

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____ Expediente # _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

FECHA DE NAC ____/____/____ SEXO: Masculino Femenino Seguro Social #: ____-____-____

Tel de Casa _____ Tel Celular _____ Tel de Trabajo _____

(Por favor marca el número a la cual prefiere que le contactemos)

Empleador _____

Estado Civil: soltero casado divorciado viudo RAZA: _____

Nombre del Cónyuge _____ Fecha de Nac ____/____/____ Ultimos 4 del SSN _____

Lugar de empleo del cónyuge _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ **TEL:** _____

INFORMACIÓN DE ASEGURADORA Y PERSONA RESPONSABLE

(Esta sección debe ser llenado)

<p>Primario _____</p> <p>Group #: _____</p> <p>Policy #: _____</p> <p>Persona Responsable (si no es el paciente)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Fecha de Nac: ____/____/____ Tel _____</p> <p>Seguro Social #: ____-____-____</p> <p>Dirección _____ <small>Calle</small></p> <p>_____ <small>Ciudad Estado Código Postal</small></p>	<p>Secundario _____</p> <p>Group #: _____</p> <p>Policy #: _____</p> <p>Persona Responsable (si no es el paciente)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Fecha de Nac: ____/____/____ Tel _____</p> <p>Seguro Social #: ____-____-____</p> <p>Dirección _____ <small>Calle</small></p> <p>_____ <small>Ciudad Estado Código Postal</small></p>
--	--

Yo autorizo y solicito a mi compañía aseguradora a pagar directamente al University Medical Center cualquier beneficio de salud resultado por cuidado recibido en ese lugar. Yo entiendo que mi compañía aseguradora talvez no cubra todos los servicios rendidos a mi o mis dependientes y estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad por los servicios, procedimientos, dispositivos, o las pruebas que no están cubiertos. Yo doy consentimiento para la liberación a mi compañía aseguradora cualquier record medico (excepto psiquiatra) necesario para resolver reclamos por servicios rendidos. Yo entiendo que el copago y cualquier servicio no cubierta por la compañía aseguradora se **DEBE PAGAR EN SU TOTALIDAD EN EL MOMENTO DE SERVICIO**. Paciente / garante entiende que el saldo de crédito *en una fecha de servicio* se puede aplicar a otros saldos pendientes de *pago en otras fechas de servicios* para su cuenta personal y / o para las cuentas de las que son el garante.

*Firma _____ *Fecha _____

*Relacion al Paciente _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Suite _____ Doctor _____

New Patient _____ Update _____ OC _____ WC _____

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

UNIVERSITY MEDICAL CENTER
(Referido en adelante como UMC)

FORMA DE CONSETIMIENTO DE COMUNICACIÓN AL PACIENTE

Yo estoy de acuerdo en que UMC me contacte en los siguientes métodos en relación a mi información de salud privado, evaluación y tratamiento. Yo autorizo a UMC dejar mensajes para mí cuando no estoy disponible.

METODO	NUMERO/DIRECCION	MENSAJES (SI O NO)
_____ Tel de Casa	(____) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____ Tel Celular	(____) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____ Tel de Trabajo	(____) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____ Mensajes de Texto	(____) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____ Portal del Paciente	Se requiere registrar (pregunte a su enfermera que lo registre para ese servicio gratis). _____@_____	

Correo electrónico es únicamente para registrar en el Portal del Paciente
No mande mensajes al paciente solo que sea por el Portal del Paciente.

Preguntas de Seguridad: Cual es el apellido de su mama? _____

Cuál es el nombre de su mejor amigo infantil? _____

Cuál era la marca de su primer carro? _____

Yo autorizo a UMC y su personal médica a discutir mi información médica (la cual puede incluir historia, diagnosis, laboratorios, resultados de exámenes, tratamientos y otra información médica) con los contactos abajo.

