



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN / REGISTRO DE PACIENTE

Por favor complete la siguiente información y devuelva el formulario al (a la) Recepcionista.

NOMBRE DEL(DE LA) PACIENTE: _____

SEXO AL NACER: Masculino Femenino FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ Número de seguro social: ____ - ____ - ____

DOMICILIO DEL(DE LA) PACIENTE: _____ APTO. # _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO RESIDENCIAL: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ NÚMERO CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

MÉTODO PREFERIDO DE COMUNICACIÓN: Teléfono Correo electrónico (Portal del paciente) Correo en EE.UU.

PATRÓN DEL(DE LA) PACIENTE: _____ OFICIO: _____ TELÉFONO: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: _____ PARENTESCO CON EL(LA) PACIENTE: _____ TELÉFONO: _____

<p>Idioma preferido</p> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lengua de señas / ASL [(Lengua de señas estadounidense) <input type="checkbox"/> Otro _____ <p>Identidad étnica (marque una)</p> <input type="checkbox"/> Hispano(a) o latino(a) <input type="checkbox"/> Ni hispano(a) ni latino(a) <p>Raza</p> <input type="checkbox"/> Negro(a)/Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Blanco(a)/Caucásico(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a) nativo(a) <input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio(a) americano(a) / Nativo(a) de Alaska <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Decidí no divulgarla <p>¿Cómo se enteró de RHMPI?</p> <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Página web <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Feria de la salud <input type="checkbox"/> Doctor(a) <input type="checkbox"/> Empleado(a) RHMPI <input type="checkbox"/> Redes sociales (p.e., Facebook, Twitter, Instagram, YouTube, etc.) <input type="checkbox"/> Otro _____	<p>Estado Civil</p> <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <p>Condición de veterano(a)</p> <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Dado de baja (Veterano) <input type="checkbox"/> Guardia nacional <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/> Ninguno <p>Farmacia preferida</p> <input type="checkbox"/> RHMPI [Rural Health Medical Program, Inc. (Programa Médico de Salud Rural)] <input type="checkbox"/> OTRO _____ <p>Atención médica basada en la escuela</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>Orientación sexual</p> <input type="checkbox"/> Hetero/Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay/Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra orientación <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Decidí no divulgarla <p>En vivienda pública</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <p>Condición de trabajador(a) agrícola</p> <input type="checkbox"/> Trabajador(a) agrícola migrante <input type="checkbox"/> Trabajador(a) agrícola de temporada <input type="checkbox"/> No aplicable	<p>Identidad de género</p> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero masculino / Femenino a masculino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino / Masculino a femenino <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Decidí no divulgarla <p>Usted vive:</p> <input type="checkbox"/> Compartiendo (Viviendo con otros) <input type="checkbox"/> En una casa de socorro <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> No aplica <p style="text-align: center;">Información sobre ingresos (Favor de completar si desea calificar para servicios a precio reducido)</p> <p>¿Cuáles son los ingresos mensuales de su núcleo familiar? _____</p> <p>¿Cuántas personas hay en su núcleo familiar? _____</p>
---	--	--	--

INFORMACIÓN DE SEGURO Y FACTURACIÓN

¿Ud. tiene Medicare? No Yes (Si sí, No. _____) ¿Ud. tiene Medicaid? No Sí Si sí, No. _____

¿Ud. tiene seguro comercial? No Sí (Si sí, detalle a continuación)

Nombre de la compañía de seguro primario Póliza# Grupo# Fecha de vigencia Titular de la póliza Fecha de nacimiento del(la) titular de la póliza

Nombre de la compañía de seguro secundario Póliza Grupo# Fecha de vigencia Titular de la póliza Fecha de nacimiento del(la) titular de la póliza

