

# FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE



FECHA DE HOY (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido		Nombre		Nombre de preferencia		Iniciales del segundo nombre	
Fecha de nacimiento		Número de licencia de conducir		Número del Seguro Social			
Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Estado civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Desconocido					
Domicilio			Ciudad		Estado	Código postal	
Número de teléfono de la casa		Número de teléfono del trabajo		Número de teléfono celular		Correo electrónico	
Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro				Preferencia para contactarlo <input type="checkbox"/> Tel. de la casa <input type="checkbox"/> Tel. del trabajo <input type="checkbox"/> Tel. celular <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Portal			
Elegí la clínica / Fui referido a la clínica por (por favor marque un cuadro):				<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Plan de seguro	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Páginas amarillas
				<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Cerca de casa / del trabajo	
				<input type="checkbox"/> Otro _____			

## INFORMACIÓN SOBRE EL RESPONSABLE DE PAGO / GARANTE

Marque aquí si es la misma información de arriba

Nombre del garante		Domicilio	
Relación del paciente con el garante			
<input type="checkbox"/> Son la misma persona		<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo
<input type="checkbox"/> Otro _____			

## PARIENTE MÁS CERCANO

Nombre		Relación		Teléfono	
--------	--	----------	--	----------	--

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Por favor, complete los datos a continuación si no están incluidos en la(s) tarjeta(s) de seguro.

Seguro principal		Número de certificación de identidad			
Dirección del seguro					
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento	Número de póliza / grupo		Copago \$ _____
Relación del paciente con el titular de la póliza					
<input type="checkbox"/> Son la misma persona		<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro _____	
Seguro secundario (si corresponde)		Número de certificación de identidad			
Dirección del seguro					
Nombre del afiliado		Fecha de nacimiento	Número de póliza / grupo		Copago \$ _____
Relación del paciente con el titular de la póliza					
<input type="checkbox"/> Son la misma persona		<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	

## EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un amigo o familiar local (que no viva en la misma dirección)		Relación con el paciente	Número de teléfono de la casa	Número de teléfono del trabajo / celular	
---	--	--------------------------	-------------------------------	--	--

Por la presente autorizo el pago directamente a CHRISTUS Ortho and Sports Medicine de cualquier beneficio quirúrgico y/o médico, si lo hubiera, que de otro modo se me pagaría a mí. También autorizo a CHRISTUS Ortho and Sports Medicine a presentar todos los documentos necesarios para el seguro y a divulgar cualquier copia de los expedientes médicos solicitados por mi compañía de seguros con el propósito de determinar los beneficios. Entiendo que dichos registros pueden incluir información sobre pruebas de VIH/SIDA, abuso de sustancias y/o problemas de salud mental. Reconozco la plena responsabilidad por el pago de dichos servicios y acepto pagar mi factura en su totalidad EN EL MOMENTO DE LOS SERVICIOS, a menos que se hagan otros arreglos con el departamento de finanzas.

Firma del paciente / tutor			Fecha		
----------------------------	--	--	-------	--	--



**Antecedentes quirúrgicos:**
**Antecedentes médicos:**

¿Alguna vez ha tenido esto (marque con un círculo todas las opciones que correspondan)?

Sangrado excesivo	Edema/inflamación de las piernas	Diabetes	Artritis reumatoide	Osteoporosis
Osteoartritis	Corazón agrandado	Claudicación/dolor en la pantorrilla	Úlcera	Reacción a la anestesia
Infarto	Latidos irregulares del corazón	Hipertensión	Toma anticoagulantes/ aspirina	Coágulos sanguíneos
Apnea del sueño	EPOC	Fibromialgia	Hepatitis	Enfermedad del músculo
Enfermedad del riñón	Gota	Accidente cerebrovascular	Asma	Enfermedad de la tiroides
Otro:	Otro:	Otro:	Otro:	Otro:

**Antecedentes familiares**

Por favor, marque cualquier miembro de la familia junto a la enfermedad; escriba (V) en caso de estar vivo o (F) si falleció.

	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Hija	Hijo
<b>Cáncer - ¿Qué tipo?</b>						
<b>Diabetes</b>						
<b>Enfermedad cardíaca</b>						
<b>Hipertensión</b>						
<b>Asma</b>						
<b>Colesterol alto</b>						
<b>Artritis reumatoide</b>						
<b>Lupus</b>						
<b>Accidente cerebrovascular</b>						
<b>Enfermedad de la tiroides</b>						
<b>Convulsiones</b>						
<b>Otro</b>						

**Antecedentes sociales:**

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)      Número de hijos: \_\_\_\_\_  
 Profesión: \_\_\_\_\_      Empleador: \_\_\_\_\_  
 Consumo de tabaco: Sí / No Paquetes al día: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Fecha cuando dejó de fumar: \_\_\_\_\_  
 Consumo de alcohol: Sí / No Bebidas a la semana: \_\_\_\_\_  
 Consumo de marihuana: Sí / No  
 Actividades físicas / deportes / actividades atléticas: \_\_\_\_\_



**SOLICITUD DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL**

\_\_\_\_\_ solicito la comunicación de mi información médica protegida por CHRISTUS Ortho and Sports Medicine por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Entiendo que esta solicitud se aplica solo para las comunicaciones provenientes de CHRISTUS Ortho and Sports Medicine.