Yo entiendo que si dejo los espacios en blanco estoy indicando que mi decisión es "No Información" y yo no quiero información mía dada a otra persona.

Yo entiendo que al dejar espacios en blanco que le indico que no quiero ninguna información dada a conocer a otra persona

NOMBRE	RELACION AL PACIENTE	INFO DE CONTACTO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Autorizo a la siguiente persona(s) a recoger recetas. (Por favor, consulte el Formulario de Sustancias Controladas)

CONTACTO DE EMERGENCIA UNICAMENTE -

NOMBRE: _____

Teléfono: _____

Con mi firma abajo reconozco que he leído y entiendo las **Guías de Comunicación al Paciente** e información dado en esta forma de consentimiento. Yo entiendo el riesgo que hay con diferentes formas de comunicación, y consiento a los condiciones, restricciones y responsabilidades del paciente dados en la Guía igual a cualquier otro instrucción UMC imponga.

Nombre del Paciente escrito

Fecha

Paciente/Firma Autorizado

Relación al paciente

Nombre del Paciente _____

Número de Expediente _____

UNIVERSITY MEDICAL CENTER

[Referido abajo como "UMC"]

Reconocimiento del Aviso de las Prácticas de la Información de Salud

Hemos hecho disponible nuestro aviso de las prácticas de información de salud. ¡Repase POR FAVOR ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE! Usted puede obtener una copia del aviso, o puede tener acceso al aviso en línea a través del INTERNET al sitio <http://umc.ua.edu/about/hipaa-notice/>.

El aviso explica cuando podemos usar/divulgar su información de salud, e incluye algunos de los ejemplos siguientes:

- Cuándo usted nos da permiso de divulgar su información de salud
- Para ayudar con su tratamiento o para personas involucrados en el cuidado de su salud o el pago para eso
- Para ayudarnos u otro profesionales de la salud a conseguir los pagos para los servicios que se le proporciono
- Para mejorar nuestras operaciones del cuidado médico
- Para empresas de las cuales contratamos para proporcionar apoyo administrativo, pero solo si hay un acuerdo en escrito a mantener su información privado
- A las agencias de la salud pública, a las agencias gubernamentales o a otros entidades o personas cuando es requerido o autorizado por la ley o permitido para por el Acto de la Portabilidad y de la Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

El aviso también explica algunos de sus derechos bajo HIPAA, incluyendo pero no limitado a su:

- Derecho a pedir que su información no sea divulgada a ciertas personas
- Derecho a restringir revelaciones de su información personal de salud a su plan de salud cuando paga por completo por su cuidado o procedimiento
- Derecho a solicitar que nos comuniquemos de otra manera con usted para asegurar su privacidad
- Derecho a ver u obtener una copia de la mayoría de su información de salud en nuestros registros
- Derecho a solicitar que se corrija información de su salud en nuestro registro que esta incorrecto o engañosa
- Derecho a que se le notifique si hay un incumplimiento de su información de salud
- Derecho a tener que decirle a quien le hemos divulgado su información de salud
- Derecho de hacer una queja con nuestro Oficial de Aislamiento o la Secretaria del Departamento de Salud de los Estados Unidos y de los Servicios Humanos de la Privacidad.

Reconozco que me han dado una oportunidad de repasar este aviso de las prácticas de la Información de Salud de este Centro Medico, que yo entiendo que tipo de información contiene el Aviso, que tengo derecho a una copia personal del Aviso, y que una copia está disponible para mí.

