

El Paso Pulmonary Association - Formato de Registro del Paciente

Bienvenido(a). Pedimos llene y firme este formato para poder acceder los servicios de este consultorio.

*Apellido:		*Nombre:		*Fecha de Nacimiento:		*Doctor Primario (PCP):	
Dirección:		Sexo:		Que Doctor le refirió ?		Si no le refirió un Dr, quien?	
Ciudad		Estado		CP(zip)		Edad:	
Tel.Celular:		Tel.Casa:					
#Seguro Social:		Estado Civil		(Opcional) Raza:		Etnicidad:	
Correo electrónico (para darle acceso a el portal):							
Dirección de correspondencia (si difiere a la anterior):		Cd.		Estado		CP(zip)	
Método preferido de contacto:		<input type="checkbox"/> Cel/mensaje de voz <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Tel.casa <input type="checkbox"/> Portal del Paciente					
Contacto de Emergencia:		Lenguaje que prefiere:		Usamos servicio de mensaje grabado para recordarle de sus citas y otros avisos. Que tiempo prefiere para estas llamadas?			
Relacion al paciente:		Tel.		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Mañana 9:00am <input type="checkbox"/> Tarde 1:00pm <input type="checkbox"/> Noche 6:00pm			
Farmacia a la que prefiere le enviemos recetas:				Calle o Dirección:		Tel.	

1 Con su autorización, podríamos tener acceso al historial de sus recetas externas guardadas en el "Prescription (Rx) Data Hub". La información incluye historial de varios años atrás de medicamentos recetados por otros médicos, recetas procesadas por su seguro médico o de programas farmaceuticos. Este acceso pudiera facilitar su tratamiento y cuidado médico.

Si doy mi autorización
 No doy mi autorización

INFORMACION DE SEGURO MEDICO: Permítanos copia de su tarjeta de seguro.		Fecha de nacimiento:		Asegurado	
Nombre del asegurado Principal (si no es el paciente):		Relación con el paciente:		Paciente Otro	
Aseguranza Primaria:		Co-pago:\$		# de Subscriptor:	
Aseguranza Secundaria:		Co-pago:\$		# de Subscriptor:	

Favor de leer cuidadosamente, firmar de enterado y autorizar en la parte de abajo del formato

CONSENTIMIENTO A RECIBIR CUIDADO MEDICO Y MANEJO DE INFORMACION MEDICA

2 * Solicito y autorizo a El Paso Pulmonary Association a que se me de servicios médicos.

3 * Se entiende que si traigo acompañantes, amigos o familiares a mis citas, estoy dando permiso a El Paso Pulmonary Association y sus asociados a discutir /dar información sobre mi cita, mi tratamiento, plan y cuidado médico en frente de y con esos acompañantes, ya que estarán presente durante mi cita. Si usted prefiere que no se discuta nada en frente de sus acompañantes, por favor pedirles que no le acompañen a su cita.

4 * Autorizo a El Paso Pulmonary Association y asociados a compartir información/expediente para fines de mi evaluación y tratamiento médico, siguiendo las reglas de privacidad de HIPAA incluyendo la participacion en PHIX y Elligo Health Research según se indica en la Notificación de Políticas y Practicas de Privacidad de El Paso Pulmonary Association. **Una copia de esta notificación esta expuesta en la pared de nuestras salas de espera y copias estan disponibles para todos los pacientes. Favor de leer la Notificación de Políticas y Prácticas de Privacidad.**

COMUNICACION Y MENSAJES

5 **Autorizacion para llamar, mandar texto o mensaje electronico a usted y/o a las personas que usted autorize.** Es posible que tengamos la necesidad de contactarle referente a sus citas, resultados, tratamientos, cuentas, etc. por el método que usted ha elegido como preferido. Estas comunicaciones podrán ser por medio de mensajes, textos, correo electrónico, portal del paciente o con la persona autorizada.

Autorizo unicamente dejar mensajes a los números o métodos asignados en la primera parte de este formato

Autorizo compartir mi información con las siguientes personas

Nombre(s)	Relación con el paciente:	Teléfono:

NO autorizo compartir mi información a nadie fuera de mi mismo(a), excepto en los casos que la ley establece. Entiendo que al seleccionar esta opción, se DESACTIVA la opción automatica de mensajería y que no se le podrá dar información a ningún familiar/persona que pida información sobre mi, mis citas, recetas médicas, cuentas, etc.. Al elegir esta opcion elijo **NO RECIBIR RECORDATORIOS DE MIS CITAS.**

"Con mi firma, confirmo que he leído toda la información y doy las 5 autorizaciones que se me han pedido. Confirмо también, que toda la información que yo he proporcionado es correcta y verdadera".

Firma del Paciente /o Guardian Legal:	Nombre de Guardian Legal (si aplica)	Fecha:
X		