

INSCRIPCIÓN DE PACIENTE NUEVO



Complete los siguientes formularios si se inscribe como paciente nuevo. Asegúrese de verificar que aceptamos su seguro antes de completar este formulario y tenga a mano su tarjeta del seguro. Los campos marcados con un **asterisco rojo *** deben completarse.

Información del paciente

Nombre del paciente * _____ Fecha de nacimiento del paciente * _____

Número del Seguro Social (SSN) * _____

Dirección * _____

Ciudad * _____

Estado * _____

Código postal * _____

Dirección de correo electrónico * _____

Número de teléfono preferido * _____

Tipo de número de teléfono preferido *

☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Hogar

Número de teléfono celular _____ Número de teléfono del hogar _____

Número de teléfono del trabajo _____

Orientación sexual e identidad de género

Sexo (Asignado al nacer) *

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Desconocido

Pronombres

☐ él/lo/su/suyo/él mismo ☐ elle/le/su/suyx/elle mismx

☐ ella/la/su/suya/ella misma ☐ Otro (indique los pronombres que usa)

Orientación sexual

☐ Lesbiana, gay u homosexual ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ No sabe ☐ Elige no divulgarlo ☐ Otra

Identidad de género

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Mujer a hombre (FTM)/Hombre transgénero/Hombre trans

☐ Hombre a mujer (MTF)/Mujer transgénero/Mujer trans ☐ No binario, ni exclusivamente hombre ni mujer

☐ Elige no divulgarlo ☐ Otro

Name: _____

DOB: _____

Datos demográficos

Estado civil *

☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado legalmente

Situación laboral *

Empleador _____ Ocupación _____

☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Sin empleo ☐ Jubilado

Información de farmacia

Nombre de la farmacia principal * _____
*

Número de teléfono de la farmacia principal

Dirección de la farmacia principal * _____

Ciudad * _____

Estado * _____

Código postal * _____

Tiene una farmacia secundaria o por correo *

☐ Sí ☐ No

Nombre de la farmacia secundaria/por correo

Número de teléfono de la farmacia secundaria/por correo

Ciudad * _____

Estado * _____

Código postal * _____

En caso de emergencia: Proporcione la información de contacto de un familiar, amigo o pariente. Este no es su médico. Si desea agregar un contacto de emergencia adicional, infórmenos en su próxima cita.

En caso de emergencia, ¿con quién debemos contactar?* Parentesco del contacto de emergencia con el paciente* _____

Ciudad* Estado* _____

Código postal _____

Número de teléfono del contacto de emergencia* _____

Tipo de número del contacto de emergencia _____

Celular Casa Trabajo: _____

Name: _____

DOB: _____

Cesión y autorización del seguro

Por este medio autorizo a Edinger Medical Group a suministrar información a las compañías de seguro en referencia a mis enfermedades y tratamientos. Por este medio cedo todos los pagos por servicios médicos que se me hayan brindado a mí o a mis dependientes a Edinger Medical Group. Entiendo que soy responsable por cualquier monto que el seguro no cubra.

Cesión y autorización del seguro

☐ Al marcar esta casilla, reconozco que he leído y por este medio acepto los términos y condiciones de la Cesión y autorización del seguro

Autorización de historial farmacéutico

Por este medio autorizo a los médicos de Edinger Medical Group a revisar mi historial de medicamentos recetados por otros médicos.

Historial y autorización de la farmacia

☐ Al marcar esta casilla, reconozco que he leído y acepto los términos y condiciones en el historial y la autorización de la farmacia

Firma *

Nombre de la persona que firma *

Name: _____

DOB: _____

Idioma principal *

☐ Inglés ☐ Español ☐ Árabe ☐ Chino ☐ Vietnamita ☐ Otro

Origen étnico *

☐ Hispano/a o latino/a ☐ No hispano/a o latino/a ☐ Se niega a responder

Raza *

☐ Blanca ☐ Asiática ☐ Negra o afroamericana ☐ Nativa de Hawái ☐ De otras islas del Pacífico
☐ Se niega a responder ☐ Otra

