



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE (LETRA DE IMPRENTA)

Fecha de Hoy:		Número de Seguro Social:	
Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Teléfono de Casa: ()
Dirección:			Teléfono de Celular: ()
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono del Trabajo: ()
Correo Electrónico:			Fecha de Nacimiento Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Si menor de 18 años, Nombre de Padre/Madre/Guardián:			Número de Teléfono: ()
¿Cómo se enteró acerca de nuestro Centro de Salud: <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Hospital Novant <input type="checkbox"/> Hospital Sentara <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Escuelas <input type="checkbox"/> Organización Local <input type="checkbox"/> CSB <input type="checkbox"/> Feria de Salud <input type="checkbox"/> Otro: _____			

CONTACTO DE EMERGENCIA [EN CASO DE EMERGENCIA, LA PERSONA QUE PODEMOS CONTACTAR]

Primer Nombre y Apellido: _____
Número de Teléfono: _____
RELACION CON EL PACIENTE: <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otro: _____

DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE (CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS)

Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latina(o) <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latina(o) <input type="checkbox"/> Prefiero No Reportar		
Raza: <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Amerindio/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero No Reportar		
Idioma Preferido: Si prefiere comunicarse en un idioma que no sea inglés, indique el idioma preferido: _____ <input type="checkbox"/> Solicito servicios de interpretación		
¿Es Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Trabajador Temporal en el Area? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Situación Actual de Vivienda? <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Rentando <input type="checkbox"/> Viviendo con Familia <input type="checkbox"/> Viviendo con Amigos <input type="checkbox"/> Albergue/Refugio <input type="checkbox"/> Hogar de Transición <input type="checkbox"/> Viviendo en Auto <input type="checkbox"/> Viviendo en la Calle <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Estado Civil? <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
¿Tiene Empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Empleador: _____	

INFORMACION DEL SEGURO [SI NO TIENE SEGURO, OMITA ESTA SECCION]

Nombre del Seguro: _____	Número de ID del Seguro: _____	Nombre del Suscriptor: _____
	Número del Grupo: _____	Fecha de Nacimiento: _____



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Consentimiento para el Tratamiento

Al firmar abajo, yo (o mi representante autorizado en mi nombre) autorizo a los proveedores del Centro y su personal para llevar a cabo cualquier exámenes de diagnóstico, pruebas y procedimientos, así como proporcionar cualquier medicamento, tratamiento o terapia necesaria para evaluar eficazmente y mantener mi salud, diagnosticar y tratar mi enfermedad o lesiones. Entiendo que, con exclusión de las emergencias o circunstancias extraordinarias, es la responsabilidad de los proveedores de atención de salud que me expliquen el tratamiento y las razones de cualquier diagnóstico, examen, prueba o procedimiento, las opciones de tratamiento disponibles y los riesgos comunes y consecuencias y beneficios anticipados asociados con estas opciones, así como tratamientos alternativos.

Derecho a rechazar tratamiento: Al dar mi consentimiento general al tratamiento, entiendo que conservo el derecho de rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento recomendado o que se considere necesario por razones médicas de los proveedores de atención de la salud. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no hay garantías de los resultados de mi evaluación y/o tratamiento.

Pruebas de VIH, Hepatitis B y C

En el caso de que el personal del Centro se ponga en contacto con los fluidos de mi cuerpo o de mis hijos, yo _____ doy consentimiento para la prueba del VIH, Hepatitis B y C.

(Iniciales)

Firma: _____

Firma del Paciente/Padre/Madre/Guardián

Fecha



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

FORMULARIO DE HISTORIAL MEDICO

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

MEDICAMENTOS

Por favor escriba todos los medicamentos que está tomando:

Medicamento	Dosis	Como lo Toma	Frecuencia

ALERGIAS

Por favor liste todas las alergias

Alergias	Alergias	Alergias

Historial Medico Anterior

Tiene o a Tenido Antes:

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohm
<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Colitis
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Ictericia
<input type="checkbox"/> Coto	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Ulcera Estomacal o Péptica
<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsiones)	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Problemas en el Corazón	<input type="checkbox"/> Cálculos renales	



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

CIRUGIAS

Por favor liste cirugías que ha tenido, incluyendo el año y mes:

Cirugías	Mes	Año	Frecuencia

HISTORIA FAMILIAR

Por favor liste su historia familiar:

	Si vive	Si Vive	Si Fallecio	Si Fallecio
	Edad (es)	Salud y Psiquiatría	Edad al Fallecer	Causa
Padre				
Madre				
Hermanos/Hermanas				
Hijos				

HISTORIA SOCIAL

Usted Usa?

Tabaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Drogas Recreacionales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado Civil:	Ocupación:	



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Acuerdo de Responsabilidad Financiera

El pago se debe hacer en el momento del servicio. El pago puede hacerse en efectivo o tarjeta de crédito. No se aceptan cheques. Cualquier cargo, deducible, coseguro o copago se paga al momento del servicio.

