



REGISTRO DE PACIENTES

POR FAVOR, IMPRIMA Y COMPLETE TODAS LAS ENTRADAS

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO - PRIMERO - INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)		DIRECCIÓN	
CIUDAD ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO RESIDENCIAL	TELÉFONO CELULAR
FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE	SSN DEL PACIENTE	SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Other
PATIENT EMPLOYER NAME	PATIENT EMPLOYER ADDRESS (STREET ADDRESS - CITY - STATE - ZIP)		EMPLOYER PHONE
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO/RESPONSABLE		RELACIÓN CON EL PACIENTE: <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> tutor	
NOMBRE (PRIMERO - ÚLTIMO - INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)		DIRECCIÓN (si es diferente del paciente)	
TELÉFONO RESIDENCIAL	TELÉFONO DEL TRABAJO	SSN	FECHA DE NACIMIENTO
INFORMACIÓN DEL SEGURO			
NOMBRE DEL SEGURO PRINCIPAL		DIRECCIÓN (CALLE - CIUDAD - ESTADO - CÓDIGO POSTAL)	TELÉFONO
NÚMERO DE GRUPO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO		DIRECCIÓN (CALLE - CIUDAD - ESTADO - CÓDIGO POSTAL)	TELÉFONO
NÚMERO DE GRUPO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
MÉDICO DE CABECERA/MÉDICO DE FAMILIA EN CASO DE CONTACTO DE EMERGENCIA		MÉDICO DE REFERENCIA RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN: Por la presente autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico y soy financieramente responsable de los servicios no cubiertos. También autorizo al médico a divulgar cualquier información requerida en el procesamiento de este reclamo y todos los reclamos futuros. Si mi cuenta se envía a una agencia de cobranza, acepto pagar todos los honorarios de cobranza y abogados.

FIRMA (Paciente o, si es menor firma del padre o tutora)

FECHA

Autorización para divulgar información médica a:

NOMBRE		DIRECCIÓN	
CIUDAD ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO RESIDENCIAL	TELÉFONO DIURNO
FECHAS DE SERVICIO DESDE:	HASTA:	LA AUTORIZACIÓN EXPIRA (A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO, ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ VIGENTE UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE FIRMA) <input type="checkbox"/> NUNCA SALIR	
Publique la siguiente información: <input type="checkbox"/> Todos los registros <input type="checkbox"/> Notas de la gráfica <input type="checkbox"/> Informes radiológicos <input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Historia y exámenes físicos			

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Lo entiendo:

- Una vez que "esta instalación" divulgue mi información de salud por mi solicitud, no puede garantizar que el Destinatario no vuelva a divulgar mi información de salud a un tercero. Es posible que no se exija al tercero que cumpla con esta Autorización o las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.
- Puedo hacer una solicitud por escrito en cualquier momento para inspeccionar y/u obtener una copia de mi información de salud mantenida en este centro según lo dispuesto en la Regla Federal de Privacidad 45 CFR (164.524).
- Mis registros están protegidos y no pueden ser divulgados sin permiso por escrito
- Esta Autorización permanecerá vigente por un año o proporcionaré un aviso por escrito de revocación al Departamento de Registros Médicos.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA

CORREO ELECTRÓNICO



HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO - PRIMERO - INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)

***** Preferred Pharmacy:**

Alergias

- | | | | | |
|---|---|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NINGUNA/Sin alergias conocidas | <input type="checkbox"/> Cinta adhesiva | <input type="checkbox"/> Anestesia | <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Codeína |
| <input type="checkbox"/> Productos lácteos | <input type="checkbox"/> Yodo/mariscos/tinte de contraste | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Morfina | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Sulfamidas | <input type="checkbox"/> Trigo | | | |

OTRO:

ANTECEDENTES FAMILIARES – Por favor, indique si alguno de sus parientes inmediatos ha tenido alguno de los siguientes colocando una X en la casilla correspondiente.

	MADRE PADRE HERMANO (Hermano/Hermana)	MADRE PADRE HERMANO (Hermano/Hermana)	MADRE PADRE HERMANO (Hermano/Hermana)
Problemas de anestesia			
Artritis			
Cáncer			
Diabetes			
Problemas cardíacos			
Hipertensión			
Golpe			
Trastorno de la tiroides			

HISTORIA SOCIAL

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Ocupación: _____ Jubilada/o Discapacitada/o (razón _____)

Yes **No** - Bebe alcohol? Diario Semanal Infrecuentemente Recuperación alcohólica

Yes **No** - Consumes tabaco? Humo (paquetes por día) Masticar

Historial quirúrgico: Enumere cualquier hospitalización, cirugía, fractura o enfermedad grave que haya tenido.