Información de farmacia

Nombre de la farmacia principal * _____

Número de teléfono de la farmacia principal

Dirección de la farmacia principal * _____

Ciudad * _____

Estado * _____

Código postal *

Tiene una farmacia secundaria o por correo *

☐ Sí ☐ No

Nombre de la farmacia secundaria/por correo

Número de teléfono de la farmacia secundaria/por correo

Ciudad * _____

Estado * _____

Código postal *

¿Cómo se enteró de nosotros? *

☐ Sitio web o directorio del plan de salud ☐ Publicidad ☐ Landmark ☐ Google ☐ Otro sitio web
☐ Redes sociales ☐ Otro ☐ Familiar/amigo

Publicidad

☐ OC Register ☐ Seacliff Living ☐ HB Living ☐ BeLocal ☐ FV Living ☐ Yelp ☐ Boletín de Landmark
☐ Redes sociales ☐ Otro

Name: _____

DOB: _____

Historial médico actual y pasado

Marque la casilla para cualquiera de las siguientes enfermedades y problemas médicos que tenga o haya tenido e indique el año en que comenzó cada uno. Si no está seguro cuándo comenzó una enfermedad, ingrese un año aproximado.

☐ Alergias o fiebre del heno		☐ Infarto de miocardio	
☐ Anemia		☐ Hemorroides	
☐ Ansiedad/Ataques de pánico		☐ Hepatitis/Ictericia	
☐ Artritis		☐ Hernia	
☐ Asma		☐ Hipertensión arterial	
☐ Tumor benigno		☐ Colesterol alto	
☐ Tendencia a hemorragias		☐ Síndrome del intestino irritable	
☐ Dolores de cabeza		☐ Enfermedades renales o de la vejiga	
☐ Cáncer		☐ Cálculos renales	
☐ Bronquitis crónica		☐ Alergias que ponen en riesgo la vida	
☐ Convulsiones, ataques epilépticos		☐ Problemas de hígado	
☐ Sordera o disminución de la audición		☐ Problemas de los pulmones	
☐ Depresión		☐ Neumonía	
☐ Diabetes		☐ Problemas de la próstata (hombres únicamente)	
☐ Diverticulosis		☐ Enfermedad de transmisión sexual	
☐ Enfisema		☐ Problemas de la piel	
☐ Problemas de la vesícula biliar		☐ Accidente cerebrovascular	
☐ Glaucoma		☐ Problemas de la tiroides	
☐ Gota		☐ Tuberculosis	
☐ Traumatismo craneal		☐ Colitis ulcerosa o enfermedad de Chron	
☐ Bultos en las mamas o enfermedad fibroquística			

Hospitalizaciones y cirugías anteriores

Cirugía (1) _____ Fecha de la cirugía (1) _____

Resultados/Complicaciones (1) _____

Cirugía (2) _____ Fecha de la cirugía (2) _____

Resultados/Complicaciones (2) _____

Cirugía (3) _____ Fecha de la cirugía (3) _____

Resultados/Complicaciones (3) _____

Motivo de la hospitalización 1 _____ Fecha de la hospitalización 1 _____

Name: _____

DOB: _____

Factores de riesgo para la salud

¿Fuma?

☐ Sí ☐ No

¿Durante cuántos años?

¿Cuántos paquetes por día?

Si dejó de fumar, ¿en qué año lo hizo?

¿Consumes alcohol?

☐ Sí ☐ No

¿Qué tipo de bebida alcohólica?

¿Cuántas bebidas por semana?

¿Cuántas bebidas por día?

Otros factores de riesgo para la salud (Marque todos los que correspondan)

☐

Consumo de drogas

☐

Aumento significativo de peso

☐

Factores de riesgo de VIH (transfusiones sanguíneas, hemofilia, historial de uso de drogas intravenosas, comportamiento sexual de alto riesgo)

☐

Estilo de vida sedentario

☐

Otro

Otro

Si actualmente no tiene una relación mutuamente monógama, ¿utiliza preservativos/condones de forma habitual?

☐ Sí ☐ No

¿Examina sus pechos todos los meses?

☐ Sí ☐ No

Si es sexualmente activa y no está planeando un embarazo, ¿utiliza algún método anticonceptivo?

