



MR# \_\_\_\_\_

Patient Information	Nombre del Paciente _____	
	Calle _____	Apt./Unit/Lot _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
	Fecha de Nac: ____/____/____ Mes/Día/Año	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino      Número de Seguridad Social ____ - ____ - ____
	<input type="checkbox"/> Tel de Casa _____ <input type="checkbox"/> Tel Celular _____ <input type="checkbox"/> Tel de Trabajo _____ (Por favor marca el número a la cual prefiere que le contactemos)	
Responsible Party	Empleador _____	
	Estado Civil: <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> viudo	Raza: _____
	Etnicidad: <input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino	
	Nombre del Cónyuge: _____	Lugar de empleo del Cónyuge _____
CONTACTO DE EMERGENCIA: _____		TEL: _____
Insurance Information	Persona Responsable (si no es el paciente) _____	
	Calle _____	Apt./Unit/Lot _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
	Fecha de Nac: ____/____/____ Mes/Día/Año	Número de Seguridad Social: ____ - ____ - ____    Empleador _____
	<input type="checkbox"/> Tel de Casa _____ <input type="checkbox"/> Tel Celular _____ <input type="checkbox"/> Tel de Trabajo _____ (Por favor marca el número a la cual prefiere que le contactemos)	
Insurance Information	Primario: _____	Secundario: _____
	Group #: _____	Group #: _____
	Policy #: _____	Policy #: _____
	Persona Responsable (si no es el paciente)	Persona Responsable (si no es el paciente)
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino    Tel: _____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino    Tel: _____
Fecha de Nac (Mes/Día/Año): ____/____/____		Fecha de Nac (Mes/Día/Año): ____/____/____
Número de Seguridad Social ____/____/____		Número de Seguridad Social ____/____/____
Calle: _____ Apt./Unit/Lot # _____		Calle: _____ Apt./Unit/Lot # _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____		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 (con excepción de 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 \_\_\_\_\_



CONSENTIMIENTO DE  
COMUNICACIÓN AL PACIENTE

(University Medical Center Referido en adelante como UMC)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha del Nacimiento: \_\_\_\_\_

Registros Médicos #: \_\_\_\_\_

Contactos Aprobados	<p>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 mi cuando no estoy disponible.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>MÉTODO</th> <th>NUMERO/DIRECCION</th> <th>MENSAJES (SÍ O NO)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>___ Tel de Casa</td> <td>(___) _____</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>___ Tel Celular</td> <td>(___) _____</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>___ Tel de Trabajo</td> <td>(___) _____</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>___ Mensajes de Texto</td> <td>(___) _____</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </tbody> </table>	MÉTODO	NUMERO/DIRECCION	MENSAJES (SÍ 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
MÉTODO	NUMERO/DIRECCION	MENSAJES (SÍ 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														
Preguntas de Identificación para obtener Información de salud	<p><b>Se no puedo venir a UMC, acepto responder las siguientes preguntas antes de que se me pueda obtener información, Preguntas de Seguridad:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuál es el apellido de soltera de tu madre? _____</li> <li>2. ¿Cómo se llamaba tu mayor amigo de su niñez? _____</li> <li>3. ¿Cuál es la marca de tu primer auto? _____</li> </ol>															
Información de Salud	<p>Yo autorizo a UMC y su personal medica 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 decision es "No Información" y 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.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Relación al Paciente</th> <th>Info de Contacto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>(___) ___ - _____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>(___) ___ - _____</td> </tr> </tbody> </table>	Nombre	Relación al Paciente	Info de Contacto	_____	_____	(___) ___ - _____	_____	_____	(___) ___ - _____						
Nombre	Relación al Paciente	Info de Contacto														
_____	_____	(___) ___ - _____														
_____	_____	(___) ___ - _____														
Medicación	<p><b>Yo autorizo la siguientes personas a recoger recetas. Se necesita otra forma para sustancias controladas.</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Relación al Paciente</th> <th>Info de Contacto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>(___) ___ - _____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>(___) ___ - _____</td> </tr> </tbody> </table>	Nombre	Relación al Paciente	Info de Contacto	_____	_____	(___) ___ - _____	_____	_____	(___) ___ - _____						
Nombre	Relación al Paciente	Info de Contacto														
_____	_____	(___) ___ - _____														
_____	_____	(___) ___ - _____														
Contacto de Emergencia	<p><b>Contacto de Emergencia Unicamente:</b></p> <p>Nombre: _____ Numero de Teléfono: (___) ___ - _____</p>															

Nombre del pacient (impreso)

Fecha

Firma (Paciente o persona autorizada)

Relación al Paciente



**RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE LAS  
PRÁCTICAS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**  
(University Medical Center Referido en adelante como UMC)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha del Nacimiento: \_\_\_\_\_

Registros Médicos #: \_\_\_\_\_

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

El aviso explica cuando podemos usar/divulger 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 medico
- Para empresas de las cuales contratamos para proporcionar apoyo administrative, 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 el 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 dibugada a ciertas personas
- Derecho a restringir revelaciones de su información personal de salud a su plan de salud cuando paga por complete 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 practices de la Información de Salud de este Centro Médico, que you 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 (Para uso de UMC solamente):**

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: \_\_\_\_\_



**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL  
PACIENTE FORMULARIO DE FIRMA**  
(University Medical Center Referido en adelante como UMC)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha del Nacimiento: \_\_\_\_\_

Registros Médicos #: \_\_\_\_\_

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 guardian \_\_\_\_\_

Relación al paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_