

Formulario de Registro de Inscripción del Paciente
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____
Dirección: _____ Departamento/: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono particular: (_____) _____ Teléfono celular: (_____) _____
Nombre de Empleo: _____ Dirección de trabajo: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Teléfono Laboral: _____
Método de contacto preferido: Casa Celular Trabajo Correo electrónico: _____
Etnia: Afroamericano Hispano/Latino Caucásico Asiático Otros _____
Idioma Preferido: Inglés Español Otra: _____ ¿Necesita un Intérprete? Sí No
Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo
Farmacia preferida: _____
(Nombre) (Dirección) (Teléfono)
Nombre de contacto de emergencia: _____ Teléfono: (_____) _____

PARTE RESPONSABLE (Completar si es diferente de paciente o paciente es un menor)

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____
Dirección: _____ Departamento/N.º: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono particular: (_____) _____ Correo electrónico _____
Relación con Paciente: Cónyuge Padre Abuelos Tutor legal Otros: _____

Por la presente acepto que soy garante y soy financieramente responsable por el pago de servicios prestados, y que he recibido y estoy sujeto a los términos indicados en el formulario del Acuerdo de Responsabilidad Financiera.

Firma de paciente (18 años y más): _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

Firma del Padre/tutor: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

FUENTE DE DERIVACIÓN

Amigo/Paciente Derivación Externa Sitio en Internet
 Evento/Exposición de Salud Personal/Estudiante Medios Sociales
 Médico/Especialista Paciente actual Otros: _____

Formularios de Inscripción de Ingreso del Paciente
PERFIL DE PACIENTE

Nombre del paciente: Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Una nota para nuestros pacientes: Complete este cuestionario lo más exhaustivamente posible para poder ayudar a su clínico en su diagnóstico y tratamiento. Este es un registro confidencial de su tratamiento médico y no será divulgado, a menos que nos haya brindado la autorización escrita correspondiente. Gracias por su ayuda.

¿Cuáles son los objetivos que tiene para su visita a una clínica hoy?

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____ Última visita PCP Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

ANTECEDENTES SOCIALES

¿Toma alcohol? Sí No Si es afirmativo, ¿cuántas bebidas por semana? _____

¿Consume cannabis? Sí No Si la respuesta es afirmativa, para uso _____ medicinal o _____ recreativo, o _____ ambos

¿Con cuánta frecuencia consume cannabis en una semana determinada? _____ ¿En qué formas?: _____

Otros usos de droga, pasado o presente: _____

Uso actual o pasado del tabaco: Cantidad/paquetes por día: _____ Durante cuánto tiempo: _____ Fecha de abandono: _____

¿Tiene hijos? Sí No Si la respuesta es afirmativa, cuáles son sus edades: _____

¿Hace ejercicios en forma regular? Sí No Si la respuesta es afirmativa, describa el tipo de ejercicios y con cuánta frecuencia a continuación: _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Tiene **alergias a la medicación o alguna reacción alérgica** a algo? Sí No Si la respuesta es afirmativa, explique a continuación: _____

¿Tiene un PEN EPI para las reacciones alérgicas graves? Sí No N/A

Enumere todos los medicamentos y suplementos que está tomando incluso recetas, medicamentos de venta libre, vitaminas, minerales, hierbas y remedios terapéuticos. *Adjunte otra página si fuera necesario.*

Nombre del medicamento/complementos: (como Sintroide, Vitamina D, etc.)	Fortaleza: (88mcg, etc.)	Instrucciones: (Como 1 pastilla dos veces al día, según sea necesario, etc.)
<input type="checkbox"/> Marque si no tiene		

Formulario de Registro de Inscripción del Paciente

Nombre del paciente: Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Indique todas las cirugías o estadías en el hospital que ha tenido y su fecha o año aproximado:

Tipo de cirugía o motivo para la hospitalización: _____ Fecha: _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____

Marque el casillero para indicar si usted o un familiar ha padecido en alguna oportunidad algunas de las siguientes afecciones: Si la enfermedad no se aplica, deje el espacio en blanco. Indique el familiar que tiene la afección.

