

**Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_ **Cell Phone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(FECHA DE HOY) (CORREO ELECTRONICO) (TELEFONO CELULAR)

**Patient's Name:** \_\_\_\_\_ **SS#:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL PACIENTE) (SEGURO SOCIAL)

**Address:** \_\_\_\_\_ **Home Phone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DOMICILIO (TELEFONO DE CASA) (FECHA DE NACIMIENTO)

**City, State:** \_\_\_\_\_ **ZIP:** \_\_\_\_\_ **Gender:** Female  Male  **Estado civil:** \_\_\_\_\_  
(CIUDAD Y ESTADO) (CODIGO)

**Employer:** \_\_\_\_\_ **Work Phone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Occupation:** \_\_\_\_\_  
(EMPLEADOR) (TELEFONO DE EMPLEADOR) (OCUPACION)

**Work Address, City, State:** \_\_\_\_\_  
(DOMICILIO DE EMPLEADOR, CIUDAD, Y ESTADO)

**Quien la refirio: Folleto/Familia/Pagina Amarillas/Hospital/Doctor:** \_\_\_\_\_

**Etnicidad:** No Hispano/Latino  Hispano/Latino   
**Raza:** Blanca  Afroamericano  Asiatico  Otro: \_\_\_\_\_

**Farmacia preferida:** \_\_\_\_\_

**Date of Accident or Injury:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Hurt on the Job** Yes/Si \_\_\_\_ No **MVA** Yes/Si \_\_\_\_ No  
(FECHA DE ACCIDENTE) (FUE LASTIMADO EN EL TRABAJO) (ACCIDENTE DE VEHICULO DE MOTOR)

**Emergency Contact Name:** \_\_\_\_\_ **Phone Number:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(EN CASO DE EMERGENCIA A QUIEN NOTIFICAMOS) (TELEFONO DE CASA/CELULAR)

**Emergency Contact Relationship to Patient:** \_\_\_\_\_  
(RELACION AL PACIENTE)

**(INFORMACION DE ASEGURANZA PRIMARIA)**

**Insurance Company:** \_\_\_\_\_ **Phone Number:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(COMPANIA DE ASEGURANZA Y TELEFONO DE ASEGURANZA)

**Name of Insured:** \_\_\_\_\_ **Patient Relationship to Insured:** \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA) (RELACION AL PACIENTE)

**Subscriber ID (Policy #):** \_\_\_\_\_ **Group ID:** \_\_\_\_\_ **Social Security:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(IDENTIFICACION DE POLIZA) (NUMERO DE GRUPO) (SEGURO SOCIAL)

**Effective Date:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (FECHA DE NACIMIENTO)

**(INFORMACION DE ASEGURANZA SECUNDARIA)**

**Insurance Company:** \_\_\_\_\_ **Phone Number:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(COMPANIA DE ASEGURANZA Y TELEFONO DE ASEGURANZA)

**Name of Insured:** \_\_\_\_\_ **Patient Relationship to Insured:** \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA) (RELACION AL PACIENTE)

**Subscriber ID (Policy #):** \_\_\_\_\_ **Group ID:** \_\_\_\_\_ **Social Security:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(IDENTIFICACION DE POLIZA) (NUMERO DE GRUPO) (SEGURO SOCIAL)

**Effective Date:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (FECHA DE NACIMIENTO)

**(ESTOY DE ACUERDO EN QUE LA INFORMACION FACILITADO EN ESTE FORMULARIO ES PRECISA Y HASTA LA FECHA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.**

**Firma de Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Consentimiento General de Atención y Consentimiento de Tratamiento

*PARA EL PACIENTE: Como paciente, usted tiene derecho a estar informado sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión si se someterá o no al procedimiento o tratamiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros relacionados. En este punto de su atención, no se le ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento simplemente está destinado a obtener su permiso para llevar a cabo la evaluación necesaria para determinar el tratamiento o procedimiento adecuado para la afección identificada.*

Mediante este consentimiento, se nos autoriza a llevar a cabo el tratamiento, los análisis y los exámenes médicos necesarios. Con su firma a continuación, usted indica que (1) sabe que este consentimiento es de carácter continuo después de obtener un diagnóstico específico y de recomendar un tratamiento; y (2) acepta someterse al tratamiento en este consultorio o cualquier otro consultorio de nuestra propiedad. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que se revoque por escrito. Usted tiene derecho a interrumpir el servicio en cualquier momento.

