

# Información Demográfica de Pacientes Adultos

## INFORMACIÓN DE PACIENTE

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Apellido  |   | Nombre   | Segundo Nombre                                 |
| Número de Seguro Social   | Fecha de Nacimiento   | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino   | Estado Civil                                   |
| Raza: <input type="checkbox"/> Africano-americano (negro) <input type="checkbox"/> Nativo americano/de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico<br><input type="checkbox"/> Hawaiano/de islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Dos razas o más |   |  |  |
| Etnia : Hispano/Latino/Origen español <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |   | Idioma   | Idioma de preferencia para información clínica |
| Dirección   |   | Ciudad   | Estado Código postal                           |
| Número de contacto principal<br><input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo<br>(      )   | Número de contacto principal<br><input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo<br>(      ) | Número preferido para notificaciones:<br><input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo Otro:<br>(      ) |  |
| Dirección de correo electrónico   |   |  |  |
| Contacto de emergencia:   |   | Relación al paciente   | Teléfono de contacto de emergencia:            |

## INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (SI NO ES EL PACIENTE)

|                         |                     |   |   |
|-------------------------|---------------------|---|---|
| Apellido                | Nombre              | Segundo Nombre  | Relación al paciente  |
| Número de Seguro Social | Fecha de Nacimiento | Número de contacto principal<br><input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo<br>(      ) | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo |
| Dirección               |                     | Ciudad  | Estado Código postal  |

## ACESO PARA FAMILIARES Y AMIGOS (OPCIONAL)

NO permito que DHMG divulgue mi información protegida de la salud a nadie más que a mí.

|                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nombre completo:      | Nombre completo:      | Nombre completo:      |
| Relación al paciente: | Relación al paciente: | Relación al paciente: |

## INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

|                               |   |                                      |                                    |
|-------------------------------|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| Asegurador principal          | Compensación Laboral <input type="checkbox"/> | Dirección de facturación del seguro: |                                    |
| Número de póliza/certificado: | Nombre completo del asegurado:                |                                      | Fecha de nacimiento del asegurado: |
| Asegurador secundario         |   | Dirección de facturación del seguro: |                                    |
| Número de póliza/certificado: | Nombre completo del asegurado:                |                                      | Fecha de nacimiento del asegurado: |

¿Ha establecido usted voluntades anticipadas (testamento vital y/o poder legal médico)?  Sí  No

## FOR OFFICE USE ONLY

|  |                  |                        |                  |
|--|------------------|------------------------|------------------|
| Date:  | Medical Record # | Primary Care Physician | PCP Phone Number |
| Advanced Directives: <input type="checkbox"/> Patient refused<br><input type="checkbox"/> Scanned in Chart <input type="checkbox"/> Pt Completed AD at Home <input type="checkbox"/> Provided AD Informational Brochure <input type="checkbox"/> Pt Requested More Information |                  |                        |                  |

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

# DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NAC: \_\_\_\_\_

**CANCELACIONES, LLEGADAS TARDES Y CITAS FALTADAS:** Nuestra meta en el Dignity Health Medical Group es maximizar el tiempo que su prestador de atención clínica pasa con usted y minimizar su tiempo de espera. Para lograr esta meta, contamos con una política normalizada en caso de citas faltadas, cancelaciones y llegadas tardes;

- **Cancelación:** Requerimos 24 horas de previo aviso para cancelar cualquier cita.
- **Llegada tarde:** Se considera que uno llega tarde si llega 15 minutos después de la hora programada de la cita.
- **Cita faltada:** Si no llega a una cita programada y no da 24 horas de previo aviso al consultorio, la cita se considera faltada.
  - Cita faltada #1- Se documenta la falta
  - Cita faltada #2- Se envía una carta de aviso al paciente
  - Cita faltada #3- Se le da de baja del consultorio

**FAMILIA Y AMIGOS:** Usted tiene la opción de nombrar a 3 individuos a quienes les da permiso para saber sobre fechas y horas de citas y/o información sobre facturación. Estos individuos **NO** pueden otorgar consentimiento para cualquier procedimiento en el consultorio, vacuna, etc.