**Deseo ser contactado de la siguiente manera: (marque todas las que correspondan)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Teléfono de la casa _____   | <input type="checkbox"/> Comunicación por escrito  |
| <input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje con detalles                                     | <input type="checkbox"/> Está bien enviar por correo a mi domicilio                                  |
| <input type="checkbox"/> Dejen un mensaje solo con el número de teléfono para regresarles la llamada | <input type="checkbox"/> Está bien enviar por correo a mi dirección de trabajo/oficina               |
| <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo _____  | <input type="checkbox"/> Teléfono celular _____  |
| <input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje con detalle                                      | <input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje con detalles                                     |
| <input type="checkbox"/> Dejen un mensaje solo con el número de teléfono para regresarles la llamada | <input type="checkbox"/> Dejen un mensaje solo con el número de teléfono para regresarles la llamada |
| <input type="checkbox"/> \ ro _____  |  |

**\*Como un servicio para nuestros pacientes, hacemos llamadas de cortesía para recordarle que tiene una cita y otras llamadas importantes utilizando un mensaje automatizado o pregrabado. Al proporcionar su número de teléfono celular, usted acepta recibir dichas llamadas en este número.**

Deseo que se permita informar verbalmente a las siguientes personas:

- Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_
- Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_
- Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Nota: Esta solicitud seguirá vigente hasta que usted nos avise que hay un cambio**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (USE LETRA DE MOLDE)

\_\_\_\_\_  
Tutor/representante del paciente (USE LETRA DE MOLDE)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor/representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente/Representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha



La identidad del solicitante ha sido validada ya sea con una identificación con foto, como una licencia de conducir o pasaporte, o comparando las firmas documentadas en el expediente médico. Esto fue validado por: \_\_\_\_\_

**Autorización para el uso y divulgación de información médica protegida - Identificación del paciente**

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información a divulgar — Que cubra los períodos de cuidados médicos que se mencionan a continuación**

Desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_

**Por favor, marque el tipo de información que se va a divulgar:**

<input type="checkbox"/> Expediente médico completo	<input type="checkbox"/> Códigos de diagnóstico y tratamiento	<input type="checkbox"/> Resumen del alta del hospital
<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> Reportes de las consultas médicas	<input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso del paciente
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de laboratorio	<input type="checkbox"/> Reportes/imágenes de radiología	<input type="checkbox"/> Imágenes cardíacas
<input type="checkbox"/> Fotografías, videos	<input type="checkbox"/> Expediente de facturación completo	<input type="checkbox"/> Factura detallada
<input type="checkbox"/> Instrucciones del alta que le dieron del hospital	<input type="checkbox"/> Resultados de la función pulmonar	<input type="checkbox"/> Registro de inmunización
<input type="checkbox"/> Resumen de la divulgación de información (ROI, en inglés) — Antecedentes y Examen físico (H&P, en inglés), resumen del alta del hospital, notas de trabajo de parto y alumbramiento, reporte quirúrgico, nota de procedimiento, consultas, laboratorio, patología, reportes de radiología.		

Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Propósito de la solicitud**

Tratamiento o consulta  A petición del paciente  Facturación o pago de reclamos

Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Enviar / divulgar información**

Papel  CD  Portal electrónico (notificación por correo electrónico cuando el acceso esté disponible)

**\*Por favor, firme con sus iniciales si ha solicitado que su información sea enviada en un formato electrónico no cifrado.** \_\_\_\_\_

Nombre de la persona a quien se divulgará la información: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona a quien se enviará la información por correo: \_\_\_\_\_

Enviar por correo a la siguiente dirección: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Divulgación de los registros sobre consumo de drogas y/o alcohol, y/o psiquiátricos, y/o sobre VIH/SIDA**

Entiendo que, si mis expedientes médicos o de facturación incluyen información relacionada con el consumo de drogas y/o alcohol y/o tratamiento psiquiátrico, se me ha brindado la oportunidad de firmar una autorización específica. **Ponga sus iniciales en la respuesta que corresponda:** Sí  No  No corresponde

Entiendo que, si mis expedientes médicos o de facturación contienen información relacionada pruebas y/o tratamiento de VIH/SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida), se me ha brindado la oportunidad de firmar una autorización específica.

