

Paciente

Fecha: _____

Nombre: _____

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

Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de seguro social: _____ Sexo: M F

Idioma preferido: Inglés Español Francés Chino Otro: _____

Etnia: hispano/latino no hispano/latino desconocido

raza: negro/afroamericano blanco/caucásico indioamericano/nativo de Alaska asiático
 nativo de Hawaii/Isla del Pacífico desconocido otro: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Casado Soltero Divorciado Viudo

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento del cónyuge: _____ N.º de seguro social del cónyuge: _____

En caso de emergencia, notificar a: _____ Vínculo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____

Seguro *(proporcionar la información del paciente, a menos que este sea menor de edad, entonces proporcionar la información del garante)*

SEGURO PRINCIPAL

Nombre del seguro: _____ Vínculo con el paciente: _____

Nombre del afiliado: _____ Importe del copago: _____

ID del afiliado/N.º de la política contractual: _____ N.º de grupo: _____

N.º del seguro social de afiliado: _____ Fecha de nacimiento del afiliado: _____

Empleador del afiliado: _____ Teléfono del empleador: _____

SEGURO PRINCIPAL

Nombre del seguro: _____ Vínculo con el paciente: _____

Nombre del afiliado: _____ Importe del copago: _____

ID del afiliado/N.º de la política contractual: _____ N.º de grupo: _____

N.º del seguro social de afiliado: _____ Fecha de nacimiento del afiliado: _____

Empleador del afiliado: _____ Teléfono del empleador: _____

SEGURO PRINCIPAL

Nombre del seguro: _____ Vínculo con el paciente: _____

Nombre del afiliado: _____ Importe del copago: _____

ID del afiliado/N.º de la política contractual: _____ N.º de grupo: _____

N.º del seguro social de afiliado: _____ Fecha de nacimiento del afiliado: _____

Empleador del afiliado: _____ Teléfono del empleador: _____

Acuerdo y autorización de asistencia sanitaria

Persona responsable de esta cuenta: _____

Teléfono: _____

Comisiones financieras

Entiendo que se cobrarán las siguientes comisiones:

- Una comisión de \$10 por retraso si el copago no se paga en su totalidad en el momento de la visita.
- Una comisión de \$25 por formulario para completar formularios exhaustivos. NO se cobrará una comisión por formularios simples como Excusa de Trabajo, Excusa de Escuela o Solicitud de Asistencia Indigente para Medicamentos.

Asistencia financiera

Entiendo que la asistencia financiera puede estar disponible para los pacientes individuales que no tienen seguro o que de otra manera cumplen con los criterios de ayuda financiera. La capacidad general del hospital para mantenerse financieramente estable y proporcionar servicios esenciales de atención médica a todos los miembros de nuestra comunidad depende de los recursos financieros disponibles para el servicio proporcionado al paciente. Mi ayuda en proporcionar dicha información es necesaria para determinar la posible ayuda financiera disponible para mí. Si no tengo seguro médico y necesito ayuda financiera, puedo ponerme en contacto con un consejero financiero y hacer la solicitud para ver si califico al (256) 265-9438.

Autorización de tratamiento

Por la presente consiento y autorizo a mi médico o profesional aliado de la salud a prestar el tratamiento médico/de emergencia usual y acostumbrado que consideren aconsejable y necesario. También autorizo a HHDDC a solicitar electrónicamente mi historial de medicamentos si mi farmacia participa en la prescripción electrónica con el fin de ayudar al proveedor a prescribir la terapia de medicamentos necesaria.

Cesión de beneficios, acuerdo y garantía

Autorizo a HHDDC a divulgar cualquier información relacionada con el servicio que se me ha prestado a terceros pagadores en consideración al pago de mi atención o a otros proveedores de atención médica involucrados en mi atención. Entiendo que el pago de todos los beneficios del seguro, médico básico y mayor para este período de servicio debe hacerse directamente a HHDDC. Si el cheque debe ser hecho a mi nombre, entiendo que el cheque debe ser enviado a esta dirección: 420 Lowell Dr, Ste. 204, Huntsville, AL 35801. Entiendo que HHDDC debe cobrar todos los cargos no cubiertos por los pagos del seguro.

El pago de todos los costos de cobranza, asegurando o intentando cobrar y asegurar, incluyendo los honorarios razonables de los abogados o de la Agencia de Cobranza, ya sea que la demanda sea necesaria o no es responsabilidad financiera del paciente o tutor. Los pacientes que se consideran adultos legales son financieramente responsables de todos los servicios prestados.

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad de HH Health System

Reconozco que se me ha facilitado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HH Health System. En relación con el Aviso, también reconozco que se me ha proporcionado la oportunidad de hacer preguntas con respecto al Aviso y su contenido. Entiendo que la versión más actualizada del Aviso será publicada en el Health System y en huntsvillehospital.org.

Permiso expreso para contactar al paciente por teléfono celular

Estoy de acuerdo en que para que HHDDC pueda dar servicio a mi cuenta o para que cobre el dinero que debo, HHDDC o agentes puedan contactarme por cualquier número de teléfono asociado con mi cuenta, incluyendo números de teléfono inalámbricos, lo cual puede resultar en cargos para mí. HHDDC también puede ponerse en contacto conmigo mediante el envío de mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes de voz pregrabados/artificiales o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda. He leído esta divulgación y acepto que HHDDC, sus empleados o agentes puedan ponerse en contacto conmigo como se describe.

Firma del paciente o del representante legalmente autorizado.

Fecha

Hora

Relación del representante autorizado con el paciente

Firma del testigo/empleado

Fecha

Hora

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Médico de cabecera: _____ Médico remitente _____

Razón de la visita: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS (Por favor, marque si tiene alguno de los siguientes).