☐ Sí ☐ No

¿Usa el cinturón de seguridad de forma habitual?

firma del proveedor*

Nombre del proveedor *

Nombre del paciente *

Firma del paciente *

Name: _____
DOB: _____

Política y acuerdos financieros del paciente

Edinger Medical Group (EMG) se compromete a atender sus necesidades de atención médica. Comprenda que el pago de su factura se considera parte de su relación de atención médica con nuestro grupo médico y proveedores. Este documento es la Política financiera del paciente de Edinger Medical Group. EMG requiere que usted lea, firme y acepte esta política antes de recibir el tratamiento.

ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, VISA, MASTERCARD, DISCOVER Y AMERICAN EXPRESS.

FACTURACIÓN DEL SEGURO

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros médicos. Es su responsabilidad conocer sus beneficios y cómo se aplicarán al tratamiento que reciba. Todos los pacientes son responsables de sus copagos, coseguros, deducibles no cubiertos y costos de los servicios no cubiertos en el momento de la visita.

Dependiendo de si usted es un paciente de HMO, PPO o que paga en efectivo, debe escribir sus iniciales al lado de la declaración que le corresponda. *

- ☐ Soy paciente de HMO
☐ Soy paciente de PPO
☐ Soy paciente que paga en efectivo

PLANES DE HMO CONTRATADOS: Todos los copagos deben ser abonados en cada visita. Debido a cuestiones de cumplimiento contractual y uniforme con su compañía de seguros, no hay excepciones a la política de cobrar los copagos en cada visita. *

PLANES PPO CONTRATADOS: Facturamos a su compañía de seguros como una cortesía. Todos los copagos, coseguros, deducibles no cubiertos y costos de los servicios no cubiertos se cobrarán en el momento de la visita. Cualquier saldo restante adeudado después de los ajustes del contrato y los pagos del plan de salud son su responsabilidad. Usted recibirá una cuenta para esta responsabilidad financiera restante. Todos los saldos de los pacientes se deben pagar dentro de los 30 días siguientes a la fecha de nuestro estado de cuenta. *

PACIENTES QUE PAGAN EN EFECTIVO: Todos los servicios deben ser pagados en su totalidad en el momento de la visita/del tratamiento. Nuestras oficinas le proporcionarán una estimación del costo del tratamiento antes de la visita. *

PLANES FUERA DE LA RED

Para los pacientes con planes en los que estamos Fuera de la red, nuestras oficinas le proporcionarán una estimación del costo del tratamiento antes de la visita.

SALDOS DE CUENTAS ATRASADAS

Los pacientes con un saldo pendiente considerado vencido (90 días) deben hablar con un representante de cuenta antes de cualquier cita futura.

NOTIFICACIÓN DE CUENTAS MOROSAS A LAS AGENCIAS DE CRÉDITO

Si el saldo de una cuenta de un paciente se encuentra en estado de mora y la cuenta del paciente se suspende, se informará de ese saldo de mora a las agencias de crédito nacionales. Esto puede afectar negativamente su situación crediticia actual y a largo plazo. Estos saldos en mora permanecerán vigentes con las agencias de crédito indefinidamente en el futuro hasta que su saldo vencido sea pagado.

Name: _____

DOB: _____

CHEQUES DEVUELTOS

Se cobrará un cargo de \$25.00 por cualquier cheque devuelto

PAGOS ABIERTOS

La base de datos de Pagos abiertos es una herramienta federal utilizada para buscar los pagos realizados de las empresas farmacéuticas y de dispositivos a los médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>

Para indicar que ha leído y comprendido las afirmaciones anteriores, escriba sus iniciales aquí: *