TIPO DE CIRUGÍA	AÑO o FECHA	DOCTOR	UBICACIÓN

Historial médico: Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> NINGUNO de los problemas enumerados | <input type="checkbox"/> dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> hiperlipidemia | <input type="checkbox"/> lesión de órganos |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> hipertensión | <input type="checkbox"/> osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> Síndrome de fatiga crónica | <input type="checkbox"/> hipogonadismo masculino | <input type="checkbox"/> embolia pulmonar/coágulo de sangre en las piernas |
| <input type="checkbox"/> condiciones de artritis | <input type="checkbox"/> depresión | <input type="checkbox"/> hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> trastornos convulsivos |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> problemas de infección | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> fibrilación arterial | <input type="checkbox"/> abuso de drogas/alcohol | <input type="checkbox"/> insomnio | <input type="checkbox"/> Condiciones sinusales |
| <input type="checkbox"/> problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> impotencia | <input type="checkbox"/> síndrome del intestino irritable | <input type="checkbox"/> derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> BPH | <input type="checkbox"/> fibromialgia | <input type="checkbox"/> problemas renales | <input type="checkbox"/> síndrome X |
| <input type="checkbox"/> CAD enfermedad arterial coronaria | <input type="checkbox"/> gerd | <input type="checkbox"/> menopausia | <input type="checkbox"/> Temblores |
| <input type="checkbox"/> cancer | <input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> migrañas/dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> alergia al trigo |
| <input type="checkbox"/> paro cardíaco | <input type="checkbox"/> colesterol alto | <input type="checkbox"/> neuropatía | |
| <input type="checkbox"/> enfermedad celíaca | <input type="checkbox"/> hiperinsulinemia | <input type="checkbox"/> hongo de uñas | |

Medicamentos: Haga una lista de los medicamentos que está tomando actualmente (incluya medicamentos de venta libre):

POR FAVOR, IMPRIMA DE FORMA LEGIBLE

MEDICACIÓN	DOSIFICACIÓN	MÉDICO QUE PRESCRIBE



AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO MÉDICO

___ Doy mi consentimiento para que mi médico de Agape Clinic realice cualquier tratamiento, anestesia u operación que él o ella determine que son apropiados o necesarios para mi diagnóstico y atención. Soy consciente de que el ejercicio de la medicina y la cirugía no es una ciencia precisa y reconozco que el médico no ha dado seguridades ni garantías. Autorizo y doy mi consentimiento para que se analice una muestra de mi sangre para detectar ciertas enfermedades infecciosas, como la hepatitis y el virus del SIDA, en caso de que un trabajador de la salud entre en contacto con mi sangre o fluidos corporales por error. Soy consciente de que si se realizan ciertas pruebas como resultado de la exposición a un profesional de la salud, no se me cobrará por ellas. Entiendo la importancia de tales pruebas tanto para mi propio beneficio como para el personal de atención médica.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

___ Se permite que el médico proporcione la información solicitada o extractos del expediente médico del paciente al médico de atención primaria o al médico que lo remitió, si corresponde, así como a cualquier compañía de seguros o tercero pagador para que se le pague por la atención del paciente. A cualquier centro de atención médica o proveedor de atención continua, el médico puede distribuir información de mi expediente médico.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

___ Si el paciente es elegible para beneficios médicos a través de una póliza de seguro que lo protege a él o a otra persona responsable por él, dichos beneficios se asignan al médico para su inclusión en la factura del paciente. El médico puede aceptar dicho pago y, en la medida de ese pago, dicho seguro quedará liberado de todas las responsabilidades en virtud de la póliza. Los cargos no cubiertos por esta asignación son mi responsabilidad.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

___ Acepto (como paciente o parte responsable) la obligación de pagar todos los honorarios incurridos por el médico en relación con el tratamiento del paciente o los gastos asociados con el mismo a cambio de los servicios que se prestarán al paciente. El abajo firmante será responsable de pagar los cargos reales facturados. Cualquier precio que se anticipó en el momento del tratamiento está sujeto a cambios.

CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE FOTOGRAFÍAS

___ Doy mi consentimiento de Agape Clinic para divulgar mis registros médicos a mi médico de atención primaria, mi médico de referencia, mi compañía de seguros con el fin de procesar un reclamo y cualquier otra entidad que pueda autorizar en el futuro, incluida mi fotografía, si el médico determina que es apropiado hacerlo.