Tiene derecho a hablar sobre el plan de tratamiento con su médico acerca de la finalidad, y los posibles riesgos y beneficios de cualquier examen que se le indique. Si tiene inquietudes relacionadas con algún examen o tratamiento recomendado por su prestador de atención médica, no dude en consultarnos.

Solicito voluntariamente al médico o prestador de nivel intermedio (Enfermera Profesional, Asistente del Médico o Especialista en Enfermería Clínica) y a otros prestadores de atención médica o personas designadas, según fuera necesario, a llevar a cabo el tratamiento, las pruebas y los exámenes médicos necesarios para la afección por la cual he concurrido a este establecimiento. Comprendo que si se recomienda realizar otras pruebas o procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá leer y firmar otros formularios de consentimiento antes de llevar a cabo las pruebas o los procedimientos.

Certifico que he leído y comprendo la totalidad de las declaraciones anteriores, y acepto de manera completa y voluntaria su contenido.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Representante Personal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en Letra de Imprenta del Paciente  
o Representante Personal**

\_\_\_\_\_  
**Vínculo con el Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en Letra de Imprenta del Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Título Laboral del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA COMUNICACIONES FINANCIERAS**

1. \_\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente o Guardián)

**Acuerdo Financiero.**

Reconozco que, como cortesía, pudiera facturar a mi compañía de seguros por los servicios que me fueron proporcionados. Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que no están cubiertos o los cargos cubiertos no pagados en su totalidad, incluyendo pero no limitado a co-pago, co-seguro y / o deducibles o cargos no cubiertos por el seguro. Tengo conocimiento que existe un cargo por cheques devueltos.

2. \_\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente o Guardián)

**Colección de terceros.** Reconozco **EPMFM** puede utilizar los servicios de un asesor de negocios a terceros o entidad afiliada como una oficina de negocios extendida ("EBO Servicer") para servicios y facturación de cuentas médicas.

3. \_\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente o Guardián)

**Asignación de beneficios.** Por la presente otorgo a **EPMFM** de algún seguro o beneficios disponibles de otra entidad sobre los servicios médicos que se me fueron proporcionados. Tengo conocimiento de que **EPMFM** tiene el derecho de rechazar o aceptar la cesión de tales beneficios. Si estos beneficios no están asignados a **EPMFM**, estoy de acuerdo en realizar todos los pagos inmediatamente al recibirlos por los servicios prestados provenientes del seguro de salud o de terceros.

4. \_\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente o Guardián)

**Certificación del Paciente de Medicare y Asignación del Beneficio.** Yo certifico que la información que hago disponible, en su caso, se podrá utilizar en la aplicación para el pago correspondiente bajo el Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre para **EPMFM** por el programa de Medicare o Medicaid.

5. \_\_\_\_\_ ( Iniciales del Paciente o Guardián)

**Consentimiento a Llamadas Telefónicas para Comunicaciones Financieras.** Estoy de acuerdo en que, para que **EPMFM**, o los Agentes de la Oficina de Extensión de Negocio (EBO) y los agentes de colección administren mi cuenta o cobren cualquier cantidad que yo tenga adeudada, yo expreso mi acuerdo y mi consentimiento de que **EPMFM** EBO se ponga en contacto conmigo por vía telefónica a cualquier número de teléfono, sin límite de conexión inalámbrica, que haya proporcionado **EPMFM** o administradores y agentes de colección de EBO hayan obtenido o, a cualquier número de teléfono remitido o transferido desde ese número telefónico proporcionado, con relación a los servicios prestados, y a mis obligaciones financieras. Los métodos de contacto pudieran incluir el uso de mensajes de voz pre-grabados / programados y / o el uso de cualquier dispositivo de marcación automática, según corresponda.

6. \_\_\_\_\_ ( Iniciales del Paciente o Guardián)

Una fotocopia de este consentimiento se considerará válida como el original.

Firma del Paciente / Representante del Paciente:

X \_\_\_\_\_ Fecha

Si usted no es el paciente, por favor, describa su relación con el paciente.

(Circule o Marque la (s) relación (es) de la lista a continuación):

Esposo(a)

Garantizador

Padre

Representante Poder Legal Medico

Guardián Legal

Otro (favor de especificar) \_\_\_\_\_

**Aviso de prácticas de privacidad/clínicas / Notice of Privacy Practice/clinics**

**(iniciales del paciente/representante)** Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad, que describe las formas en que la clínica/consultorio puede usar y divulgar mi información médica para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos; entiendo que puedo comunicarme con el Funcionario de privacidad designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. Entiendo que el proveedor o los socios comerciales del proveedor pueden divulgar esta información de forma electrónica. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad.

