

Médico de atención primaria

Médico que deriva

Fecha mm/dd/aa

Información del paciente

Apellido del paciente	Nombre del paciente	Inicial del segundo nombre
Dirección postal	Ciudad	Estado/Código postal
N.º de teléfono de la casa (con código de área)	N.º de teléfono celular	Fecha de nacimiento
N.º de Seguro Social	Género ___ Masculino ___ Femenino ___ Transexual	Estado civil ___ Casado ___ Soltero ___ Divorciado ___ Separado ___ Viudo ___ En pareja
Dirección de correo electrónico		Etnia ___ Hispano o latino ___ No hispano o latino
Raza: ___ Asiático ___ Hawaiano ___ Nativo americano ___ Blanco ___ Negro o afroamericano ___ Hispano ___ Otro		
Idioma: ___ Inglés ___ Indio (incluido hindi y tamil) ___ Español ___ Ruso ___ Otro		

Información del empleador del paciente

___ N/C: no trabaja actualmente

Nombre del empleador	N.º de teléfono (con código de área)
Dirección del empleador	

Información del garante

Persona responsable del pago de los servicios después del seguro - Si es el paciente, marque y escriba sus iniciales aquí _____

Apellido del garante	Nombre del garante	Inicial del segundo nombre
Dirección postal	Ciudad	Estado/Código postal
N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Género ___ Masculino ___ Femenino ___ Transexual
N.º de teléfono de la casa	N.º de teléfono celular	Relación con el paciente ___ Padre/madre/tutor ___ Cónyuge

Información del seguro primario

___ Sin seguro/Pago particular

Nombre del seguro primario	N.º de ID de grupo	Copago	N.º de ID de miembro
Apellido del suscriptor	Nombre del suscriptor	Inicial del segundo nombre	
Dirección postal	Ciudad	Estado/Código postal	
N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Género ___ Masculino ___ Femenino ___ Transexual	
N.º de teléfono de la casa	N.º de teléfono celular	Relación con el paciente ___ Padre/madre/tutor ___ Cónyuge	

Información del seguro secundario

___ N/C

Nombre del seguro secundario	N.º de ID de grupo	Copago	N.º de ID de miembro
Apellido del suscriptor	Nombre del suscriptor	Inicial del segundo nombre	
Dirección postal	Ciudad	Estado/Código postal	
N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Género ___ Masculino ___ Femenino ___ Transexual	
N.º de teléfono de la casa	N.º de teléfono celular	Relación con el paciente ___ Padre/madre/tutor ___ Cónyuge	

Nombre de la farmacia:	Dirección de la farmacia:
¿Cuál de los siguientes factores lo ayudó a decidir visitar a este médico/consultorio? (si es posible, marque todas las casillas que correspondan) ___ Derivación del médico/visita a la sala de emergencias ___ Amigo/familiar ___ Publicidad en periódico/revista ___ Correo/postal ___ Publicidad en radio/TV ___ Búsqueda en Internet/publicidad en redes sociales ___ Evento en el que habló un médico/feria de salud	

MCLEOD PHYSICIAN ASSOCIATES

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA TRATAMIENTO, SERVICIOS Y PAGO

Consentimiento para recibir tratamiento y servicios: Por este medio, doy/damos mi/nuestro consentimiento para que el paciente, cuyo nombre aparece abajo, que busca o está bajo la atención del médico de McLeod Physician Associates II (“MPA”) correspondiente, sus asociados, colaboradores, asistentes, empleados o personas designadas, reciba el tratamiento y los servicios que MPA considere necesarios. Entiendo/entendemos que dicho tratamiento puede incluir, entre otros, exámenes o evaluaciones, procedimientos y tratamientos médicos, de diagnóstico o de laboratorio que sean necesarios; el suministro de la información médica solicitada, si estuviera disponible; o grabaciones o filmaciones para uso interno que el médico de MPA, sus asociados, colaboradores, asistentes o personas designadas consideren necesarias o convenientes. Entiendo/entendemos que, si el paciente mencionado abajo necesita un tratamiento médico de carácter urgente, los médicos de MPA, sus asociados, colaboradores, asistentes, empleados, proveedores o personas designadas harán los procedimientos y tratamientos médicos, de diagnóstico o de laboratorio que sean necesarios.

