

Complete todas las páginas de este formulario.

### **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: \_\_\_\_\_

### **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: \_\_\_\_\_

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

**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:**

<p>En edad menstrual/menopáusica</p> <p>Método anticonceptivo: _____</p>	<p>Cantidad de embarazos:</p> <p>Cantidad de abortos espontáneos:</p> <p>Cantidad de abortos provocados:</p>
--	--

**Administración general de la atención médica:**

**Vacunas:**

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

**Hombre:**

**Mujer:**

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

**Antecedentes quirúrgicos** (anote el año en el cual se sometió a alguno de los siguientes procedimientos):

Procedimiento	Sí	No	Año	Procedimiento	Sí	No	Año
Apendicectomía				Reemplazo de rodilla - D - I - A			
Cirugía bariátrica				Mastectomía			
Aumento/reducción de mamas				Cirugía a corazón abierto			
Biopsia mamaria - D - I - A				Marcapasos/desfibrilador			
Cataratas - D - I - A				Prostatectomía			
Extirpación del colon				Cirugía del hombro - D - I - A			
Estiramiento facial				Extirpación de la tiroides - Parcial - Total			
Cirugía del pie - D - I - A				Amigdalectomía			
Cirugía vesicular				Abdominoplastia			
Cirugía de cadera - D - I - A				Cirugía de várices			
Histerectomía - Con ovarios - Sin ovarios				Otro			



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS**

Autorizo a: \_\_\_\_\_  
a divulgarle **toda** la información relacionada con mi tratamiento a:

**DIGNITY HEALTH MEDICAL GROUP NEVADA**

**8205 W. Warm Springs Rd.**

**Ste. #210**

**Las Vegas, NV 89113**

**(Tel.) 702-616-7660**

**(Fax) 702-616-7713**

Nombre del paciente (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Firma del padre/la madre/el tutor: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

**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