**Divulgaciones a amigos o miembros de la familia**

**¿DESEA DESIGNAR A UN MIEMBRO DE SU FAMILIA U OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA DISCUTIR SU AFECCIÓN MÉDICA? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿A QUIÉN?** Doy permiso para que se divulgue mi Información de salud protegida a fin de comunicar los resultados, los hallazgos y las decisiones de atención a mis familiares y otras personas que se detallan a continuación:

	Nombre / Name	Vínculo / Relationship	Número de contacto / Contact Number
1:			
2:			
3:			

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica y dicha revocación o modificación debe ser por escrito.  
Patient/Representative may revoke or modify this specific authorization and that revocation or modification must be in writing.

**Comunicaciones sobre My Healthcare / Communications about My Healthcare**

Acepto que el Proveedor o un representante del Proveedor o un consultorio médico independiente pueden comunicarse conmigo para programar las visitas de seguimiento necesarias recomendadas por el médico tratante.

**Consentimiento para la toma de fotografías u otro tipo de grabación para operaciones de seguridad o atención médica**

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, grabaciones digitales de audio o imágenes de mí para la atención, a los fines de seguridad o para operaciones de atención médica del consultorio/clínica (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad). Entiendo que el consultorio/clínica conserva los derechos de propiedad de las imágenes o las grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso a las imágenes o grabaciones, u obtener copias de estas, cuando sea tecnológicamente posible a menos que lo prohíba la ley. Entiendo que estas imágenes o grabaciones se guardarán y protegerán de forma segura. Las imágenes o grabaciones en las que se me identifica no se divulgarán ni se utilizarán fuera de las instalaciones sin una autorización específica por escrito de mi parte o mi representante legal, a menos que la ley lo permita o exija.

**Consentimiento para el uso de correo electrónico, teléfono celular o mensaje de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica**

**Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o un número de teléfono celular** en los que se me pueda contactar, doy mi consentimiento para recibir instrucciones no seguras y otras comunicaciones de atención médica en mi correo electrónico o en la dirección de mensajes de texto que proporcioné u obtuve el consultorio o su administrador de EBO, en cualquier número de mensaje de texto reenviado o transferido desde ese número. Estas instrucciones pueden incluir, entre otras, instrucciones posteriores al procedimiento, instrucciones de seguimiento, información educativa e información de recetas. Otras comunicaciones de atención médica pueden incluir, entre otras, comunicaciones a la familia o representantes designados con respecto a mi tratamiento o afección, o mensajes recordatorios de citas para la atención médica.

Importante: Puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento. La clínica/consultorio no cobra por este servicio, pero pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes de texto o minutos de teléfono celular según lo estipulado en su plan de servicios inalámbricos (comuníquese con su proveedor para conocer los precios y los detalles de los planes).

**Importante:** Este centro utiliza una historia clínica electrónica que actualizará todos sus datos demográficos y consentimientos con la información que acaba de proporcionar. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su comodidad en todos nuestros centros afiliados con los que usted se relaciona que comparten la historia clínica electrónica.

**Divulgación de información / Release of Information**

Por la presente, autorizo que el consultorio/clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención de pacientes hospitalizados o ambulatorios divulguen información de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información de atención médica con respecto a servicios anteriores de otros proveedores afiliados a HCA puede estar disponible para los proveedores afiliados posteriormente a HCA para coordinar la atención. La información de atención médica se puede divulgar a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente para verificar las preguntas de cobertura o pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también se puede divulgar a la persona designada por mi empleador cuando los servicios brindados se relacionan con una reclamación de indemnización laboral.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios u operadores para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, sin carácter restrictivo, antecedentes y registros físicos de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso médico, notas de enfermería, consultas, informes psicológicos o psiquiátricos, tratamiento de drogas y alcohol y resumen del alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que esta instalación participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre ellas para lograr objetivos que pueden incluir, entre otros, mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mi historia clínica, disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información, agregar y comparar mi información para fines de mejora de la calidad, y cualquier otro propósito que permita la ley. Entiendo que esta instalación puede ser miembro de una o más de esas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre las afecciones psicológicas, afecciones psiquiátricas, afecciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química o enfermedades infecciosas, lo que incluye, entre otras, enfermedades transmitidas por sangre, como el VIH y el SIDA.