Persona responsable de pagar la cuenta

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: ____ - ____ - ____

RELACIÓN CON EL(LA) PACIENTE: UD. MISMO(A) _____ PADRE _____ HIJO(A) _____ OTRA _____

FIRME ESTOS FORMULARIOS Y DEVUÉLVALOS AL(A LA) RECEPCIONISTA

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS DE DOCENCIA

Por medio del presente doy mi consentimiento para todo tratamiento que mi médico(a) clínico(a) de Rural Health Medical Program, Inc. (en lo sucesivo "RHMPI") y yo aceptemos ser necesario para mí o para el (la, los, las) paciente(s) del (de la, de los, de las) que soy tutor(a). Entiendo y reconozco que RHMPI es un centro de docencia, y mi atención, y/o la atención del(de la, los, las) paciente(s) del(de la, de los, de las) que soy tutor(a), en RHMPI puede ser proporcionada por un(a) médico(a) clínico(a), incluyendo pero sin limitar, estudiantes de medicina, médicos(as) residentes y/o dentistas residentes, en un programa de formación clínica. Además entiendo y reconozco que se permiten servicios de docencia tales como la observación directa por otros médicos(as) o estudiantes de medicina, discusión de casos, o imágenes fotográficas o de video de actividades de atención que involucran a mí o a mis dependientes salvo que me niegue específicamente. Además entiendo que como parte de sus servicios de atención médica, el personal de RHMPI y mi médico(a) clínico(a) pueden crear y mantener un registro de la atención y los servicios proporcionados. Entiendo que tal información puede ser usada y o divulgada durante la gerencia y entrega de atención y servicios proporcionados por RHMPI, cómo se describe en el Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo y reconozco que RHMPI participa en un programa de intercambio de historia médica electrónica y que si busco atención en otras instalaciones de atención médica o prestadores participando en este programa de intercambio, mi información médica o la del (de la, los, las) paciente(s) del (de la, de los, de las) que soy tutor(a) puede ser compartida entre RHMPI y esas otras instalaciones o prestadores. Entiendo y reconozco que como condición de recibir mi atención médica en RHMPI, los médicos(as) clínicos(as) de RHMPI y otro personal pueden solicitar y/o proporcionar historias médicas de mí y/o del (de la, los, las) paciente(s) del (de la, de los, de las) que soy tutor(a) a esas instalaciones o prestadores participantes electrónicamente. Estas historias incluyen pero no se limitan al historial de medicamento recetado, como también información relacionada a atención de salud mental, diagnóstico de abuso de alcohol y/o drogas, pronóstico y tratamiento, y/o pruebas/resultados y/o tratamiento de VIH (SIDA). Además entiendo que cualquier información de ese tipo de cualquier fuente puede convertirse en parte de mi historia médica de la parte solicitante y/o del (de la, los, las) paciente(s) del (de la, de los, de las) que soy tutor(a).

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por el presente entiendo que tengo el derecho de solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Programa Médico de Salud Rural.

CAPACIDAD LIMITADA EN INGLÉS

Rural Health Medical Program, Inc. se enorgullece de ofrecer cierta ayuda con el idioma a sus pacientes de manera gratuita. También tratamos de hacer arreglos especiales razonables para nuestros pacientes con discapacidades.

FIRMA: _____

(Paciente, Padre o Tutor(a))

Fecha: _____

FOTOGRAFÍA Y VIGILANCIA CON VIDEO

Doy mi consentimiento a que tomen imágenes fotográficas y/o video para propósitos de identificación y documentación de mi atención médica. Por medio del presente autorizo el uso de cámaras de video de vigilancia para el propósito de asegurar la seguridad y protección de los pacientes y el personal. Entiendo que las imágenes pueden ser grabadas para ser revisadas. Le doy el derecho y permiso absoluto e irrevocable a RHMPI de usar aparatos de cinta de vídeo para monitorear las instalaciones.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que soy la persona principalmente responsable de los pagos de todos los cargos por servicios prestados por RHMPI sin importar cualquier cobertura de seguro que pudiera tener, incluyendo Medicare o Medicaid, y que tal pago vence al momento del servicio salvo que se hayan hecho arreglos financieros concretos previo al tratamiento. Además entiendo que aparte de tales cargos de servicio y costos de mi propio bolsillo (p.e. anteojos, inyecciones, medicamentos recetados, dentaduras, etc.), seré responsable por las costas judiciales, honorarios de abogado, gastos de cobranza, o intereses que pudieran ser incurridos si tales acciones fueran requeridas para obtener el pago por los servicios prestados por RHMPI. Esta autorización de consentimiento aplica a la visita inicial y a todas las que siguen, salvo que yo la anule por escrito. Doy fe que la información del (de la) paciente y financiera que fue dada al momento de los servicios prestados es acertada y completa.