**Ponga sus iniciales en la respuesta que corresponda:** Sí  No  No corresponde

**Límite de tiempo y derecho a revocar la autorización**

Con excepción de las acciones que ya se hayan tomado en base a esta autorización, puedo revocarla en cualquier momento presentando un aviso por escrito a la oficina de Ortho San Antonio. A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la fecha o evento indicado a continuación, o a los 180 días a partir de la fecha de firma.

**Nueva divulgación**

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996. El centro, sus empleados, sus funcionarios y sus médicos quedan exentos de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información mencionada en la medida indicada y autorizada en este documento.

**Firma del paciente o representante personal que puede solicitar la divulgación**

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y que mi tratamiento o el pago por los servicios no se negarán si no firmo este formulario, a menos que se especifique anteriormente en la sección titulada Propósito de la solicitud. Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se utilizará o divulgará. **Autorizo a CHRISTUS Santa Rosa a divulgar la información médica protegida especificada anteriormente.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Autoridad del representante personal para solicitar la divulgación: \_\_\_\_\_

Identidad del solicitante verificada a través de: ( ) Identificación con foto ( ) Comparando las firmas ( ) Otro, especifique \_\_\_\_\_

Verificado por: \_\_\_\_\_

# Nota de explicación

## Clínicas ortopédicas ambulatorias afiliadas al hospital

X Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ X Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Responsable del pago, si no es el paciente: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Gracias por elegir a su médico y a CHRISTUS Santa Rosa Hospital - *Medical Center* para ayudarle con sus necesidades de cuidados médicos.

Compartimos esta nota para informarle que está siendo atendido en una clínica afiliada que forma parte de CHRISTUS Santa Rosa Hospital - *Medical Center*. Los pacientes que visiten una clínica afiliada **recibirán una factura de su médico** por cualquier servicio profesional (servicios médicos) brindados **y una factura por separado de CHRISTUS Santa Rosa Hospital - *Medical Center*** por montos relacionados con las instalaciones. El modelo de clínicas afiliadas requiere que estos cargos se dividan y se facturen por separado. Esto es similar a la forma en que CHRISTUS factura por otros servicios hospitalarios como el departamento de emergencias, servicios de terapia, servicios de laboratorio y procedimientos quirúrgicos donde los médicos facturan individualmente por sus servicios. Es por eso que los pacientes recibirán una factura del hospital y otra del médico.

El monto concreto del que usted será responsable, si corresponde, se basará en su plan de seguro individual y tomará en cuenta las tarifas contratadas de su plan para los servicios brindados y luego se aplicará cualquier deducible, copagos o coseguro que corresponda. El seguro secundario, si corresponde, también podría afectar el monto que debe.

*Por ejemplo:*

Visitas al consultorio Su médico emite una factura por el componente médico de la consulta (\$50-\$100\*); CHRISTUS Santa Rosa factura la parte correspondiente al uso de las instalaciones (\$115-\$155\*)

Radiografías Su médico factura por la interpretación de la radiografía (\$7-\$15\*); CHRISTUS Santa Rosa factura por la radiografía en sí (la mayoría entre \$80 y \$250 cada una).

Inyecciones Su médico puede recomendar la administración de una o más inyecciones como parte de su plan de tratamiento. Cuando reciba una factura de CHRISTUS por la(s) inyección(es), aparecerá como **361 OR SVC MINOR SURGERY** (servicios de quirófano: cirugía menor). Esta definición fue determinada por la agencia gubernamental que regula los códigos que CHRISTUS Health y todos los demás centros de cuidados médicos utilizan para facturar a los pacientes. El monto estándar para la administración de medicamentos es \$236\*. Esto es aparte del honorario profesional del médico por inyectarle el medicamento.

\*Los montos indicados anteriormente reflejan los cargos totales, no necesariamente los gastos que el paciente deberá pagar de su bolsillo.

El costo del medicamento se incluirá por separado usando el código **636 Drug SPEC ID DETAIL** (Medicamentos: detalle de identificación específico). El monto a cobrar por los medicamentos variará dependiendo de lo que indique su médico. Algunos de estos medicamentos pueden ser más económicos para usted si los compra en su farmacia y los lleva a su cita para ser inyectados. Su médico y CHRISTUS Santa Rosa Hospital -*Medical Center* pueden ayudarle con este proceso.

\*Los montos indicados anteriormente reflejan los cargos totales, no necesariamente los gastos que el paciente deberá pagar de su bolsillo.

Como sus proveedores de cuidados médicos, su médico y CHRISTUS Santa Rosa están comprometidos a ofrecerle la mejor atención posible.

X Firma: \_\_\_\_\_ X Fecha: \_\_\_\_\_