<u>Afección</u>	<u>Uno mismo</u>	<u>Madre</u>	<u>Padre</u>	<u>Hermano</u>
Alergias				
Anemia				
Ansiedad				
Artritis				
Asma				
Transfusión sanguínea				
Cáncer				
Cataratas				
Insuficiencia cardíaca congestiva				
Trastorno de coagulación				
COPD				
Depresión				
Diabetes				
Enfisema				
Fibromialgia/fatiga crónica				
Dolores de cabeza/migrañas				
Pérdida de la audición				
Enfermedad cardíaca				
Hepatitis				
Hipertensión				
Colesterol elevado				
VIH/Sida				
Insuficiencia renal				
Leucemia				
Neurológicos - Convulsiones				
Abuso de sustancias				
Trastorno tiroideo				
Tuberculosis				
Úlceras				
Otros				
Otros				
Otros				

Firma del Paciente _____ Fecha ____/____/____

Firma del Tutor Legal (si corresponde) _____ Fecha ____/____/____

Nota: Este formulario no es una “instrucción anticipada” y no concede autoridad a ninguna persona para dar o rechazar consentimiento para cualquier tratamiento o procedimiento de atención de salud en su nombre. Pregunte a nuestro personal si desea obtener más información sobre las instrucciones anticipadas.



Autorización para Tratamiento

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Yo, como paciente o parte responsable (para el paciente antes indicado), autorizo a Rosalind Franklin University Health System (Sistema de Salud) a administrar medicamentos, vacunas y para realizar dicho diagnóstico y procedimientos médicos conforme se consideren médicamente necesarios para mi atención según el criterio del médico y otros proveedores de atención de salud del Sistema de Salud. Comprendo que he tenido la oportunidad de analizar las opciones de tratamiento con el médico y otros proveedores de atención de salud.

Firma del Paciente o Parte responsable: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente o Parte responsable: _____

Acuse de recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad

La Norma de Privacidad de HIPAA requiere que las «entidades cubiertas» (por ejemplo, hospitales y clínicas) entreguen una copia de su Notificación de Prácticas de Privacidad a sus pacientes en la primera visita. También solicita que busquemos el consentimiento escrito de nuestros pacientes de que hemos, de hecho, entregado esa notificación. En consecuencia, el Sistema de Salud de Rosalind Franklin University le solicita que acepte que hemos entregado una copia de nuestra “Notificación de Prácticas de Privacidad” al firmar este formulario. Confirmando la recepción del Sistema de Notificación de Prácticas de Privacidad de Rosalind Franklin University en la fecha indicada anteriormente.

Firma del Paciente o Parte responsable: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente o Parte responsable (en letra imprenta): _____

Acuerdo de Responsabilidad Financiera

El Sistema de Salud de Rosalind Franklin University (Sistema de Salud) está comprometido en su atención, y le agradecemos por habernos elegido hoy para prestarle nuestros servicios. Como parte del tratamiento, incurrirá en costos por recibir los servicios e insumos prestados para su tratamiento. Como el paciente o garante para el paciente, será responsable por el pago en su totalidad. Porque lo valoramos como cliente, intentamos trabajar con usted para resolver estos costos. Si tiene preguntas o consultas relativas a su situación financiera, comuníquese con el Departamento de Servicios Financieros para el paciente al (847) 578-8546.

Aceptamos la mayoría de los planes de seguros; no obstante, usted es responsable de verificar que es un miembro participante con su seguro. Si tiene un HMO, tiene la responsabilidad de obtener las derivaciones necesarias. Todos los copagos se tomarán al momento del servicio de la inscripción. Como cortesía, cobraremos su seguro directamente para el pago. Si existe un conflicto con su seguro, tenemos el derecho de cobrarle antes de la resolución. Es importante, en cada visita, proporcionarle la información más actualizada relativa a su seguro.

Si no tiene seguro, estamos comprometidos en brindarle las formas para hacer los pagos por completo de los servicios recibidos. Aceptamos efectivo, cheques personales y tarjetas de crédito como formas de pago. Ofrecemos un 15% de descuento por pago completo al momento del servicio. Para calificar para este descuento, debe tener todos sus saldos pagos y al día. Si no puede realizar el pago en su totalidad al momento del servicio, le cobraremos a usted por el saldo adeudado. Un Programa de Dificultad Financiera se ofrece para las personas que califican basadas en su nivel de ingreso, por igual. Los descuentos se basan en su nivel de ingreso en relación con los Lineamientos de Pobreza Federal. Si cree que califica, pida una solicitud.