TRANSFERENCIA DE BENEFICIOS DEL SEGURO

Como contraprestación del servicio prestado, por medio del presente asigno y transfiero a RHMPI, todo derecho, título, e interés en beneficios pagaderos por servicios prestados por RHMPI. Por medio del presente autorizo y ordeno a la compañía de seguros (incluyendo pero sin limitar, a Medicaid, Medicare, y aseguradoras comerciales), a pagar a RHMPI directamente todo beneficio bajo los términos de mi póliza o pólizas. Yo le pagaré a RHMPI por todo cargo no cubierto o por todo cargo permitido por derecho en exceso de cualquier suma que pudiera haber sido pagada por la compañía de seguros.

RECONOCIMIENTO DE MEDICAID/MEDICARE

He sido informado por un prestador de atención médica de RHMPI que algunos servicios/artículos que solicito, incluyendo los que me fueron proporcionados el día _____ (*la fecha de hoy*), pueden no estar cubiertos bajo los programas de Medicaid y/o Medicare como algo razonables y médicamente necesarios para mi atención. Entiendo que los Programas de Medicaid y/o Medicare, o su(s) agente(s) asegurador de salud, determinan la necesidad médica de los servicios/artículos que solicito y recibo. También entiendo que soy responsable por el pago de los servicios o artículos que solicito y recibo si Medicaid y/o Medicare determinan que estos servicios/artículos no son razonables y médicamente necesarios para mi atención.

FIRMA: _____

(Paciente, Padre o Tutor(a))

Fecha: _____

CARGOS DE LABORATORIO

Yo, el suscrito, entiendo que hay un cargo por los análisis de laboratorio ordenados por el prestador de cabecera. También entiendo que podría recibir un cargo adicional de un laboratorio externo. Hablaré con el prestador acerca de cualquier pregunta antes de que se ordene algún análisis para mí.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____
(Paciente, Padre o Tutor(a))

TESTIGO: _____ **FECHA:** _____

TELEMEDICINA

CONSENTIMIENTO PARA CONSULTA DE TELEMEDICINA: Al firmar esta sección, usted está dando consentimiento para participar en servicios de consulta de telemedicina. Usted está reconociendo que ha leído y entiende las disposiciones para telemedicina. Usted está reconociendo que su prestador de atención médica le ha explicado a usted cómo funciona la videoconferencia de telemedicina.

Por medio del presente doy mi consentimiento para participar en una consulta de telemedicina.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____
(Paciente, Padre o Tutor(a))

TESTIGO: _____ **FECHA:** _____

HISTORIAL FARMACOLÓGICO

Por medio del presente autorizó a RHMPI a tener acceso a mi historial farmacológico y a toda receta surtida en farmacias en todo el estado de Alabama.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____
(Paciente, Padre o Tutor(a))

TESTIGO: _____ **FECHA:** _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL (DE LA) PACIENTE

Yo, el suscrito, entiendo qué he sido informado de los Derechos y Responsabilidades del (de la) Paciente de Rural Health Medical Program, Inc., y ofrecido una copia.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____
(Paciente, Padre o Tutor(a))

TESTIGO: _____ **FECHA:** _____



Autorización para acceder a información

Yo _____,
(Aclaración y fecha de nacimiento)

por medio del presente autorizo al personal de Rural Health Medical Program, Inc. a divulgar parte de o toda mi información médica al (a los) individuo(s) que aparece(n) a continuación hasta que se dé nuevo aviso.

