



Formulario de Registro del Paciente

¿La visita de hoy está relacionada con su trabajo?

Si la respuesta es Sí: NO COMPLETE este formulario. Por favor hable con el personal de recepción para que le den instrucciones a seguir.

¿La visita de hoy es por un accidente de tránsito? ☐ Sí ☐ No

¿Cómo supo de nosotros? _____

¿Cuál es el motivo de su visita de hoy? _____

INFORMACION DEL/LA PACIENTE

Nombre: ☐ Hombre ☐ Mujer

Fecha de Nacimiento: #Seg.Soc

Dirección Postal: #de Apto:

Ciudad: Estado: Zip:

#Tel. Casa: #Tel. Celular:

*Teléfono Confidencial:

Email Personal:

*Email Confidencial:

**Para más información sobre el teléfono y el email confidencial, por favor lea el formulario de consentimiento adjunto.*

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre:

Relación:

#Tel. Casa:

#Tel. Celular:

Médico de Cabecera (MC):

Dirección del MC:

Teléfono del MC:

Farmacia Preferida:

Teléfono de la Farmacia:

Mejor manera de contactarlo: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Email ☐ Correo

Mejor hora para llamar: ¿Podemos dejar un mensaje? ☐ Sí ☐ No

Según normas gubernamentales, estamos obligados a preguntarle lo siguiente:

¿Qué idioma prefiere usar?

Raza

- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
☐ Negro o Afroamericano
☐ Nativo de Hawaii u otra Isla del Pacifico
☐ Caucásico
☐ Prefiero no responder

Etnicidad

- ☐ Hispano o Latino
☐ No-Hispano o No-Latino
☐ Prefiero no responder

INFORMACION DEL SEGURO:

Seguro Primario: Plan:

Nombre del/la asegurado(a):

Fecha de Nacimiento:

Relación con el/la paciente: Paciente Cónyuge Padre/Madre Otro

Seguro Secundario Plan:

Nombre del/la asegurado(a):

Fecha de Nacimiento:

Relación con el/la paciente: Paciente Cónyuge Padre/Madre Otro

RESPONSABILIDAD FINANCIERA/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Marque aquí si es la misma información que para el/la paciente. Si no, por favor complete toda esta sección.

Nombre: Hombre Mujer

Fecha de Nacimiento: #SS:

Relación:

#de Teléfono:

Acepto toda responsabilidad financiera por cualquier servicio prestado y entiendo que el pago de los cargos incurridos en esta oficina deben pagarse al momento del servicio. También entiendo que los cargos que no estén cubiertos por el seguro siguen siendo mi responsabilidad y le asigno los beneficios del seguro a esta oficina. En caso de que mi cuenta sea trasladada a una agencia de cobros, acepto pagar todos los costos del cobro y/o costos de abogados y todos los costos judiciales, si los hubiese. Le doy permiso tu usted, sus empleados y/o agentes para que me contacten a cualquier número de teléfono o dirección de email asociados con mi cuenta. Esto incluye números de teléfono celular u otros dispositivos inalámbricos. Entiendo que esto podría resultar en cargos por parte de la compañía que me presta el servicio de celular o de dispositivo inalámbrico por tiempo de conversación, mensajes/textos SMS o uso de datos por emails o mensajes de voz. También entiendo que los métodos de contacto pueden incluir mensajes pre-grabados o con voz artificial y/o el uso de dispositivos de marcado automático según sea necesario.

Firma

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, el/la abajo firmante, acepto el cuidado y tratamiento del médico responsable, sus asociados o asistentes y reconozco que no se me han ofrecido garantías sobre el efecto de dicho tratamiento.

Firma

Firma

Fecha

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (MIRAR DOCUMENTO ADJUNTO)

He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad proveído durante mi registro y entiendo que puedo pedir un copia de las normas en cualquier momento.



american family care®
URGENT CARE

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este Aviso describe cómo se pueden utilizar y revelar datos médicos sobre usted y cómo puede acceder usted esa información. FAVOR DE LEER ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

Estamos obligados por leyes federales y las leyes estatales para mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a darle esta notificación sobre nuestras prácticas de privacidad, las obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica ("Información de Salud Protegida" o "ISP"). American Family Care esta obligado de cumplir con las provisiones del Aviso de las normas de privacidad provisto en las siguientes páginas adjuntas. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este Aviso, favor de comunicarse con nosotros usando la información de contacto que se encuentra al final de este Aviso.

I. USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA. FAVOR DE REVISAR CUIDADOSAMENTE:

A. Su ISP puede usarse y ser divulgado por el médico, nuestros empleados de oficina y otros fuera de nuestras oficinas que están involucrados en su cuidado y tratamiento con el fin de proporcionar servicios de salud, para pagar sus facturas médicas, o en operaciones de nuestro negocios, y/o cualquier otro uso requerido por la ley. Podemos usar y divulgar su ISP sin su autorización por escrito para ciertos fines como se describe a continuación. Los ejemplos proporcionados en cada categoría, no son completos, pero en cambio describen las condiciones de usos y divulgaciones que son permitidas bajo las leyes estatales y federales.

1. Tratamiento: Podremos utilizar y divulgar ISP para proporcionarle a usted tratamientos. Por ejemplo, podremos utilizar los ISP (incluido su historial de medicación) para diagnóstico, tratamiento y para prestarle servicios médicos. Además, podremos divulgar ISP a otros proveedores de atención de la salud implicados en su tratamiento.

2. Pago: Bajo de las leyes federales, podemos utilizar o divulgar ISP para que los servicios que usted reciba sean debidamente facturados (y se cobren) a su plan de seguro. Por ejemplo, podremos divulgar ISP a su seguro para que su plan de seguro pueda realizar determinados actos antes de aprobar o pagar por tratamientos.

3. Operaciones Médicas/Atención de la Salud: Podemos utilizar y revelar ISP para llevar a cabo nuestro negocio. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a socios de negocios, actividades de evaluación de calidad, investigaciones internas, evaluaciones y capacitación empleados. Además, utilizaremos una hoja de firmas en el mostrador de registro donde se le pedirá que proporcione su nombre y fecha de nacimiento. También podemos llamarte por su nombre en la sala de espera. Podemos utilizar o divulgar su ISP para comunicarnos con usted para recordarle de una cita, para informarle de los resultados, para informarle de los servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted y para comprobar su tratamiento, progreso y satisfacción con nuestros servicios.

4. Requeridos o Permitido Por la Ley: Podremos utilizar o revelar ISP cuando la ley así lo exige o permita. Como es requerido por la ley, cuestiones de Salud Pública, Enfermedades Transmisibles, supervisión de la salud, Abuso o Negligencia, los requisitos de la Agencia de Alimentos y Medicamentos o la FDA (una división del Departamento de Salud y Servicios Humanos), asuntos judiciales, policiales, Médicos Forenses, Directores de Funerarios, donación de órganos, investigaciones, Actividad Criminal, Actividad Militar, Seguridad Nacional, indemnización del trabajador, reclusos y otros usos y divulgaciones requeridos bajo la ley. Bajo la ley, debemos avisarlo a usted, y cuando lo requiera el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

B. Usos y Divulgaciones Permisibles Que Pueden Hacerse Sin Su Autorización, Pero Por lo Cual Tienes la Oportunidad de Objeto.

1. Familiares y otras personas involucradas en su cuidado. Podemos utilizar o divulgar información médica para notificar, o asistir en la notificación de (incluyendo identificar o localizar a) un miembro de su familia, su representante personal u otra persona responsable. Si usted está presente, entonces, antes de utilizar o divulgar ISP, nosotros le proporcionaremos la oportunidad para ser capaz de oponerse a tales usos o divulgaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información médica ISP según a una determinación usando nuestro juicio profesional sólo revelando ISP que es directamente pertinente a la participación de la persona en su atención médica. También usaremos nuestro juicio profesional y discreción para hacer decisiones razonables en su interés sobre permiso a alguien a recoger recetas rellenas, suministros médicos, rayos x o otros documentos que contienen información de su salud.

2. Ayuda Humanitaria en Caso de Desastres. Podemos utilizar o divulgar ISP a una entidad pública o privada autorizada por la ley para ayudar a los víctimas del desastre con el fin de coordinar la notificación a familiares de su ubicación, condición general o fallecimiento.

