

Complete todas las páginas de este formulario. El médico revisará el formulario con usted durante su cita.

Información del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ Número del Seguro Social: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: () _____ Número de celular: () _____

Número de teléfono laboral: () _____ Dirección de correo electrónico: _____

Contactos del paciente

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación: _____

Teléfono particular: _____

Teléfono laboral: _____

Teléfono celular: _____

Información del médico de atención primaria

Médico de atención primaria: _____ Médico que deriva: _____

Número de teléfono del consultorio: _____ Número de teléfono del consultorio: _____

Grupo étnico del paciente

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar |
| <input type="checkbox"/> De Medio Oriente | |

Raza

INFORMACIÓN DEL SEGURO (entregue su tarjeta del seguro a la recepcionista de atención al público)**Seguro primario**

Nombre: _____ N.º de identificación: _____

Nombre del suscriptor: _____ Número del Seguro Social del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Con vigencia a partir del _____ hasta el _____

N.º de grupo: _____ N.º de teléfono: _____ Empleador: _____

Encierre en un círculo el tipo de plan: HMO PPO POS EPO Otro _____

Seguro secundario

Nombre: _____ N.º de identificación: _____

Nombre del suscriptor: _____ Número del Seguro Social del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Con vigencia a partir del _____ hasta el _____

N.º de grupo: _____ N.º de teléfono: _____ Empleador: _____

Encierre en un círculo el tipo de plan: HMO PPO POS EPO Otro _____

Persona responsable del pago ("garante")

Nombre de la persona responsable: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Número del Seguro Social: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____ Sexo: M F

Teléfono particular: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono laboral: _____

Teléfono celular: _____

Empleador del garante

Nombre: _____

Dirección: _____

N.º de teléfono: _____ Contacto: _____

Antecedentes sociales y factores de riesgo:

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo
 Vivienda: Independiente Con hijos Residencia asistida Hogar de ancianos
 Empleado Ocupación: _____ Desempleado Jubilado

¿Consume bebidas alcohólicas? Sí No ¿Cuántas bebidas por día? _____
 Consumo de tabaco Marque la opción que corresponda: Fuma actualmente Fumaba Nunca fumó
 Si fuma actualmente, ¿durante cuántos años ha fumado? _____
 ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____
 ¿Alguna vez ha consumido drogas ilegales? Sí No
 ¿Hace ejercicio? Sí No ¿Con qué frecuencia? _____

Instrucciones anticipadas: Sí No
 Poderes de atención médica ____ Testamento vital ____ Orden de no reanimar más copia del documento ____
 Otro _____

Antecedentes familiares (indique la edad de cada familiar en las dos primeras líneas y coloque una marca de verificación si el familiar tuvo o tiene actualmente alguna de las siguientes afecciones):

	Madre	Padre	Hermano/s			Hermana/s		
Edad (si vive)								
Edad que tenía cuando falleció								
Aneurisma								
Coágulos de sangre								
Diabetes								
Enfermedad cardíaca								
Presión arterial alta								
Trastornos mentales								
Accidente cerebrovascular								
Cáncer								
Colon								
Mama								
Otro (especifique) _____								

Medicamentos (enumere todos los medicamentos que toma actualmente, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los medicamentos a base de hierbas):

Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia	Motivo para tomarlo
EJEMPLO: Xanax	0.5 mg, una vez al día	Ansiedad
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

Alergias/reacciones a medicamentos (enumere todos los medicamentos debido a los cuales ha tenido alergias o reacciones y brinde una descripción):

Nombre del medicamento	Alergia/reacción al medicamento
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

Farmacia local: Nombre: _____ Teléfono: _____

Calles entre las que se ubica: _____

Farmacia que atiende pedidos por correo: Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Antecedentes médicos (encierre en un círculo la palabra “Sí” o “No” y complete con la información correspondiente):

Aneurisma de aorta abdominal	Sí	No		Ataque cardíaco	Sí	No	Cuándo:
Acidez gástrica, reflujo (ERGE)	Sí	No		Cateterismo cardíaco	Sí	No	Cuándo:
Asma	Sí	No		Angioplastia coronaria/cardíaca	Sí	No	Cuándo:
Anemia, bajo recuento sanguíneo	Sí	No		Problemas con el ritmo cardíaco	Sí	No	Tipo:
Infección resistente a los antibióticos (SARM)	Sí	No		Hepatitis	Sí	No	
Ansiedad	Sí	No		Hernia de hiato	Sí	No	
Artritis	Sí	No		Presión arterial alta	Sí	No	Desde:
HPB: problemas de próstata, aumento de tamaño	Sí	No		Colesterol alto	Sí	No	Desde:
Bloqueo de la arteria carótida (arteria del cuello)	Sí	No	- Derecha - Izquierda - Ambas	VIH/SIDA	Sí	No	
Dolor precordial/angina de pecho	Sí	No	Desde:	Insuficiencia renal	Sí	No	Desde:
Colitis	Sí	No		Cálculos Renales	Sí	No	
Insuficiencia cardíaca congestiva	Sí	No	Cuándo:	Enfermedad de Parkinson	Sí	No	
Cáncer	Sí	No	Tipo(s)	Úlcera estomacal	Sí	No	
Depresión	Sí	No		Accidente cerebrovascular/ miniaccidente cerebrovascular	Sí	No	- Con parálisis - Sin parálisis
Diabetes	Sí	No	Desde: - Insulina - Píldoras - Dieta	Exposición a la TB	Sí	No	
Enfisema (EPOC)	Sí	No		Tiroides	Sí	No	- Hipertiroidismo (demasiado) - Hipotiroidismo (bajo)
Gota	Sí	No		Otro			