Firma del paciente

Fecha



Autorización para la divulgación de registros médicos

Envíe una copia de este comunicado con los registros solicitados.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Letra de imprenta)			
Nombre del paciente		Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección	Ciudad	Código Postal	Teléfono
DIVULGACIÓN DE: [Nombre del médico o centro que divulga la información] PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTERIOR O ESPECIALISTA			
Autorizo la divulgación de mi registro médico de			
Médico/Centro			
Dirección	Ciudad	Código Postal	Teléfono

Por favor envíe mi historial médico a:

Médico/Centro: Agape Clinic			
Dirección 2140 W 24th Street	Ciudad Yuma Arizona	Código Postal 85364	Teléfono 928-459-3400 928-459-2077 Fax

INFORMACIÓN DE LIBERACIÓN		
Motivo: <input type="checkbox"/> Cambio de seguro	<input type="checkbox"/> Transferencia de atención	<input type="checkbox"/> Expediente personal
<input type="checkbox"/> Mudarse fuera del área	<input type="checkbox"/> Consulta de especialista	<input type="checkbox"/> Legal

Por favor publique lo siguiente (marque todo lo que corresponda)

H&P RECIENTES	ULTIMAS TRES VISITAS
INFORMES DE LABORATORIO	INFORMES DE RAYOS X
INFORMES DE HOSPITALES	OTRO:

ALL RECORDS: **TODOS LOS REGISTROS DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES SOLAMENTE**

CONSENT

Autorizo la divulgación de toda la información indicada y soy consciente de que los registros divulgados pueden contener información relacionada con pruebas psiquiátricas o psicológicas, abuso físico o abuso de drogas y alcohol.

***** Autorizo la divulgación de los resultados de las pruebas de VIH/HTLV/SIDA.

***** Entiendo que se me puede cobrar por las copias proporcionadas.

SI NO Iniciales

Firma del paciente, padre, tutor, curador o representante del paciente (encierre en un círculo).	Fecha
Al firmar a continuación, revoco este documento a partir de la fecha de la firma.	Fecha efectiva:

Nota: Puede ser revocado por el firmante en cualquier momento.



Responsabilidad financiera

La verificación de elegibilidad y beneficios se realiza cada vez que tiene una visita al consultorio.

Sin embargo, según su seguro, esto no es una garantía de pago.

Se puede aplicar un copago si se evalúa una enfermedad o si se realiza un procedimiento durante un examen de bienestar.

Tenga en cuenta que puede estar sujeto a un deducible, un monto de coseguro o un copago del que es posible que no tengamos conocimiento hasta que su compañía de seguros haya procesado el reclamo por la visita al consultorio. Si queda un saldo adeudado después de que su compañía de seguros haya procesado el reclamo; se le enviará un estado de cuenta para el pago. Además, tenga en cuenta que la falta de información de seguro correcta, nueva o adicional de manera oportuna puede generar cargos financieros adicionales. Esto incluye cualquier cobertura de seguro privado, así como AHCCCS.

En el caso de que no haya pagado los servicios proporcionados por esta oficina y la cuenta se coloque para cobro, entiendo y acepto que se agregará una cantidad adicional al saldo actual adeudado.

He leído la declaración anterior y entiendo mi responsabilidad financiera.

Firma del Paciente

Fecha



Beneficios del seguro y divulgación de información

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente, autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria sobre mi diagnóstico y tratamiento con el fin de asegurar el pago de mi compañía de seguros; y por lo tanto autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al médico por cualquier servicio prestado que yo no pague directamente.