Asignación de beneficios del seguro y reclamos de terceros: Por este medio, autorizo/autorizamos el pago directo a MPA de los beneficios médicos que, de otro modo, se me pagarían a mí, incluidos los beneficios del seguro médico mayor, los beneficios de la protección contra lesiones personales (Personal Injury Protection, PIP), los beneficios por enfermedad o por lesiones adeudados cubiertos por cualquier póliza de seguro y las compensaciones de todos los reclamos como resultado de la responsabilidad de un tercero que cualquier persona, empleado o compañía de seguros deba pagar a favor del paciente, a menos que yo pague/nosotros paguemos la totalidad de la cuenta después de recibir los servicios. También autorizo/autorizamos el pago directo de los beneficios médicos o quirúrgicos, incluidos los beneficios médicos mayores, a los médicos de MPA, siempre que no superen los cargos por estos servicios. También autorizo/autorizamos el pago de los beneficios médicos que, de otro modo, me/nos correspondería por los servicios profesionales prestados por cualquier médico o proveedor de servicios designado del personal activo de McLeod Health o MPA. Comprendo/comprendemos que soy/somos responsables financieramente de los cargos contraídos por los médicos de MPA y todos los proveedores de servicio, estén o no cubiertos por esta asignación. Entiendo/entendemos que, en caso de que la cuenta deba ser remitida a un abogado para su cobro, yo pagaré/nosotros pagaremos todos los honorarios del abogado y los gastos de cobro que sean razonables. Todas las cuentas atrasadas pueden acumular intereses al tipo de tasa que establece la ley. Además, en caso de que los beneficios médicos superen los cargos por los servicios relacionados con este episodio de atención, acepto/aceptamos que la cantidad excedente se aplique primero al pago de cualquier otra deuda que tenga por tratamientos y servicios prestados o de cualquier cantidad de la que sea/seamos responsables debido a otros episodios de atención o servicios recibidos de MPA, y que se me pague el saldo restante, si lo hubiera. También autorizo/autorizamos a que se reembolsen los beneficios del seguro pagados en exceso de acuerdo con las condiciones de mi póliza, en las que mi cobertura esté sujeta a la cláusula de coordinación de beneficios. Acepto/aceptamos que MPA está autorizado a actuar en mi nombre en el endoso de los cheques de beneficios que se extiendan a mi favor o a favor de MPA. Si soy/somos participantes o beneficiarios de un plan de beneficios sociales a empleados que se rige por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), Título 29 del Código de los Estados Unidos § 1001 y subsiguientes, designo/designamos a MPA como nuestro representante autorizado y le concedemos a MPA la autoridad para actuar en nuestro nombre para tramitar y apelar la determinación de beneficios conforme al plan. Dicha autoridad incluirá el derecho de pedir y recibir una copia o un resumen de la descripción del plan.

Certificación del paciente de Medicare/Medicaid: Solicitud de pago: Asigno/asignamos el pago de los cargos pendientes por determinados servicios médicos prestados por especialistas y médicos para los que MPA está autorizado a facturar. Entiendo/entendemos que soy/somos responsables de todos los coseguros y deducibles del seguro médico. Certifico que la información que di al solicitar el pago conforme a los Títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Solicito/solicitamos que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi/nuestro nombre.

Garantía de pago: Por este medio, acepto/aceptamos conjunta y solidariamente pagar todos los cargos por los servicios que el paciente mencionado abajo recibió durante este “episodio de atención” o visitas posteriores.

Episodios de atención nuevos/de seguimiento: Entiendo/entendemos que el paciente mencionado abajo puede regresar por episodios de atención posteriores después de su visita inicial a MPA. Entiendo/entendemos que el paciente mencionado abajo puede recibir atención o tratamiento posterior relacionado con dichos episodios de atención. Por este medio, reconozco que yo/él/ella no deberá/deberá completar otro formulario de registro que contenga toda la información que figura en este Consentimiento del paciente para tratamiento, servicios y pago, pero estoy de acuerdo con los términos y condiciones aquí establecidos.

He/hemos leído el Consentimiento del paciente para tratamiento, servicios y pago mencionado arriba, he/hemos tenido la oportunidad de hacer preguntas para solicitar aclaraciones, y entiendo/entendemos lo mismo, y certifico/certificamos que no se ha dado ninguna garantía o seguridad sobre los resultados que se pueden obtener de dicho tratamiento y servicios.

Al firmar abajo, confirmo/confirmamos que acepto/aceptamos que MPA y la Red de MPA usen un expediente médico electrónico (Electronic Medical Record, EMR) para acceder y compartir información médica protegida, y que estoy/estamos de acuerdo con dicho intercambio y uso de mi/su información médica protegida para la prestación de atención médica y servicios relacionados con mi/su tratamiento. También confirmo/confirmamos y entiendo que McLeod Health y MPA tienen un intercambio electrónico de información médica (Health Information Exchange, HIE) para enviarme mi información médica a mí o enviársela a mis médicos.

Paciente o (representante autorizado)

Fecha

Testigo

Parte financieramente responsable

Nombre del paciente

Número de cuenta

Fecha de tratamiento

Reconocimiento de Aviso de prácticas de privacidad

Reconozco/reconocemos que se me/nos ha ofrecido una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad de McLeod Health que explica cómo MPA o McLeod Health pueden usar o revelar la información médica protegida del paciente mencionado abajo y describe los derechos aplicables a dicha información. También reconozco/reconocemos que se me/nos permitió hacer preguntas relacionadas con el Aviso de prácticas de privacidad. Si no soy/somos el paciente, declaro/declaramos que estoy/estamos autorizados por ley a actuar en nombre y por cuenta del paciente como se indica abajo.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Designación de cuidadores para las comunicaciones de información médica protegida

Para el siguiente paciente:

Fecha de hoy: ____/____/____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

N.º de cuenta: _____

N.º de expediente: _____

A petición mía, autorizo a la persona indicada abajo a solicitar información sobre mi salud personal o mi facturación en mi nombre. En el caso de un menor de edad, esta persona puede solicitar información sobre la salud personal o la facturación del menor y, si fuera necesario, llevar al menor a las visitas en mi nombre.