Certifico que he leído y entiendo completamente todas las páginas de las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

Firma del paciente/representante:/ Patient/Representative Signature	Vínculo con el paciente (paciente, padre, tutor legal/representante, etc.) / Relationship to Patient (self, parent, legal guardian/representative, etc)	Fecha / Date

**Practice:OPTIONAL ON FORM- REMOVE THIS Prescription Order Pick up Section ONLY if NA to your practice/clinic]**

**Recoger pedidos de medicamentos recetados.** Puede haber momentos en los que necesite que un amigo o un familiar recojan un pedido de medicamentos recetados (receta) del consultorio de su médico. Para que podamos entregar una receta a su familiar o amigo, necesitaremos un registro de su nombre. Antes de entregar la receta, la persona designada por usted deberá presentar una identificación válida con foto y firmar para obtener la receta.

- **Quiero \_\_\_\_\_** (iniciales del paciente/representante) designar a la siguiente persona para que retire una receta en mi nombre:

NOMBRE	Vínculo con el paciente

- **No quiero \_\_\_\_\_** (iniciales del paciente/representante) designar a ninguna persona para que retire mi receta.

**Póliza de Oficina**

Gracias por elegir el **EPMFM**. Haremos nuestro mejor esfuerzo para proporcionar con calidad y amabilidad sus necesidades de Medicina Fetal Materna.

**Aviso De Cobro Para Formas**

Habr  un cargo de \$25.00 para la realización de cada forma de discapacidad y de cualquier otra forma, que es debida en el momento en que el formulario se pone en la oficina. Por favor permita una semana desde el momento en que el formulario es traído en (y/o el momento de la última visita de oficina) para la realización de la forma para que el empleado de seguro tiene toda la información necesaria para llenar el formulario.

**Póliza de Cancelación de Cita/Ausentarse sin aviso**

Con el fin de servir mejor a nuestros pacientes, solicitamos respetuosamente que se mantengan las citas como estaba previsto. Las cancelaciones se aceptan antes de la cita por teléfono. Respetuosamente solicitamos las 24 horas de anticipación si necesita cancelar su cita.

**Póliza de Llegada tarde**

Debido al alto volumen de demanda de servicios médicos, los últimos ingresos (10+min) pueden ser requeridos para reprogramar su cita para un momento posterior u otro día. Si el horario de los médicos todavía puede acomodarle, se dará prioridad a los pacientes que llegaron a tiempo y usted puede ser trabajado entre ellos. Esto significa que puede tener una espera considerable. Uno o dos pacientes tardes hacen que todo el horario diario se retrase. Nos esforzamos por ver a cada paciente lo más cerca posible de su hora de cita. Múltiple llegadas tardes en cualquier periodo de 12 meses pueden resultar en la separación de nuestra práctica.

**Póliza de Repuesto de Medicamentos**

Un aviso de 48 horas es necesario para respuesta de su medicamento. Si las citas se han perdido o cancelado o tratamiento no es actual, no se podrá renovar su medicamento. No se renovará su medicamento cuando se llaman a las solicitudes para el servicio de contestadores después de horas de oficina o en los fines de semana y días festivos.

Gracias por su compresión y cooperación mientras nos esforzamos por servir a las necesidades de todos nuestros pacientes. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido este aviso y comprende nuestras pólizas. Gracias

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(FIRMA) (FECHA)

Name:/Nombre: \_\_\_\_\_ DOB/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Please Circle One/ Por favor circule uno:    White/Blanco    African American/Afroamericano/a  
Asian/Asiatico/a    Other:/Otro: \_\_\_\_\_

Please Circle One/ Por favor circule uno:    No Hispano/Latino    Hispano/ Latino

Preferred Language/Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Who referred you to our Practice? /¿Quién la refirió a nuestra practica? \_\_\_\_\_

Allergies/Alergias: \_\_\_\_\_ Medication:/Medicación: \_\_\_\_\_

Fish/Pescado \_\_\_\_\_ Peanuts/Nueces \_\_\_\_\_ Latex \_\_\_\_\_ Other/Otro: \_\_\_\_\_

**Pharmacy/ Farmacia: \_\_\_\_\_ Location:/Ubicacion: \_\_\_\_\_**

Medication/Medicamento:	Dosage/Doses:
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____
6) _____	_____
7) _____	_____
8) _____	_____
9) _____	_____