Firma del pacient

Fecha



Declaración de Derechos del Paciente

- **Usted tiene derecho** a ser tratado con cortesía y respeto, con aprecio de su dignidad individual y con la protección de su necesidad de privacidad. La clínica, su médico y otras personas que lo cuidan protegerán su privacidad tanto como sea posible.
- **Tiene derecho** a acceder al tratamiento independientemente de su raza, color, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen nacional, discapacidad mental o física, diagnóstico, religión, edad o condición socioeconómica.
- **Usted tiene derecho** a no ser sometido a abuso, negligencia, explotación, coerción, manipulación, abuso o agresión sexual, restricción o reclusión (sujeto a R9-10-1012 (B)), represalias por presentar una queja al Departamento de salud y servicios humanos o otra entidad, o apropiación indebida de propiedad personal y privada por parte de un miembro del personal, empleado, voluntario o estudiante de un centro de tratamiento ambulatorio.
- **Usted tiene derecho** y se le anima a obtener de los médicos y otros cuidadores directos información relevante, actual y comprensible sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.
- **Excepto** en emergencias cuando el paciente carece de capacidad de decisión y la necesidad de tratamiento es urgente, el paciente tiene derecho a la oportunidad de discutir y solicitar información relacionada con los procedimientos y / o tratamientos específicos, los riesgos involucrados, la posible duración de la recuperación y las alternativas médicamente razonables y los riesgos y beneficios que los acompañan.
- **Tiene derecho** a conocer la identidad de los médicos, enfermeras y otras personas involucradas en su atención, así como cuando los involucrados son estudiantes, residentes u otros aprendices.
- **Tiene derecho** a conocer las implicaciones financieras inmediatas y a largo plazo de las opciones de tratamiento, en la medida en que se conozcan.
- **Usted tiene derecho** a tomar decisiones sobre el plan de atención antes y durante el curso del tratamiento y a rechazar un tratamiento o plan de atención recomendado en la medida permitida por la ley y la política del centro médico y a ser informado de las consecuencias médicas de esta acción. En caso de tal negativa, el paciente tiene derecho a otros cuidados y servicios apropiados que el centro médico proporciona o transfiere a otro centro médico. El centro médico debe notificar a los pacientes de cualquier política que pueda afectar las elecciones de los pacientes dentro de la institución.
- **Tiene derecho** a tener una directiva anticipada (como un testamento vital, un poder de atención médica o un poder notarial duradero para la atención médica) con respecto al tratamiento o la designación de un tomador de decisiones sustituto con la expectativa de que el centro médico honrará la intención de esa directiva en la medida permitida por la ley y la política de la instalación médica. Las instituciones de atención médica deben informar a los pacientes sobre sus derechos bajo la ley estatal y la política de las instalaciones médicas para tomar decisiones médicas informadas, Pregunte si el paciente tiene una directiva anticipada e incluya esa información en los registros del paciente. El paciente tiene derecho a recibir información oportuna sobre la política de las instalaciones médicas que puede limitar su capacidad para implementar plenamente una directiva anticipada legalmente válida.
- **Usted tiene derecho** a todas las consideraciones de privacidad. La discusión del caso, la consulta, el examen y el tratamiento deben llevarse a cabo para proteger la privacidad de cada paciente.
- **Tiene derecho** a esperar que todas las comunicaciones y registros relacionados con su atención sean tratados como confidenciales por el centro médico, excepto en casos como sospecha de abuso y riesgos para la salud pública cuando la ley permita o exija la presentación de informes. El paciente tiene derecho



a esperar que el centro médico enfatice la confidencialidad de esta información cuando la divulgue a cualquier otra parte con derecho a revisar la información en estos registros.

- **Tiene derecho** a revisar los registros relacionados con su atención médica y a que la información se explique o interprete según sea necesario, excepto cuando lo restrinja la ley.
- **Tiene derecho** a esperar que, dentro de su capacidad y políticas, un centro médico responda razonablemente a la solicitud de un paciente de atención y servicios apropiados y médicamente indicados. El centro médico debe proporcionar evaluación, servicio y / o referencia según lo indique la urgencia del caso. Cuando sea médicamente apropiado y legalmente permitido, o cuando un paciente lo haya solicitado, un paciente puede ser transferido a otra instalación. La institución a la que se va a trasladar al paciente debe haber aceptado previamente al paciente para su traslado. El paciente también debe tener el beneficio de información completa y explicación sobre la necesidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas a dicha transferencia.
- **Tiene derecho** a preguntar y ser informado de la existencia de relaciones comerciales entre el centro médico, las instituciones educativas, otros proveedores de atención médica o los pagadores que puedan influir en el tratamiento y la atención del paciente.
- **Tiene derecho** a dar su consentimiento o negarse a participar en estudios de investigación propuestos o experimentación humana que afecten la atención y el tratamiento o que requieran la participación directa del paciente y a que esos estudios se expliquen completamente antes del consentimiento. Un paciente que se niega a participar en la investigación o experimentación tiene derecho a la atención más eficaz que el centro médico puede proporcionar de otra manera.
- **Tiene derecho** a esperar una continuidad razonable de la atención cuando sea apropiado y a ser informado por los médicos y otros cuidadores de las opciones de atención al paciente disponibles y realistas cuando la atención en un centro médico ya no sea apropiada.
- **Tiene derecho** a ser informado de las políticas y prácticas de las instalaciones médicas relacionadas con la atención, el tratamiento y las responsabilidades del paciente. El paciente tiene derecho a ser informado de los recursos disponibles para resolver disputas, quejas y conflictos, como comités de ética, representantes de pacientes u otros mecanismos disponibles en la institución. El paciente tiene derecho a ser informado de los cargos del centro médico por los servicios y los métodos de pago disponibles.
- **Tiene derecho** a expresar cualquier problema o inquietud sobre su atención, comuníquese con la Administración al (928) 459-3400. Todas las preocupaciones se toman en serio y se resolverán de inmediato. Las inquietudes formales se documentarán y se entregarán al Gerente de Práctica, Director Ejecutivo y Director Médico. Al finalizar la investigación, se le dará una respuesta verbal o escrita. Si las inquietudes no se resuelven a través del Equipo de administración de la clínica, se recomienda a la persona que se comunique con el Departamento de Servicios de Salud de Arizona al **(602) 364-3030 150 North 18th Avenue Phoenix, Arizona 85007.**

Firma del Paciente

Fecha