Center puede compartir, solicitar y/o acceder a información de mi salud del sistema médico electrónico para usos permitidos. Acepto que si no deseo que mi información médica se comparta, solicite y/o acceda electrónicamente a través de HIE, puedo optar por no participar en cualquier momento completando un formulario de exclusión voluntaria de HIE, obtenido en el sitio web de Vida Care (www.vidacare360.com). Entiendo que mi participación en HIE es voluntaria y no requiere recibir tratamiento o atención en Vida Care. Mi autorización seguirá vigente hasta que la revoque. Cualquier revocación no se aplicará a mi información de salud que haya sido compartida, solicitada o y/o accedidos a través de HIE para usos permitidos.

Paciente o representante legal del paciente: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES

___ **(Iniciales)** Al proporcionar mi número de teléfono y dirección de correo electrónico, autorizo voluntariamente a Vida Care a comunicarse conmigo mediante correo electrónico automatizado o llamadas telefónicas automáticas, mensajes pregrabados, voces artificiales, correo de voz, mensajes SMS automatizados y correo electrónico. Estas comunicaciones pueden incluir información relacionada con el tratamiento, así como materiales de marketing sobre servicios de atención médica recomendados por Vida Care. Entiendo que estas comunicaciones pueden no ser seguras, a pesar que Vida Care implementará medidas de seguridad adecuadas para proteger mi información médica protegida (PHI) de conformidad con la HIPAA y las leyes aplicables, Reconozco que pueden existir riesgos asociados con la comunicación electrónica. También comprendo que pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos. Reconozco que tengo derecho a optar por no recibir futuras comunicaciones de Vida Care en cualquier momento utilizando la opción de exclusión proporcionada. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento completando un nuevo formulario de registro de paciente, o notificando a Vida Care por escrito. Entiendo que firmar este consentimiento no es un requisito para recibir tratamiento o servicios de Vida Care, y que optar por no hacerlo no afectará mi acceso a la atención. Confirmando que poseo/controlo el número de teléfono y la dirección de correo electrónico que he proporcionado, y acepto notificar a Vida Care por escrito dentro de los treinta (30) días si cambio mi número de teléfono o dirección de correo electrónico.

___ **(Iniciales)** Reconozco y acepto recibir comunicaciones relacionadas con mi tratamiento y atención de Vida Care, lo que puede ocurrir varias veces al día y/o fuera del horario de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., según sea necesario, y puede exceder cualquier limitación legal aplicable.

Paciente o representante legal del paciente: _____

Fecha: _____

FOTOIDENTIFICACIÓN (si corresponde)

Para el beneficio de sus pacientes, Vida Care ha implementado un proceso que utiliza fotografías para fines de identificación y autenticación de pacientes. Autorizo a Vida Care a tomar una fotografía de mi persona (o de la persona a la que represento como Representante legal) para su uso en identificarme y autenticarme durante el registro del paciente, el check-in y durante toda la duración de mi visita. Entiendo que mi fotografía solo se utilizará para estos fines y se almacenará en mi historia médica electrónica de acuerdo con la HIPAA y las leyes pertinentes; asimismo no se compartirán con terceros sin mi consentimiento, excepto según lo requiera la ley. Reconozco que proporcionar una fotografía para identificación/autenticación es voluntario y tengo derecho a revocar mi autorización y optar por no participar en este proceso en cualquier momento notificándolo por escrito a Vida Care. También comprendo que elegir no participar no afectará mi tratamiento ni los servicios disponibles para mí en Vida Care. Si elijo no tomarme una fotografía, se me pedirá que proporcione una identificación con fotografía en cada visita.

Paciente o representante legal del paciente: _____ **Fecha:** _____

**AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y
COMPRENDER COMPLETAMENTE TODA LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.**