Como última alternativa, usamos una agencia de cobranzas para cobrar los saldos adeudados. Si no realiza el pago en su cuenta, será responsable de los costos incurridos por la agencia de cobranzas. Esto incluye, entre otras cosas, el honorario evaluado por la agencia al Sistema de Salud por los servicios y los honorarios legales, si es necesario.

Al firmar esta declaración, usted (o su garante para el paciente) acepta la responsabilidad del pago de los servicios y suministros prestados por el Sistema de Salud. Usted certifica que ha leído y comprendido sus responsabilidades y proporcionó información completa y precisa.

Firma del Paciente o Parte responsable: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente o Parte responsable: _____

Notificación de Prácticas de Privacidad

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA FORMA DE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

PRESENTACIÓN

El Sistema de Salud de Rosalind Franklin University Health System está obligado por ley (la Norma de Privacidad Federal HIPAA) a mantener la privacidad de la información de salud protegida (PHI) y a brindarle esta notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad relativas a PHI. Estamos obligados a cumplir con los términos de esta notificación. Podemos cambiar los términos de esta notificación en cualquier momento para toda la PHI que mantenemos. Si así lo hacemos, revisaremos esta notificación para reflejar los nuevos términos y las condiciones y las tendremos listas y disponibles a su pedido.

USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDAS

Por momentos, otras leyes federales y las leyes del Estado de Illinois imponen límites más estrictos en el uso y la divulgación de su PHI que la norma de privacidad de HIPAA. En esos casos, la Norma de Privacidad de HIPAA indica que debemos cumplir con las leyes que le brindan más protección sobre su PHI. Sujetos a esos límites más estrictos, podemos usar y divulgar su PHI de la siguiente manera:

Tratamiento. Podemos usar o divulgar su PHI para las actividades de tratamiento del proveedor de atención de salud. Por ejemplo, podemos usar su PHI para brindarle su atención médica y podemos divulgar su PHI a otros médicos que le brinden servicios médicos.

Pago. Podemos usar o divulgar su PHI para actividades relativas a la obtención de un reintegro por los servicios de atención de salud recibidos. Asimismo, podemos divulgar su PHI por actividades similares de otro proveedor de atención de salud o un plan de salud de grupo que esté relacionado. Por ejemplo, podemos usar su PHI para cobrarle a usted o a su compañía de seguros, conforme corresponda, por los servicios prestados.

Operaciones de atención de salud. Podemos usar o divulgar su PHI para determinadas actividades relativas a la operación de Sistema de Salud como proveedor de atención de salud. Además, podemos divulgar su PHI para esas actividades relativas a

otro proveedor de atención de salud o plan de salud de grupo con el cual tiene relación. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su PHI por actividades relativas a la evaluación de calidad, capacitación de profesionales de atención de la salud, detección de fraude y abuso y programas de cumplimiento.

Otros Usos y Divulgaciones permitidas.

Podemos usar y divulgar su PHI siempre que se cumplan algunas condiciones que se relacionan con su necesidad pública y privada:

- * a **Personas que participan en su atención o pago de su atención**, pero tendrá la oportunidad de objetar, y si objeta, cumpliremos con su deseo.
- * a **Empleados comerciales** que realicen funciones para nosotros y hayan prometido mediante un acuerdo escrito proteger su PHI.
- * conforme lo requiere la **Ley**, siempre que los aspectos específicos del uso o divulgación no sean superiores a aquello requerido por ley.
- * para **Actividades de Salud Pública**, como informe de enfermedades, lesiones y estadísticas vitales.
- * para **Informar abuso de adultos, Negligencia y Violencia doméstica**, en determinadas condiciones.
- * a una **Agencia de Supervisión de Atención de Salud** que supervisa el sistema de atención de salud.
- * para **Procesos Judiciales y Administrativos**, siempre que existe un pedido lícito del tribunal u otra exigencia legal.
- * para determinados **Fines de Implementación de la Ley**, dicho PHI limitado a fugitivos, víctimas de delitos, muertes sospechosas, delitos en nuestras instalaciones y delitos en emergencias.
- * determinada información sobre **Muertes** a forenses, examinadores médicos, directores funerales y entidades de donación de órganos y tejidos.
- * para **finés de investigación**, siempre que una junta de supervisión apruebe la solicitud según lineamientos estrictos, y su trabajo preparatorio no abandone el Sistema de Salud o sea sobre muertes.
- * para **Evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad**, según sea necesario bajo las circunstancias.