**RESURTIDOS DE MEDICAMENTOS:** Por favor comuníquese con su farmacia de preferencia para pedir que le vuelvan a surtir medicamentos. Una vez que se reciba el pedido, se vuelven a surtir los medicamentos dentro de **3 días hábiles**.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Esto puede incluir copagos, coseguro y servicios no cubiertos o no pagados por su asegurador. Esta responsabilidad financiera también aplica si su asegurador no tiene contrato con el Dignity Health Medical Group. **Usted es responsable de asegurar que se pagan por completo todos los servicios prestados por el Dignity Health Medical Group dentro de treinta (30) días desde la fecha impresa en la factura**

No cambiamos los códigos de facturación después de haberlos sometido a su asegurador.

Dependiendo de la cobertura de su seguro en el momento de la consulta en la clínica, se le puede pedir que deje un depósito en su cuenta antes de ver al médico. Los depósitos se aplicarán a los cargos pero puede que no cubran los cargos completos de los servicios prestados. Se pueden justificar cargos adicionales debido al uso de radiografía, suministros y/o servicios más complejos requeridos para brindar atención.

Es importante que traiga su tarjeta de seguro cada vez que venga a la clínica. De no traerla, se podría negar la consulta o se puede requerir que remita el pago completo en el momento de recibir los servicios. Por favor haga todo lo posible para avisarnos si ha habido algún cambio en su asegurador (primario o secundario) o en su información personal (domicilio, empleador o teléfono) desde su última consulta.

Entendemos que la cobertura del seguro puede ser confusa y nos esforzamos por ayudarlo con cualquier duda que tenga. **No dude en llamar directamente a los servicios de facturación al 602.406.3860 o sin costo al 877.877.8311.**

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

# DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NAC: \_\_\_\_\_

**ACUERDO DE TELECOMUNICACIONES:** Al firmar a continuación usted acepta, da su consentimiento y solicita que el Dignity Health Medical Group, sus afiliados, y sus representantes le llamen o le manden mensajes de texto mediante un sistema telefónico automatizado y/o un mensaje pregrabado. Los tipos de llamadas o textos que puede recibir incluyen [AOF-Legal] información relevante a la atención del paciente, programación de citas, recordatorios, recetas, anuncios o mensajes de venta telefónica respecto a beneficios y servicios ofrecidos. Se pueden hacer llamadas a cualquier número que usted proporcione o que obtengamos aunque se encuentre en una lista nacional o estatal “No llame” para evitar llamadas no deseadas. También reconoce que no se requiere este consentimiento para recibir atención clínica.

Al proporcionar mi número de teléfono de casa o de celular, mi correo electrónico o cualquier información personal de contacto, autorizo a mi proveedor de atención clínica a utilizar un sistema automatizado de un tercero para usar mi información personal, el nombre de mi proveedor, la hora y el lugar de mis citas programadas y otra información limitada con el fin de avisarme de citas pendientes, citas faltadas, revisiones de bienestar atrasadas, saldos debidos, resultados de laboratorio u otra información relacionada con mi atención clínica. También autorizo a mi proveedor de atención clínica a divulgar a terceros, que podrían interceptar estos mensajes, información limitada protegida de la salud respecto a mi atención clínica. Doy consentimiento para recibir múltiples mensajes al día de mi proveedor de atención clínica, en caso necesario. Doy consentimiento para dejar mensajes detallados en mi buzón de voz, contestadora o a otro individuo si no puedo contestar al teléfono cuyo número proporcioné.

**INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIE, EN INGLÉS); RECONOCIMIENTO DE**

**PARTICIPACIÓN DEL ESTADO:** Reconozco haber recibido y entendido el Aviso de Prácticas sobre Información Médica respecto a la participación de Dignity Health en la red estatal del Intercambio de Información Médica (HIE) o que recibí previamente dicha información y rechazo otra copia.

He leído y entiendo la información arriba.

---

Firma de Garante/Persona responsable o

Fecha