(Nombre) (Relación)

(Nombre) (Relación)

(Nombre) (Relación)

(Firma del (de la) paciente) Fecha

Para uso exclusivo de la clínica:

Se ha presentado y verificado identificación adecuada.

Nombre del miembro del personal / departamento: _____

Nombre de la Clínica: _____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Rural Health Medical Program, Inc. ○ 101 Park Place ○ Selma, AL 36701

Nombre del (de la) paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de seguro social: _____

Dirección: _____ Apto. # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Obtener información de:

Divulgar información a:

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Tel. #: _____ Fax #: _____

Tel. #: _____ Fax #: _____

SE NECESITA INFORMACIÓN DEL (DE LA) PACIENTE PARA:

- Transferir Atención
- Tratamiento
- Seguro
- SS para incapacidad
- Propósitos Legales
- Escuela/Guardería
- Uso personal
- Otra, por favor especifique _____

Fechas de tratamiento: _____

Información que será usada y/o divulgada:

- Resumen del expediente clínico
- Antecedentes y examen físico
- Notas de oficina
- Informes de laboratorio/patología
- Informes operativos
- Informes de consulta
- Informes de radiografía
- Otra (especifique) _____

Abuso de sustancias, salud mental, VIH/SIDA

Entiendo que mi historia médica o registros de facturación podrían contener información relacionada a drogas, alcohol, atención psiquiátrica, enfermedad de transmisión sexual, pruebas de hepatitis B o C, VIH/SIDA (virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida), y/o otra información sensible y yo acepto que se divulgue.

(Firma del (de la) paciente o representante legalmente autorizado)

Plazo y derecho a anular la autorización

Salvo en la medida en que ya se ha tomado acción en base a esta autorización, puedo anular esta autorización en cualquier momento presentando un aviso escrito a la oficina de privacidad del establecimiento en la dirección: Privacy Office P.O. Box 2213, Selma, AL 36702-2213. Salvo que se anule, esta autorización se vencerá en la fecha o evento que aparece a continuación: _____ o un año después de la fecha de la firma de esta autorización como aparece abajo.

Nueva divulgación

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede ser sujeta a nueva divulgación por el destinatario y ya no estará protegida por la Ley sobre la responsabilidad y transferibilidad (de información) de los seguros médicos de 1996. Por medio del presente, el establecimiento, sus empleados, funcionarios, y médicos quedan liberados de toda responsabilidad por divulgar la información mencionada arriba en la medida indicada y autorizada en la presente.

Firma del (de la) paciente o representante personal que puede solicitar la divulgación:

Entiendo que el Family Health Center [Centro de salud familiar] no puede hacer que mi tratamiento dependa de que yo firme esta autorización o no salvo que así se especifique bajo Propósito de la solicitud. Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que será usada o divulgada. Autorizo a Family Health Center a usar y a divulgar la información médica protegida descrita arriba de esto.

Firma: _____
Paciente o representante legalmente autorizado

Fecha: _____

Aclaración del nombre del (de la) paciente o representante legalmente autorizado

Relación al (a la) paciente

Los honorarios/cargos cumplirán con toda ley y reglamento aplicable a la divulgación de Información médica protegida. El pago vence al momento de la divulgación.