* para determinadas **Funciones Gubernamentales Especializadas**, como personal de las Fuerzas Armadas, actividades de seguridad nacional, instalaciones correccionales, y programas de beneficio de salud gubernamental.

* para programas de **Contribución para Trabajadores**.

* para contactarte y proporcionarte información que sea **Información Útil**, como recordatorios de turnos y beneficios relativos con la salud y recordatorios de turnos y servicios y beneficios relativos a la salud que pueden ser de su interés.

* para comunicarnos con usted sobre los esfuerzos del Sistema de Salud para **Recolectar Fondos**, pero tiene derecho a optar no recibir estas comunicaciones de recolección de fondos.

* un **Conjunto de Datos Limitados**, que elimina determinada información sobre usted, siempre que el PHI solo se use para investigación, salud pública u objetivos de operaciones de atención de salud y los beneficiarios acuerdan por escrito proteger su PHI.

Su Autorización escrita. Aparte de los usos y las divulgaciones analizadas anteriormente, no usaremos ni divulgaremos su PHI sin su autorización escrita. Esto incluye los usos o las divulgaciones hechas para fines de comercialización o marketing, que constituyen una venta de su PHI, y de la mayoría de las notas de psicoterapia. Si nos brinda la autorización, puede revocarlo por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso ni divulgación que ocurriera antes de este Sistema de Salud que recibe su revocación.

SUS DERECHOS

Un breve resumen de sus derechos es el siguiente. Para obtener más información relativa a estos derechos, puede comunicarse con la oficina indicada al final de esta notificación.

Acceso. Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de sus registros PHI. Para hacer esto, debe tener acceso escrito. Se le cobrará un honorario razonable por copia y franqueo pago, si es necesario.

Enmienda. Usted tiene el derecho a buscar una enmienda a sus registros PHI. Para hacer esto, debe presentar su solicitud por escrito. Incluso si los registros de PHI son adecuados y completos, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo.

Contabilidad. Usted tiene el derecho a obtener una lista de determinadas divulgaciones que ocurrieran relativas a su PHI. Para hacer esto, debe buscar su contabilidad por escrito. Algunas divulgaciones no se mencionarán en esa lista, como aquellas asociadas con el tratamiento, pago, y operaciones de atención de salud y divulgaciones que autorizó personalmente por escrito.

Más Restricciones. Tiene derecho a buscar más restricciones sobre cómo usar o divulgar su PHI. Para hacer esto, debe hacerlo por escrito. Si bien no es necesario que acordemos con la mayoría de estas solicitudes, las revisaremos y si estamos de acuerdo, lo documentaremos y cumpliremos. Estamos obligados a solicitar una restricción de la divulgación de su PHI a un plan de salud para el pago o para fines de las operaciones de atención de salud cuando PHI está relacionada con un servicio o un producto de atención de salud para el cual ha recibido un pago por completo por usted u otros medios alternativos.

Comunicaciones Confidenciales. Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted al usar medios o ubicaciones alternativas. Para hacer esto, debe hacer su pedido por escrito. Si la solicitud es razonable, la acomodaremos.

Copia de esta Notificación. Tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación a pedido, incluso si acordó previamente recibir esta notificación en forma electrónica.

Presentación de un reclamo. Puede presentar un reclamo con nosotros o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si cree que hemos infringido sus derechos y no ejerceremos ninguna represalia en su contra. Para presentar un reclamo con nosotros, debe comunicarse con la oficina indicada al final de esta notificación.

Notificación de Incumplimiento. Tiene derecho a recibir notificaciones de incumplimientos de su PHI no asegurada.

MÁS INFORMACIÓN

Si tiene dudas, deseo de presentar un reclamo o busca más información sobre los asuntos incluidos en esta notificación, puede comunicarse con:

Paulette Zolicoffer
Funcionaria de Privacidad
Rosalind Franklin University Health System
3471 Green Bay Road
North Chicago, IL 60064
Tel.: (847) 578-8767