Firma del paciente o representante del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del representante del paciente: _____

Relación del paciente/descripción de la autoridad a actuar por el paciente: _____

FOR UMC USE ONLY:

Date Notice Made Available: _____ Notice Delivered: __in person__mail__electronic Acknowledgement Signed? __Yes__No
Why Acknowledgement Not Signed: __patient refused__patient failed to return__emergency__other_____

Signed copy of Acknowledgement should be filed in Patient's Record

Número de Expediente _____

UNIVERSITY MEDICAL CENTER

(Referido en adelante como UMC)

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE
FORMULARIO DE FIRMA

Le animamos a participar en la gestión de su salud. Podemos trabajar mejor si usted entiende lo que espera de nosotros y lo que esperamos de usted. Aquí está un resumen de sus derechos y responsabilidades como usuario de los Servicios de Salud del Centro Médico Universidad. Si desea tener más información sobre cualquiera de estos puntos, consulte a su doctor o cualquier personal del Centro Médico Universidad.

Estoy firmando que he recibido y acepto los Derechos y Responsabilidades del paciente.

Nombre impreso del paciente _____

Firma del paciente/ Padre o guardián _____

Relación al paciente _____

Fecha: _____

Autorización para Divulgar Información de Salud

Por la presente autorizo el uso y/o divulgación de mi información de salud protegido individualmente identificable ("PHI") como se describe abajo. A menos que se excluya explícitamente, esta autorización incluye toda información relacionado a abuso/tratamiento de drogas y/o alcohol, comunicación con psiquiatras o psicólogos, registros de enfermedades de transmisión sexual, si son parte de mi record médico. Yo entiendo que esta autorización es voluntario. Una vez esta información es divulgada, puede ser sujeto a re-divulgación y puede ser que ya no sea protegido por regulaciones de privacidad federales.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de Record Medico: _____

Teléfono del Paciente: _____ # de Seguro Social: _____

Por favor pidan mi record medico de: Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Por favor mande mi record medico a: Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Por favor envíe/solicite esta información: Notas de Oficina: _____ Laboratorios: _____ Medicaciones: _____ Inmunizaciones: _____

Otro: _____ Por favor especifique: _____ Record Completo: _____

De qué periodo de tiempo quiere la información entregado u obtenido: _____

Esta información será usado por: personal: _____ medico: _____ otro: _____

Por favor envíe esta información por: Correo: () si () no Fax: () si () no Teléfono: () si () no

Email () si () no () Cifrado () No Cifrado Paciente ha sido informado del riesgo

Esta autorización se expira: _____

Nota: Después de que pase esta fecha, esta autorización ya no será valida. A menos que se especifique lo contrario esta autorización será valida por 6 meses después de la fecha firmada. Si la autorización es por investigación, la declaración "fin de investigación" o "no hay" o lenguaje similar extenderá su permiso más de 6 meses.

A menos que se excluya explícitamente, esta autorización incluye toda información relacionado a abuso/tratamiento de drogas y/o alcohol, comunicación con psiquiatras o psicólogos o registros de enfermedades de transmisión sexual, si son parte de mi record médico. Yo entiendo que esta autorización es voluntario. Una vez esta información es divulgada, puede ser sujeto a re-divulgación y puede ser que ya no sea protegido por regulaciones de privacidad federales.

¿Si es para comercialización, recibirá UMC pago/beneficio del tercero por recibir el PHI? Si No N/A

El paciente o el representante del paciente debe leer e inicial las siguientes declaraciones:

Iniciales: _____ Yo entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando al Oficial de Privacidad de UMC por escrito, UMC no será responsable por información de salud protegida que ha sido publicado antes de mi revocación de la autorización.

Iniciales: _____ Yo entiendo que UMC no puede condicionar provisión de tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud, o elegibilidad para beneficios con firmar esta Autorización, excepto bajo las siguientes circunstancias:

- participando en proyectos de investigación pueden ser condicionados a que yo firme una Autorización para usar y divulgar PHI en la investigación
- inscripción inicial en planes de salud pueden ser condicionados con firmar una Autorización para que el plan de salud revise el PHI para determinar elegibilidad.

Si un tercer solicita servicios para mí, PHI no será liberado sin que yo firme una autorización.

Firma del paciente o representante del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre escrito del representante del paciente: _____

Relación al paciente/descripción de autoridad para actuar por paciente: _____