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV | <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> GERD (reflujo gastroesofágico) | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Hemorragia digestiva | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | |

¿Se ha hecho alguna vez una colonoscopia? Sí Por quién: _____ Fecha: _____ No ¿Le han extirpado pólipos? Sí No

¿Tiene antecedentes familiares de pólipos en el colon? Sí No Padre o hermano

¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de colon? Sí No Padre o hermano

HISTORIAL QUIRÚRGICO ANTERIOR

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bypass gástrico | <input type="checkbox"/> Hemorroidectomía |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Eliminación de pólipos |

Otro _____

FACTORES DE RIESGO (Marque o circule lo que corresponda)

- | | | | |
|--|--|--------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Consumo actual de tabaco | Año de inicio _____ | | |
| | Tipo de tabaco: Cigarrillos/Puros/Tabaco/Vapor | Consumo de alcohol | Sí/No Tipo _____ |
| <input type="checkbox"/> Antiguo consumo de tabaco | Año en que dejó de fumar _____ | ¿Cuántos al día? | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nunca ha fumado | Humo de segunda mano | Sí/No | |

ALERGIAS O REACCIONES A MEDICAMENTOS NO SE CONOCEN ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Alérgico a: _____ Reacción: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES REFERIR A LA LISTA

Por favor, incluya la dosis y la frecuencia con la que toma la medicación. (Omita si ha traído una lista o frascos)

Nombre	Dosis	¿Cuántas veces al día?	Según necesidad (PRN)

Farmacia _____ Número de teléfono _____ Ubicación _____

¿Tenemos permiso para recibir el historial de medicación del paciente a través de la receta electrónica? Sí/No

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____

SEGURO PRINCIPAL

Nombre del seguro: _____ Vínculo con el paciente: _____

Nombre del afiliado: _____ Importe del copago: _____

ID del afiliado/N.º de la política contractual: _____ N.º de grupo: _____

N.º del seguro social de afiliado: _____ Fecha de nacimiento del afiliado: _____

Empleador del afiliado: _____ Teléfono del empleador: _____

AUTORIZACIÓN DE LOS REGISTROS MÉDICOS

Este formulario debe ser completado si usted tiene un cónyuge/hijo/amigo o miembro de la familia con quien usted nos permitiría hablar con respecto a las citas, los resultados de las pruebas u otra información médica. Puede enumerar todas las personas que desee o no enumerar a nadie. Pedimos que esta persona tenga al menos 18 años de edad.

Nombre: _____ Vínculo: _____

Nombre: _____ Vínculo: _____

Nombre: _____ Vínculo: _____

Autorizo a HH DDC a dejar mensajes en el buzón de voz. Sí No

Autorizo a HH DDC a realizar llamadas de recordatorio. Sí No

Autorizo a HH DDC a dejar los resultados del laboratorio y de las pruebas. Sí No

Firma de la persona que rellena el formulario

Fecha/Hora

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA



Por favor, envíe estos formularios por fax:

Huntsville: (256) 539-4240 | Madison: (256) 817-5840

Sheffield: (256) 314-2553

Nombre del paciente: _____ SSN (opc): _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de servicio: _____

N.º de tabla: _____

Proveedor: _____

Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud del individuo arriba mencionado como se describe a continuación:

- La Red de Médicos de Huntsville Hospital está autorizada a realizar la divulgación.
- El tipo y la cantidad de información que se utilizará o divulgará es la siguiente (incluya las fechas cuando corresponda)

<input type="checkbox"/> Todo/totalidad del registro	<input type="checkbox"/> Informe de consulta	Formato de entrega de registros: (elija uno)
<input type="checkbox"/> Notas de visita/encuentro	<input type="checkbox"/> Informe quirúrgico	
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Ficha de vacunación	<input type="checkbox"/> Entrega electrónica (HealthPort connect)
<input type="checkbox"/> Informes de rayos X e imágenes	<input type="checkbox"/> Tratamiento de drogas y alcohol	<input type="checkbox"/> CD
<input type="checkbox"/> Lista de problemas	<input type="checkbox"/> Tratamiento del VIH/SIDA/ETS	<input type="checkbox"/> Papel
<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos	<input type="checkbox"/> Ficha de registro	
<input type="checkbox"/> Lista de alergias	<input type="checkbox"/> Otros: _____	
<input type="checkbox"/> Informe de electrocardiograma		
<input type="checkbox"/> Informe de patología		
- Entiendo que la información de mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndromes de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o del comportamiento y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.
- Esta información puede ser divulgada y utilizada por la siguiente persona o agencia:
Nombre: _____ Dirección: _____
con el objetivo de: _____
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Registros Médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información ya divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi Empresa de Seguros cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza.
- A menos que sea revocada, la autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición:

Si se deja en blanco, esta autorización expirará seis meses después de la fecha de la firma.

- Entiendo que una vez que la información se divulgue de acuerdo con esta autorización, puede ser divulgada nuevamente por el receptor y la información puede no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- Entiendo que, como destinatario, soy responsable de la seguridad de estas copias de la historia clínica y de la información sanitaria que contienen, ya sea en formato papel o en CD/DVD.
- Entiendo que no necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento de atención médica, el pago, la inscripción en mi plan de salud o la elegibilidad para los beneficios. SIN EMBARGO, entiendo que si me niego a firmar este formulario, bajo condiciones específicas la organización puede negar la inscripción en el plan de salud o la elegibilidad para los beneficios.

Firma _____ Fecha _____ Hora _____

Vínculo con el paciente (en caso de ser firmado por un representante legal)

Firma del testigo _____ Fecha _____ Hora _____

SOLO USO OFICIAL: ¿Alguna parte de la solicitud de registro se encuentra en la carta de papel? Sí No