Nombre del(de la) paciente: _____ Edad: _____ La fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____ PID (Uso exclusivo de la oficina): _____

Razón por la visita de hoy: _____ Fecha de la última consulta: _____

Nombre de su médico(a) de atención primaria más reciente: _____

Dirección del médico(a): _____

Antecedentes Médicos - Marque las condiciones que USTED alguna vez ha tenido

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes - ¿Tipo I o Tipo II? _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis - ¿De qué tipo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Cirrosis/Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Alto Colesterol | <input type="checkbox"/> Alcoholismo/Drogadicción |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca / ICC | <input type="checkbox"/> Artritis - ¿De qué tipo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Paro cardíaco/Enfermedad de la arteria coronaria | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos/Desfibrilador | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Huesos delgados |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Problema de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> EPOC / Enfisema / Bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> Otra ETS/Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Cáncer - ¿De qué tipo? _____ | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Problemas del tiroides | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica / Problemas de la circulación | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre / TVP | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado | <input type="checkbox"/> Ataque (convulsión) |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Parálisis |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Otra _____ | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

SÓLO PARA MUJERES

_____ ¿Cuándo tuvo su último Papanicolau?	_____ ¿Cuántos?
_____ ¿Alguna vez ha tenido un Papanicolau anormal?	_____ Total de embarazos
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____	_____ Nacidos vivos
_____ ¿Primer día de su último período de menstruación?	_____ Nacidos prematuros
_____ ¿Cuándo tuvo su última mamografía?	_____ Abortos espontáneos
_____ ¿Alguna vez ha tenido una mamografía anormal?	_____ Abortos
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____	_____ Cesáreas
Sí No ¿Se encuentra embarazada actualmente?	_____ Parto vaginal después de cesárea
Fecha estimada del parto: _____	
Sí No ¿Alguna vez tuvo complicaciones con su embarazo?	
En caso afirmativo, favor de explicar.	

Haga una lista de los medicamentos a los cuales usted es ALÉRGICO(A):

Haga una lista de los medicamentos que actualmente está tomando con las dosis (Ej.: Prinivil 40 mg diariamente)

Cirugías previas		Hábitos de salud
Fecha	Tipo de cirugía	¿Cuánto usa usted por día? (Si no es por día, ¿cuánto por semana?)
	Vesícula biliar	Cafeína:
	Apéndice	Alcohol
	Amígdalas	Tabaco:
	Hernias	Drogas ilícitas:
	Histerectomía - ¿Le sacaron los ovarios?	
	Ligación de tubos (<i>tubos amarrados</i>)	Ocupación/Viajes
	Biopsia del seno	¿Se ha expuesto a materiales peligrosos? _____
	Cirugía de espalda	
	Otra: _____	¿Ha viajado a países del extranjero? _____
	Otra: _____	

ANTECEDENTES FAMILIARES: Haga una lista de los miembros de su familia con estas condiciones (NO SE INCLUYA A USTED):

Diabetes	
Hipertensión Arterial	
Alto Colesterol	
Paros cardíacos	
Enfermedad de riñón	
Problema de sangrado	
Derrames cerebrales	
Cáncer (¿De qué tipo?)	
Artritis	
Asma	
EPOC/Problemas de los pulmones	
¿Sus padres siguen con vida? En caso negativo, ¿a qué edad y de qué murieron?	
¿Sus hermanos siguen con vida? En caso negativo, ¿a qué edad y de qué murieron?	

Síntomas: Por favor marque si está teniendo cualquiera de estos:

<input type="checkbox"/> Pérdida de peso no intencional	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Desmayo
<input type="checkbox"/> Diarrea o vómito	<input type="checkbox"/> Sarpullido	<input type="checkbox"/> Olvido
<input type="checkbox"/> Sangre en las heces y la orina	<input type="checkbox"/> Problemas de erección	<input type="checkbox"/> Nuevo dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Escapes de orina o heces	<input type="checkbox"/> Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Dificultad para dormir
<input type="checkbox"/> Sudoración/Fiebres nocturnas	<input type="checkbox"/> Demasiada sed	<input type="checkbox"/> Dolor - ¿dónde? _____
<input type="checkbox"/> Secreción del pene o flujo vaginal	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Falta de aire	<input type="checkbox"/> Tos persistente	
<input type="checkbox"/> Hinchazón en los pies/tobillos	<input type="checkbox"/> Bultos o nudos sospechosos (¿dónde?) _____	
<input type="checkbox"/> Períodos irregulares/dolorosos	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar al estar acostado	