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Número de teléfono
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Número de teléfono
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Número de teléfono

O
_____(iniciales) **No quiero que mi información personal se entregue a ninguna otra persona que no sea yo o mis médicos.**

A petición mía, autorizo a McLeod Physician Associates II a comunicarme mi información médica protegida a través de los siguientes métodos:

- Dejar un mensaje detallado en este número (Teléfono: _____)
- Dejar un mensaje solo con un número para devolver la llamada (Teléfono: _____)
- Enviar la información médica detallada por fax (Fax: _____)
- Enviar la información médica detallada por correo electrónico (Correo electrónico: _____)
- Enviar la información médica por correo a esta dirección (Dirección: _____)

¿A quién quiere que le avisemos en caso de emergencia?

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Número de teléfono
--------	----------	---------------------	--------------------

Entiendo que mis proveedores de atención médica usarán su criterio para determinar la cantidad mínima de información que se debe compartir para mi atención.

McLeod Physician Associates II hará un esfuerzo diligente de "buena fe" para determinar la identidad del solicitante antes de revelar mi información médica personal o de facturación, verificando la dirección, la fecha de nacimiento y el número de teléfono de los representantes autorizados que he designado. McLeod Physician Associates II no es responsable de ningún uso indebido de mi información médica personal o de facturación por parte del representante autorizado (mencionado) arriba. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor, a menos que se notifique lo contrario o sea revocada.

Firma del paciente o garante autorizado

Nombre en letra de molde

Fecha

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, firmando este aviso abajo. Sin embargo, si cancelo esta autorización, también entiendo que la cancelación **no** afectará ninguna medida tomada por McLeod Physician Associates II en virtud de esta autorización antes de la recepción del aviso de cancelación por escrito.

Firma que autoriza la cancelación: _____

Fecha de cancelación de la autorización: ____/____/____

McLeod Physician Associates

Reconocimiento del paciente del uso, intercambio y acceso a expedientes médicos electrónicos

McLeod Physician Associates (“MPA”) es una red de proveedores médicos y consultorios médicos primarios, quirúrgicos y especializados (la Red de “MPA”) que utiliza un sistema de expedientes médicos electrónicos (“EMR”) para documentar y revisar el servicio de atención médica que recibió a través de MPA y las redes de MPA. Es muy probable que nuevos proveedores se unan a la Red de MPA en el futuro. Por lo tanto, este Reconocimiento aplica a los proveedores de MPA que lo atenderán ahora y en el futuro.

Cuando recibe atención médica a través de MPA o la red de MPA, toda la información sobre su tratamiento se combina en un EMR que comparten sus proveedores de MPA dentro de la red de MPA. El uso del EMR le permite a su proveedor de atención médica coordinar su atención, mejorar el intercambio de información importante sobre su tratamiento y facilitar la información clínica sobre su atención. La información clínica que se comparte puede incluir resultados de laboratorio, informes de operaciones, notas sobre visitas al consultorio, informes de radiografías, resúmenes de alta de hospitales y otra información clínica relacionada con usted y la atención que recibe. **Esta información confidencial también puede incluir algunos o todos los datos siguientes: información de diagnóstico o tratamiento relacionada con condiciones de salud mental o psiquiátrica; información relacionada con derivaciones por abuso de drogas o alcohol, o su diagnóstico o tratamiento; información o resultados de pruebas genéticas; información relacionada con la condición de víctima de violencia, negligencia o abuso doméstico, o asesoramiento sobre estas cuestiones; o resultados de pruebas de detección o tratamiento del VIH/SIDA.**

La información compartida solo se usará para darle atención médica, el pago por ese tratamiento o determinados usos limitados de funciones de atención médica, que están permitidos según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), que es la norma de privacidad federal. Una vez que se ha combinado su información, esta no puede separarse.

MPA y la red de MPA tienen el compromiso de proteger y mantener la confidencialidad de su atención y tratamiento médicos, y tienen políticas y procedimientos en vigor para proteger su información médica. El acceso a su EMR es monitoreado, y este acceso se puede auditar para garantizar que sea adecuado.

Al firmar abajo, usted confirma que acepta que MPA y la Red de MPA usen un EMR para acceder y compartir información médica protegida, y que está de acuerdo con dicho intercambio y uso de su información médica protegida para la prestación de la atención médica y los servicios relacionados con su tratamiento.

Este Reconocimiento se aplica a los expedientes médicos que MPA ya tiene de usted y a la atención que recibirá en el futuro.

Por este medio, reconozco que me han informado del uso, acceso e intercambio de mis expedientes médicos e información médica según se describe en este Reconocimiento del paciente del uso, acceso e intercambio de expedientes médicos electrónicos.

Firma del paciente (o firma del representante personal)

Fecha

Nombre de representante personal

Relación con el paciente