RESPONSABILIDAD DE PAGO: El suscrito asume la responsabilidad de cumplir con el pago de la cuenta de acuerdo con las tarifas y los términos del Centro, si firmó como paciente o garante, sea con **seguro o sin seguro**. Como el suscrito, yo entiendo que: (a) mi seguro, si lo hay, es un contrato entre mi persona y la compañía de seguros, excepto en ciertos casos en los que el Centro tiene un contrato específico con mi PPO, HMO u otro pagador terciario. El Centro no determina ni explica si los servicios serán cubiertos por mi seguro; eso es entre el seguro y yo; (b) entiendo, además, que el saldo restante, después que el de seguro apruebe o niegue el pago, es mi responsabilidad de pagar; si la compañía de seguro niega un reclamo de algún servicio por cualquier motivo, ya sea en el momento del servicio o después de recibir servicio, yo asumo total responsabilidad del pago de acuerdo con términos y tarifas estándar del Centro; (c) si yo no estoy con la capacidad de pagar las tarifas estándar por los servicios proporcionados, ya sea con seguro o sin seguro, yo puedo aplicar al programa de Escala de Descuento del Centro.

En el caso de que los cargos no sean pagados en su totalidad, con o sin seguro, y la cuenta fuese enviada a colección ya sea por una agencia de cobros, un abogado o ambos, me comprometo a ser responsable y pagar, además de los cargos por los servicios y el trato recibido, todos los costos asociados razonables con dicha actividad de colección, incluyendo, pero no limitado, a gastos de colección razonables, honorarios de abogados, y gastos de la corte.

Por la presente autorizo al Centro para dar toda la información médica a todas mis compañías de seguros, otros pagadores terciarios, incluyendo Medicare o sus agentes, o de la Administración del Seguro Social, como puede ser requerido o solicitado para el procesamiento de las reclamaciones de seguros, el seguro social, discapacidad o compensación, Worker's Compensation, u otros propósitos de las seguranzas.

AUTORIZACION PARA PAGAR LOS BENEFICIOS DE SEGUROS

Por la presente autorizo el pago de cualquier seguro u otros beneficios médicos directamente al GPW Health Center. El suscrito, tras haber leído y comprendido el acuerdo, acepta la responsabilidad financiera de este acuerdo.

Firma: _____
Firma del Paciente/Padre/Madre/Guardián Fecha



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

PERMISO PARA DIVULGAR EL INTERCAMBIO DE INFORMACION

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

El Centro crea y recibe los registros confidenciales con respecto a su salud, mientras esté bajo nuestro cuidado. El Centro no entrega sus archivos confidenciales a cualquier individuo u organización (incluyendo miembros de la familia), sin su autorización por escrito. Esta póliza incluye el consentimiento por escrito para que sea referido(a) a un especialista fuera de nuestro Centro.

- Doy mi consentimiento para la entrega y el intercambio de archivos confidenciales a los miembros de la familia, organizaciones y fuentes de referencia que lo soliciten.
- Doy permiso al proveedor para ver mi historial de medicamentos de fuentes externas.
- Doy mi consentimiento para el intercambio de documentos confidenciales, medicinas, y prescripciones a las personas citadas y de las siguientes organizaciones : _____

Métodos de Contacto:

Seleccione los métodos con los cuales el Centro puede contactarlo para recibir recordatorios de citas, resultados de exámenes, facturación, etc.

- Me pueden por teléfono (al los números que proporcione)
- Me pueden contactar por mensagede de texto
- Me pueden contactar por correo electrónico.

Consentimiento del Portal del Paciente:

El Portal del paciente permite a los pacientes revisar citas existentes, resultados de laboratorio, medicamentos, solicitar resurtidos de recetas, historial médico, facturas de servicios y enviar mensajes seguros al personal del Centro. Para inscribirse en esta opción basada en Internet, seleccione en el cuadro a continuación. La dirección de correo electrónico proporcionada en el Formulario de inscripción del paciente se utilizará como su contraseña.

- Inscríbeme



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Políticas del Centro

Los pacientes pueden encontrar el texto completo de las Políticas que se enumeran a continuación en la recepción de cada instalación y en la pagina web de GPW

Aviso de Prácticas de Privacidad del Paciente

Entiendo que como paciente del Centro toda la información recibida será confidencial en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996. Yo reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro.

Las expectativas de citas:

Favor de llegar 30 minutos antes de su cita para registrarse . Todos los pagos se esperan en el momento del servicio. Avise a algún miembro del personal de cualquier cambio en su información para asegurarnos de que tenemos la información más actualizada en su cuenta. Asegúrese de que usted proporcione en el momento de la visita identificación apropiada , documentos requeridos, y tarjetas de seguro (si las hay). Los menores de edad deben estar acompañados por un adulto en todo momento.

Confirmación de Citas

Su cita debe ser confirmada 72 horas antes de la cita programada. Si el Centro no puede confirmar su cita, será cancelada. Haremos todo lo posible para reprogramar su cita dependiendo de la disponibilidad de su proveedor.

Llegada Tarde

Los pacientes **que lleguen** a la recepción **más de 10 minutos después de su cita programada**, no serán vistos. **Haremos todo lo posible para reprogramar su cita, dependiendo de la disponibilidad de su proveedor.**

Póliza de Cancelación

Los Pacientes que tengan que cancelar o cambiar una cita pueden hacerlo llamando al Centro o dejando un mensaje al 703-680-7950. **Cancelaciones requieren 72 horas de previo aviso.** Los mensajes de voz dejados 72 horas de anticipación serán suficientes como notificación al Centro. Si no cancela su cita con previo aviso dará lugar a un **“no show”** en su expediente. **Cuando acumula dos “no shows” solo podrá ser visto sin cita previa.**

Iniciales Del Paciente: _____