Acuerdo de política financiera del paciente

He leído la Política financiera del paciente de EMG mencionada anteriormente, acepto cumplirla y he proporcionado a EMG la información verdadera y correcta del seguro. Notificaré a EMG sobre cualquier cambio en la cobertura de mi seguro médico. Asigno cualquier pago o beneficio de mi proveedor de seguros para estos servicios a EMG. Además autorizo la divulgación de los expedientes clínicos necesarios para la NOTIFICACIÓN DE CUENTAS MOROSAS A LAS AGENCIAS DE CRÉDITO. Si el saldo de una cuenta de un paciente se encuentra en estado de mora y la cuenta del paciente se suspende, se informará de ese saldo de mora a las agencias de crédito nacionales. Esto puede afectar negativamente su situación crediticia actual y a largo plazo. Estos saldos en mora permanecerán vigentes con las agencias de crédito indefinidamente en el futuro hasta que su saldo vencido sea pagado. CHEQUES DEVUELTOS: Se cobrará un cargo de \$25.00 por cualquier cheque devuelto. PAGOS ABIERTOS: La base de datos de Pagos abiertos es una herramienta federal utilizada para buscar los pagos realizados de las empresas farmacéuticas y de dispositivos a los médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>

Para indicar que ha leído y comprendido las afirmaciones anteriores, escriba sus iniciales aquí: * la adjudicación y el pago de las reclamaciones o de cualquier autorización de servicios o procedimientos brindados o que se brindarán

Firma *



Nombre de la persona que firma * _____

Nombre de la parte responsable en imprenta

(Si es diferente al paciente)

Fecha de hoy * _____

Name: _____

DOB: _____

Consentimiento del paciente para el uso y la divulgación de información de salud para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica

Yo, * _____

Nombre

Entiendo que, como parte de mi atención médica, Edinger Medical Group genera y mantiene registros en papel o electrónicos que describen mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan de atención o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planificar mi atención y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los distintos profesionales de salud que contribuyen a mi atención;
- una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados se han prestado realmente
- Una herramienta para las operaciones rutinarias de atención médica, como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de salud

Entiendo y se me proporcionará un *Aviso de prácticas de privacidad* que brinda una descripción más completa de los usos y divulgación de la información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a la forma en que se puede utilizar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica

Entiendo que Edinger Medical Group no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado acciones al respecto. También entiendo que si me niego a firmar este consentimiento o lo revoco, esta organización puede negarse a tratarme como lo permite la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario divulgar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento para tal divulgación para estos usos permitidos, incluyendo la divulgación por fax.

Deseo compartir mi expediente clínico electrónico para que me ayude con mis necesidades de atención actuales o futuras:

Entiendo que tengo el derecho de revocar este privilegio por escrito.

Nombre:

Parentesco:

Número de teléfono:

Consentimiento y autorización del paciente *

- ☐ Entiendo completamente y ACEPTO los términos de este consentimiento
- ☐ Entiendo completamente y RECHAZO los términos de este consentimiento

Firma *

Nombre de la persona que firma *

Fecha de hoy *

Deseo que se apliquen las siguientes restricciones al uso o a la divulgación de mi Información de salud:

Name: _____

DOB: _____

Formulario de divulgación de los expedientes clínicos

Al completar este documento se autoriza la divulgación o el uso de información de salud identificable individualmente como se establece a continuación, de acuerdo con las leyes federales y de California respecto a la privacidad de dicha información. El hecho de no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

¿Le gustaría que Edinger Medical Group obtuviera sus expedientes clínicos de un consultorio médico anterior? *

☐ Si ☐ No

Yo (el paciente) autorizo a Edinger Medical Group a obtener mis expedientes clínicos del siguiente médico/institución:

Información del médico externo

Nombre del médico/institución * _____ Número de fax * _____

Dirección 1 * _____

Dirección 2 _____

Ciudad * _____ Estado * _____

Código postal * _____

Autorización para la divulgación de información de salud

Intervalo de fechas de la información de salud * _____

Parte A: Información de salud a divulgar *

☐ Registros de facturación ☐ Informes de laboratorio ☐ Visitas específicas ☐ Informes de radiografías ☐ Registros de vacunación
☐ Registros de obstetricia y ginecología ☐ Láminas de radiografías ☐ Otro

Parte B: En cumplimiento con los Estatutos de California, que requieren un permiso especial para divulgar información que de otro modo sería privilegiada, ESCRIBA SUS INICIALES al lado de los registros que desea divulgar: (se requiere una autorización específica por separado)

Salud mental

Consumo de drogas

Consumo de alcohol

Pruebas de VIH/SIDA

Autorización para la divulgación de información de salud

Al escribir mis iniciales aquí, yo (el paciente) por este medio autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud según lo descrito en la Parte A o la Parte B. *

Name: _____

DOB: _____

Información sobre la divulgación de información de salud

Edinger Medical Group reconoce el derecho del paciente a la confidencialidad de su información de salud bajo las normas federales de privacidad y la ley de California. El paciente debe ser consciente de la siguiente información cuando solicite o divulgue información de salud.

