INFUSE CARE
PREMIER MEDICAL INFUSIONS

FORMULARIO DE ADMISIÓN
Fax 1-732-960-3449 · Teléfono 732-444-8808
301 Lakehurst Rd, Suite 301, Toms River, NJ

Formulario de admisión de pacientes

¡Bienvenido a Infuse Care! Por favor, tómese un minuto para completar nuestro formulario de admisión y los consentimientos correspondientes. Los campos marcados con * son obligatorios.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre * _____ Segundo nombre _____ Apellido * _____

Fecha de nacimiento * _____ Peso (libras) * _____ Altura (pies y pulg.) * _____

Su peso actual determinará la dosis de los medicamentos basados en el peso

Email * _____ Teléfono móvil _____

Teléfono fijo (de casa) _____ Empleador * _____

O trabajador por cuenta propia, estudiante, jubilado, incapacitado o ninguno

Dirección * _____ Apto. / Suite _____

Ciudad * _____ Estado * _____ Código postal * _____

Sexo * _____ Pronombres de género _____ Identidad de género _____

Orientación sexual _____ Raza _____

Instrucciones anticipadas: ¿Tiene actualmente una directiva anticipada, como un testamento vital o un poder notarial duradero para la atención médica? *

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor proporcione una copia para su expediente médico.

¿Cómo se enteró de Infuse Care? *

- ☐ Búsqueda en línea
- ☐ Consultorio médico
- ☐ Compañía farmacéutica
- ☐ Farmacia
- ☐ Compañía aseguradora
- ☐ Amigo / colega / familia (boca en boca)
- ☐ LinkedIn
- ☐ Facebook
- ☐ Publicación de blog
- ☐ Televisión / noticias
- ☐ Pasé en coche o a pie por delante de su centro
- ☐ Evento
- ☐ Organización / grupo de apoyo
- ☐ Otro: _____

IDENTIFICACIÓN Y SEGURO MÉDICO

Incluya copias con este formulario

Por favor, proporcione una copia del anverso y el reverso de su(s) tarjeta(s) de seguro médico y de su documento de identidad con fotografía.

Al enviar este formulario, certifico que he proporcionado todas mis tarjetas de seguro médico y de farmacia vigentes (por ejemplo: Medicare Parte B, Medicare Parte D, seguro complementario de Medicare, seguro comercial, etc.) y las tarjetas de programas de copago (si estoy inscrito/a en alguno). Entiendo que la información incompleta sobre mi seguro puede causar retrasos en mi tratamiento y mayores gastos de bolsillo.

Copias incluidas (anverso y reverso)

- ☐ **Tarjeta(s) de seguro médico y farmacéutico principal**
- ☐ **Tarjeta(s) de seguro secundario**, si corresponde
- ☐ **Documento de identidad con foto** que muestre su foto y nombre (por ejemplo, permiso de conducir, carné de identidad)

¿Es usted el titular de la póliza de su seguro principal? *

- ☐ Sí, soy el titular de la póliza de seguro
- ☐ No, soy una persona dependiente
- ☐ No tengo seguro

FORMULARIO DE ADMISIÓN
Fax 1-732-960-3449 · Teléfono 732-444-8808
301 Lakehurst Rd, Suite 301, Toms River, NJ

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Alguna vez le han administrado una infusión? *

☐ Sí, ya he recibido una infusión anteriormente ☐ No, nunca he recibido una infusión

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido una consulta de gestión de la terapia farmacológica con un farmacéutico? *

☐ Sí ☐ No

¿Le preocupa la exposición al COVID-19 o la protección contra el virus debido a un sistema inmunitario debilitado? *

☐ Sí ☐ No

¿Actualmente reside en un centro que proporciona atención médica y rehabilitación, como una residencia de ancianos o un centro de rehabilitación? Por lo general, se trata de estancias de corta duración después de recibir el alta hospitalaria. *

☐ Sí ☐ No

¿Actualmente tiene un médico de atención primaria? *

☐ Sí ☐ No

Fecha de su última cita con su médico de cabecera * _____

Fecha de su última cita con el especialista que le derivó * _____

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN

Nombre del contacto de emergencia * _____ Teléfono * _____

Relación * _____
Madre, cónyuge, tutor, etc.

¿Tiene usted un cuidador? Se considera cuidador a cualquier familiar, amigo o vecino que brinda asistencia no remunerada a una persona con una enfermedad crónica o una discapacidad. *

☐ Sí ☐ No

Idioma preferido *

☐ Inglés ☐ Español ☐ Francés ☐ Otro: _____

¿Qué estilo de comunicación / aprendizaje funciona mejor para usted? *

☐ Verbal ☐ Escrita ☐ Demostración

¿Existe alguna barrera de comunicación que debamos tener en cuenta? *

☐ Sí ☐ No

¿Con qué frecuencia necesita ayuda para leer o escribir? *

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca

Por favor, indíquenos cualquier preferencia religiosa, cultural o de otro tipo que debamos tener en cuenta para su atención: