

**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: \_\_\_\_\_

Etnicidad:  No Hispano o Latino  Hispano o Latino

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)

**Primario** \_\_\_\_\_

**Group #:** \_\_\_\_\_

**Policy #:** \_\_\_\_\_

**Persona Responsable (si no es el paciente)**

Masculino  Femenino

**Fecha de Nac:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Tel** \_\_\_\_\_

**Seguro Social #:** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_  
Calle

Ciudad Estado Código Postal

**Segundario** \_\_\_\_\_

**Group #:** \_\_\_\_\_

**Policy #:** \_\_\_\_\_

**Persona Responsable (si no es el paciente)**

Masculino  Femenino

**Fecha de Nac:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Tel** \_\_\_\_\_

**Seguro Social #:** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_  
Calle

Ciudad Estado Código Postal

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 \_\_\_\_\_

\*Relación 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	<b>Se requiere registrar</b> (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 válida. A menos que se especifique lo contrario esta autorización será válida 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: \_\_\_\_\_