C. Otros Permisos y Divulgaciones: Usar o divulgar su ISP para la comercialización o venta de su ISP a terceras personas, se realizará solamente con su autorización. Usted podrá cancelar la autorización en cualquier momento por escrito.

II. DERECHOS INDIVIDUALES

A. Derecho de Acceso, Inspección, y Copia. Usted tiene el derecho a solicitar acceso a sus archivos médicos y registros de facturación que mantengamos para examinarlos y solicitar copia de ellos. Todas las solicitudes de acceso deben realizarse por escrito. En circunstancias limitadas podremos negar el acceso a sus archivos. Bajo la ley federal, usted no puede inspeccionar o copiar notas de psicoterapia, información compilada en anticipación de, o utilizar en un procedimiento legal y ISP que está prohibida. Podremos cobrar cargo adicional por copia y envío de cualquier expediente solicitado.

B. Derecho a la Comunicación Alternativa. Usted tiene el derecho a solicitar, y nosotros acomodaremos, cualquier solicitud razonable por escrito para que usted reciba IPS por medios alternativos de comunicación y/o en ubicaciones alternativos.

C. Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene el derecho a solicitarnos para no usar o divulgar cualquier parte de su ISP para los propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médicas. Favor de solicitar restricciones por escrito dirigiéndose al Director de Privacidad del Centro. No estamos obligados a aceptar ninguna de las restricciones que usted pueda solicitar.

D. Derecho a Informe de Divulgaciones. Previa solicitud por escrito, usted tiene derecho a obtener un informe de ciertas divulgaciones de ISP hechas por nosotros en los últimos seis años. Este derecho se aplica a las divulgaciones ISP para fines distintos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica, excluye las divulgaciones hechas a usted o autorizadas por usted y está sujeto a restricciones y limitaciones. Estamos obligados por la ley a avisarle si su ISP ha sido violado.

E. Derecho a Solicitar Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que corrijamos la información sobre su salud. Su solicitud debe realizarse por escrito y debe explicar por qué se debe cambiar la información. Podemos negarle su petición bajo ciertas circunstancias. Si denegamos su solicitud por escrito para la enmienda, usted tiene el derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nos puede preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación.

F. Derecho a Obtener Este Aviso. Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de este Aviso presentando una solicitud al Oficial de Privacidad del centro en cualquier momento.

G. Consultas y Quejas. Si desea más información acerca de sus derechos de privacidad de ISP, o si se refiere a que nosotros hemos violado sus derechos de privacidad ISP, puede comunicarse con un Oficial de Privacidad de el Centro. el Director del Centro. También puede presentar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. No talionaremos contra usted si presenta una queja con el Director o con nuestra oficina.

III. FECHA DE VIGENCIA Y CAMBIOS A ESTE AVISO

A. Fecha de Vigencia. Este Aviso es efectivo a partir del 15 de Agosto de 2013.

B. Cambios a este Aviso: Podemos cambiar las condiciones de este Aviso a cualquier momento. Si cambiamos este Aviso, podemos hacer la notificación de nuevas condiciones efectivos para todo ISP que mantenemos, incluyendo cualquier información creada o recibida antes de emitir el nuevo Aviso. Si cambiamos este Aviso, publicaremos el Aviso modificado en la sala de espera de nuestra oficina y en nuestro sitio web. También puede obtener cualquier Aviso modificado comunicándose con el Oficial del Centro de Conformidad.

Además, con el fin de mejorar el cuidado y la experiencia de los pacientes, American Family Care Portland puede comunicarse con usted para confirmar o actualizar las citas y solicitar comentarios sobre su experiencia mediante llamadas telefónicas, mensajes de texto SMS, correo electrónico, correo de voz o aplicaciones móviles. Que puede ser a través de medios automatizados. Al firmar a continuación, entiende y acepta ser contactado de esta manera con comunicaciones relacionadas con esta visita, y cualquier visita futura. En el futuro, puede optar por no recibir mensajes de texto notificándonos por escrito (incluyendo responder mediante mensaje de texto). Pueden aplicarse cargos por minuto y texto por teléfono si nos comunicamos con usted.