

Formulario de Registro del Paciente

1. Información del Paciente (Por favor completar todos los espacios)

Apellido del Paciente		Primer Nombre		Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo del Paciente <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Seguro Social		
Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> marque la casilla si es principal		Teléfono del Trabajo <input type="checkbox"/> marque la casilla si es principal		Teléfono Celular <input type="checkbox"/> marque la casilla si es principal		Dirección de Correo Electrónico	
Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma Principal	Estado Marital	Lenguaje Escrito	Etnicidad Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza	Religión	
Activar MyChart <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Empleador			Situación Laboral <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Desehabilitado <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estudiante			
Dirección del Empleador		Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono del Empleador		
Apellido del Contacto de Emergencia		Primer Nombre					
Relación con el Paciente		Guardian Legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Impedimento Auditivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Impedimento Visual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> marque si es principal	Teléfono M Trabajo <input type="checkbox"/> marque si es principal	Teléfono Celular <input type="checkbox"/> marque si es principal
Doctor Primario (o de Cabecera)							

2. Responsable/ Fiador

(Marque si es usted mismo y pase a la siguiente sección)

Apellido del Fiador		Primer Nombre		Dirección del Fiador		Ciudad	Estado	Código Postal
Relación del Fiador con el Paciente		Sexo del Fiador <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento del Fiador		Número de Teléfono del Fiador	
Empleador del Fiador			Situación Laboral <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Desehabilitado <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estudiante				Teléfono del Empleador	

3. Titular de la Póliza de Seguro Médico

(Marque si es usted mismo y pase a la siguiente sección)

Compañía de Seguros Principal		Apellido del Titular de la Póliza		Nombre del Titular de la Póliza				
Relación con el Paciente		No. de Identificación del Suscriptor		Número de Grupo		Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento
Compañía de Seguros Secundaria		Apellido del Titular de la Póliza		Nombre del Titular de la Póliza				
Relación con el Paciente		No. de Identificación del Suscriptor		Número de Grupo		Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento

Formulario de Registro del Paciente (p. 2)

Asignación de Beneficios / Consentimiento para el Tratamiento

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los que tengo derecho, incluyendo todos los planes de seguro médico del gobierno y privados a esta oficina. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que yo la revoque por escrito. Entiendo que soy responsable por todos los cargos no pagados por el seguro. Autorizo WeilStar Medical Group para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago. Doy mi consentimiento voluntario para ser tratado en esta oficina y autorizo los tratamientos, exámenes, medicamentos, anestesia, cirugía, procedimientos operatorios y de diagnóstico (incluidos, pero no limitados el uso de; laboratorio y estudios radiográficos) según lo ordenado por los médicos tratantes. Doy mi consentimiento voluntario para la toma de imágenes fotográficas únicamente para propósitos de tratamiento (progresión de cuidado de las heridas, documentación de las erupciones, etc.) según lo ordenado por los médicos tratantes.

Consentimiento de Contacto

Al proporcionar un número de teléfono, yo expresamente consiento y autorizo a WeilStar Health System, a cualquier proveedor médico o clínico, así como cualquiera de sus entidades relacionadas, agentes o contratistas, incluidos pero no limitados a los programadores, comercializadores, anunciantes, cobradores de deudas, y otro personal contratado (denominados colectivamente en este documento como "Proveedor") a ponerse en contacto conmigo a través de; uso de cualquier equipo de marcación (incluyendo un marcador, sistema automático de llamadas telefónicas, y/o el sistema de reconocimiento de voz interactiva) y/o voz artificial o pregrabada o mensaje. Estoy de acuerdo expresamente en que este tipo de llamadas automatizadas se pueden hacer a cualquier número de teléfono (incluyendo números asignados a cualquier servicio celular u otro por el cual se me pudiera cobrar por la llamada) utilizados por o asociados a mí y obtenidos a través de cualquier fuente, incluido pero no limitado a cualquier número que estoy proporcionando el día de hoy, he proporcionado anteriormente, o pueda proporcionar en el futuro en relación con los productos y servicios médicos y/o mi cuenta. Al proporcionar este consentimiento expreso, específicamente mi renuncia a cualquier reclamo que pueda hacer por la realización de este tipo de llamadas, incluyendo cualquier reclamación en virtud de la ley federal o estatal, y específicamente cualquier reclamación en virtud de la Ley de protección de; usuario de telefonía 47 USC § 227. Al proporcionar un número de teléfono, doy fe de que soy el abonado o propietario o tengo la autoridad para usar y dar consentimiento para llamar al número.

Al proporcionar un número de teléfono, consiento expresamente la recepción de mensajes de texto de parte de proveedores a cualquier número de teléfono (incluyendo números asignados a cualquier servicio celular u otro por el cual se me pueda cobrar por la llamada) utilizados por o asociados a mí y obtenidos a través de cualquier fuente, incluido pero no limitado a cualquier número que he proporcionado anteriormente o se puede proporcionar en el futuro en relación a mi cuenta. Al proporcionar este consentimiento expreso, específicamente mi renuncia a cualquier reclamo que pueda tener por la realización de este tipo de llamadas, incluyendo cualquier reclamación en virtud de la ley federal o estatal y concreta y reclamación en virtud de la Ley de protección de; usuario de telefonía 47 USC § 227. Al proporcionar un número de teléfono, doy fe de que soy el abonado o propietario o tengo la autoridad para usar y dar consentimiento para llamar al número.