Únicamente para las mujeres:

En edad menstrual/menopáusica	Cantidad de embarazos: _____
Método anticonceptivo: _____	Cantidad de abortos espontáneos: _____
	Cantidad de abortos provocados: _____

Administración general de la atención médica:

Vacunas:

<i>Fecha de la última vez:</i> Examen físico completo _____ ECG _____ Radiografía de tórax _____ Prueba de esfuerzo _____ Colonoscopia _____ Pruebas de colesterol/glucemia en ayunas _____	<i>Fecha de la última vez conocida:</i> Tétanos _____ Gripe _____ Pneumovax _____ Zostavax _____ Gardasil _____ Hepatitis A/B _____
---	---

Hombre:

Mujer:

Fecha del último examen de antígeno prostático específico: _____	Fecha de la última vez: Mamografía _____ Prueba de Papanicoláu _____ Densitometría ósea _____
--	--

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS

Autorizo a: _____

a divulgarle **toda** la información relacionada con mi tratamiento a:

Dr. _____

DIGNITY HEALTH MEDICAL GROUP NEVADA

8689 W. Charleston Blvd.

Ste. #105

Las Vegas, NV 89117

(Tel.) 702-304-5900

(Fax) 702-304-5935

Nombre del paciente (letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento: _____

N.º del Seguro Social: _____

Firma del padre/la madre/el tutor: _____

Testigo: _____

AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN MÉDICA

Con vigencia a partir del 14 de abril de 2003, la ley exige que Dignity Health Medical Group les brinde a los pacientes una copia de su Aviso de prácticas de privacidad para información de salud. Le daremos una copia cuando reciba el primer tratamiento y, si modificamos el aviso, a partir de allí, en la próxima visita de tratamiento.

Iniciales del paciente _____

CONSENTIMIENTO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Dignity Health Medical Group tiene un contrato con varios programas de seguro médico, incluido Medicare, y acepta asignaciones únicamente para esos seguros médicos. Si hay un contrato entre mi compañía de seguros y Dignity Health Medical Group, Dignity Health presentará mi seguro médico. Solicito que mi seguro le pague a Dignity Health Medical Group, LLC en mi nombre. Acepto pagar cualquier porción de mis cargos presentados por Dignity Health Medical Group que el seguro médico que contraté considere que es mi responsabilidad. En el caso de que se determine que un cargo es por un servicio cosmético, acepto pagar dichos servicios en su totalidad en el momento en que se preste el servicio.

Si no cuento con un plan de seguro médico con el cual Dignity Health Medical Group tenga un contrato, acepto pagar todos los gastos en su totalidad en el momento en que se presten los servicios.

Comprendo que, en última instancia, es mi responsabilidad pagar mi factura médica. Si es necesario que Dignity Health Medical Group cobre el pago, comprendo que seré responsable de los costos legales, incluidos los honorarios del abogado.

Comprendo que si me niego a firmar este formulario o si he modificado este formulario de cualquier manera, existe la posibilidad de que Dignity Health Medical Group se niegue a brindarme un diagnóstico y un tratamiento. Tengo derecho a revocar este consentimiento y esta asignación de beneficios por escrito, salvo por los servicios que ya se han prestado.

Iniciales del paciente _____

Al escribir sus iniciales en cada sección y firmar a continuación, usted reconoce haber recibido el Aviso conjunto de prácticas de privacidad para información médica y comprende la asignación de beneficios como paciente, representante personal del paciente, agente autorizado del paciente o persona involucrada en la atención médica del paciente.

Nombre del paciente: _____ Firma del testigo: _____

Firma de reconocimiento: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación con el paciente: _____
(Si firma otro en nombre del paciente)**NEGATIVA A BRINDAR CONSENTIMIENTO**

El paciente se ha negado a firmar el formulario de consentimiento de obligación financiera.

Nombre del miembro del personal: _____ Firma: _____

Autorización para divulgar información a familiares

Muchos de nuestros pacientes permiten que familiares como sus cónyuges, parejas, padres o hijos llamen y soliciten el resultado de pruebas, procedimientos e información financiera. Según los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), no podemos proporcionarle esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que le proporcionemos su información médica, el resultado de cualquier prueba de diagnóstico o información financiera a algún familiar, debe firmar este formulario.

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, salvo que ya hayamos hecho una divulgación en virtud de su consentimiento previo.

Autorizo a DHMGN a divulgarles mis registros y cualquier tipo de información a las siguientes personas.

1. _____ Relación con el paciente: _____
2. _____ Relación con el paciente: _____
3. _____ Relación con el paciente: _____
4. _____ Relación con el paciente: _____
5. _____ Relación con el paciente: _____

Nombre del paciente (EN LETRA DE IMPRENTA)

Fecha

Firma del paciente