Derecho a negarse a firmar esta autorización: Esta autorización es voluntaria. Negarse a firmar no afectará la capacidad del paciente para recibir tratamiento o el pago de reclamos.

Derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información de salud que se utilizará o divulgará: Un paciente tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que ha autorizado para ser utilizada o divulgada al firmar este Formulario de autorización.

Derecho a recibir una copia de esta autorización: Un paciente tiene el derecho de revocar su autorización en cualquier momento dando aviso por escrito de la revocación al Oficial de Privacidad. La revocación de esta autorización NO afectará a ninguna acción realizada en virtud de esta autorización antes de recibir el aviso de revocación por escrito.

Múltiples divulgaciones de información: Un paciente puede solicitar múltiples divulgaciones de la información indicada en el Formulario de autorización. Sin embargo, todas las divulgaciones basadas en este formulario se limitan a los registros con fecha hasta el día de la firma del paciente, inclusive. Se necesita una nueva autorización para la divulgación de información para la atención proporcionada después de la fecha de la firma del paciente. A MENOS que la autorización establezca específicamente que se pueden divulgar REGISTROS ESPECÍFICOS que se generarán en el futuro, por ejemplo, "registros futuros de una prueba específica" o "registros futuros de una cita clínica específica".

Quién puede firmar esta autorización

1. Por lo general, todos los pacientes mayores de 18 años deben firmar la divulgación de su propia información de salud, a menos que se den las siguientes condiciones:

- El paciente es incapaz.
- El paciente es discapacitado y no puede firmar el formulario.
- El paciente ha fallecido. (Puede firmar el cónyuge superviviente o el representante personal de los herederos. Si no hay cónyuge superviviente o representante, puede firmar un miembro adulto de la familia inmediata).
- **IMPORTANTE:** Con muy pocas excepciones, si el paciente es mayor de 18 años, NO se aceptan las firmas de los padres.

2. Todas las personas que firmen la divulgación de información de salud en nombre del paciente deben declarar su relación con el paciente y proporcionar una prueba legal de la autoridad legal de su capacidad para actuar en nombre del paciente.

3. Menores de edad. Los pacientes menores de 18 años deben firmar para la divulgación de información de salud en los siguientes casos. Tratamiento por consumo de alcohol u otras drogas:

- Tratamiento por consumo de alcohol u otras drogas: mayores de 12 años.
- Tratamiento de salud mental: los mayores de 12 años pueden consentir a la divulgación de los
- registros sin el consentimiento de los padres. Resultados de la prueba del VIH: mayores de 12 años.
- Menores emancipados que estén casados o en el ejército.

Tarifas de los expedientes: Las copias de los expedientes clínicos de un paciente enviadas directamente a otro médico o centro médico se harán generalmente sin costo alguno; sin embargo, si se hacen muchas solicitudes, se puede aplicar una tarifa de copiado según lo permitido por la ley de California.

Si usted ha autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que no está obligado legalmente a mantenerla confidencial, se podría divulgar y dejaría de estar protegida. La ley de California prohíbe a los receptores de su información de salud volver a divulgar dicha información, salvo con su autorización por escrito o según lo exija o permita específicamente la ley.

Edinger Medical Group | Expedientes clínicos
Correo electrónico: medicalrecords@edingermedicalgroup.com
Fax: 714-965-2595

Reconocimiento

Esta autorización se vencerá en la fecha que se indica a continuación. Si yo (el paciente) no indico una fecha, esta autorización se vencerá un (1) año después de la fecha de mi firma.

Nombre de la persona que firma *

Firma *

¿La firma es de una persona que no es el paciente? *

☐ Si ☐ No

Fecha de hoy *

Si la respuesta es "Si", indique su relación legal con el paciente