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico ahora o en cualquier momento en el futuro en relación con los productos médicos y servicios proporcionados y / o mi cuenta, yo expresamente opto recibir comunicaciones por correo electrónico de parte de; proveedor por o relacionados con los productos o servicios médicos proporcionados, mi cuenta, y otros servicios, tales como información financiera, clínica y educativa incluso el intercambio de novedades, los cambios en la ley de salud, cobertura de; seguro de salud, tratamiento de seguimiento, y otras oportunidades de cuidado de la salud, los bienes y servicios. Al proporcionar este consentimiento expreso, específicamente mi renuncia a cualquier reclamo que pueda tener por el envío de mensajes de este tipo, incluyendo cualquier reclamación en virtud de la ley federal o estatal, y específicamente cualquier reclamación en virtud de la ley CAN-SPAM, 15 USC § 7701, et seq. Al proporcionar una dirección de correo electrónico, doy fe de que soy el abonado o propietario, o tener la autoridad para usar y dar consentimiento para contactar la dirección de correo electrónico.

Entiendo que proporcionar un número de teléfono y / o dirección de correo electrónico no es una condición para recibir servicios médicos. Además entiendo que puedo revocar mi consentimiento de contactarme en cualquier momento poniéndome en contacto directamente con el proveedor o utilizando el método de exclusión que sea identificado en la comunicación aplicable. También entiendo que es mi responsabilidad notificar inmediatamente al proveedor de cualquier cambio de número de teléfono o dirección de correo electrónico.

Confirmando que leí, comprendí y acepté los términos de este documento, que soy el paciente o el representante del paciente, y que estoy autorizado para firmar este documento y aceptar sus términos.

Firma del Paciente / Guardian Legal	Fecha:
-------------------------------------	--------

Designación de Comunicación con el Paciente

La información de este formulario se utiliza para facilitar la comunicación con usted, ya que nos esforzamos para brindarle un excelente servicio. La entrega de esta información es opcional.

Información del paciente (escriba claramente en letra de imprenta):

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mes / día / año)
Dirección Apt. n.º o n.º de casilla postal (escriba la dirección de correo completa)			N.º de historia clínica o n.º del Seguro Social (opcional)
Ciudad	Estado	Cód. postal	N.º de teléfono principal

Si no podemos contactarnos con usted en el teléfono indicado anteriormente, WellStar puede comunicarse (incluso dejar mensajes) para recordarle citas o informarle sobre resultados de exámenes de laboratorio **normales** al (los) siguiente(s) número(s):

Número del trabajo	Número de teléfono celular	Otro número de teléfono
--------------------	----------------------------	-------------------------

Autorizo a WellStar Medical Group a divulgar la información de salud protegida a las siguientes personas:

<input type="checkbox"/> Cónyuge:	Nombre	Número de teléfono
<input type="checkbox"/> Hijo(s):	Nombre	Número de teléfono
	Nombre	Número de teléfono
<input type="checkbox"/> Otros:	Nombre	Número de teléfono

Información que se divulgará

Toda la información médica
 Resultados de exámenes de laboratorio
 Toda la información acerca de facturas o cuentas

Declaración de autorización: *Comprendo que la información de salud protegida (PHI) que se use o se divulgue en conformidad con esta autorización puede estar sujeta a que los receptores la vuelvan a divulgar y que, en ese caso, ya no estará protegida por las leyes federales o estatales. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar la revocación en el emplazamiento de WellStar donde recibí la atención. Comprendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya utilizado o divulgado en respuesta a esta autorización. Comprendo que Wellstar no puede pedirme que firme esta autorización como condición para recibir tratamiento a menos que el único propósito de proveer atención de salud sea crear información de salud protegida para una tercera persona autorizada legalmente a recibir esa información. Comprendo que se me entregará una copia de este formulario.*

Firma y fecha: (fecha de autorización firmada por el paciente, el tutor legal o representante personal) _____
 (Mes/día/año)

Nombre del paciente, el tutor legal o representante personal en letra de imprenta _____ Firma del paciente, el tutor legal o representante personal _____

Indique la relación con el paciente (obligatorio) _____

Fecha de vencimiento: Esta autorización es válida hasta que se entregue una notificación por escrito para revocarla.





**Reconocimiento de Recibo
de
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Por la presente, reconozco que he recibido, en la fecha indicada abajo, una copia de la "**Notificación de Prácticas de Privacidad**" del Sistema de Salud WellStar para Información Protegida de Salud.

Fecha de Recibo

Fecha de Nacimiento

Nombre del Paciente en Letra Imprenta

Nombre del Representante Autorizado en Letra Imprenta

Firma del Paciente

Firma del Representante Personal Autorizado

Por Favor Indique su Relación con el Paciente

SOLAMENTE PARA USO DEL PERSONAL DEL SISTEMA DE SALUD WELLSTAR

For use by WellStar Personnel Only

*(complete this section if patient acknowledgement is **not** received)*

An Acknowledgment of Receipt of Notice of Privacy Practices was not received because:

- Patient refused to sign Acknowledgment
- Unable to gain signed Acknowledgment due to communication / language or other barrier
- Patient was unable to sign Acknowledgment due to emergency treatment situation
- Other *(please indicate reason):* _____

Signature of WellStar Representative

Date

WellStar Medical Group

**Acknowledgment of Receipt of
Notice of Privacy Practices - Spanish**

