



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Nombre elegido: _____
 Nombre legal (nombre, segundo nombre apellido): _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Numero de seguro social: _____
 Teléfono particular: _____ Celular u otro: _____
 Estado civil: _____ Dirección de correo electrónico: _____
 Farmacia preferida: _____

Cantidad de personas/familiares que viven en el hogar: _____
 Nombre del contacto de emergencia: _____
 Dirección: _____ Número de contacto: _____

Raza <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Más de una raza	Identidad de género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Elijo no divulgarla	Identidad de género <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbian <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Elijo no divulgarla	Estado de residencia <input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Inmigrante refugiado Condición de veterano <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Origen étnico. <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano			

Marque el seguro médico que tiene actualmente

<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa Share of Cost de Medicaid	<input type="checkbox"/> Tarjeta del programa City Con tract de UF Health <input type="checkbox"/> Seguro médico Ryan White <input type="checkbox"/> VA Medical Services	<input type="checkbox"/> Seguro médico privado <input type="checkbox"/> Cualquier otro seguro <input type="checkbox"/> Ningún seguro
---	--	--

¿Actualmente fuma cigarrillos? Si No
 ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos? Si No

¿Actualmente está en situación de indigencia? Si No
 ¿Ha sido indigente en los últimos 12 meses? No Si. Marque todas las opciones que correspondan
 Vivió en un refugio para indigentes Vivió en un hogar de transición o centro de tratamiento
 Vivió en la calle o en un automóvil; en la acefa o en un edificio abandonado
 Vivió temporalmente con otro familiar o amigo

Al firmar este documento, confirmo que esta información describe correctamente mi seguro y mis condiciones. Comprendo que el hecho de brindar información falsa puede afectar de recibir servicios. Comprendo posible que Sulzbacher Clinic verifique esta información y le otorgue permiso para hacerlo.

Autorizo a Sulzbacher Clinic a brindar tratamiento, hacer pruebas para traarme o averiguar qué anda mal, extraer de sangre para análisis de laboratorio solicitadas por el proveedor (incluido el análisis de detección de VIH). Asimismo, concedo permiso para que estudiantes/residentes/internos de medicina/enfermería/odontología asistan al proveedor en lo que respecta a mi atención y autorizo a los proveedores a obtener información sobre antecedentes de medicamentos.

Nombre del paciente en letra de imprenta: (o representante legal)	Fecha:
Firma del paciente: (o representante legal)	Fecha:



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN UNIVERSAL PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN MÉDICA COMPLETA PARA TRATAMIENTO & CALIDAD DE CUIDADO

*** POR FAVOR LEA EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD, LAS DOS PÁGINAS, ANTES DE FIRMARLA ***

Paciente (nombre e información de la persona que autoriza el acceso y la divulgación de su información médica y de salud):

Nombre (Primer, Segundo, Apellido): _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Ud. puede usar este formulario para permitir que sus médicos y otros proveedores de servicios de salud obtengan acceso y utilicen su información médica. Su decisión de firmar este formulario no afectará su posibilidad de obtener atención médica, pago por atención médica, o inscripción en un plan de seguro de salud o elegibilidad para recibir beneficios.

Mi firma demuestra que yo doy mi autorización y mi permiso voluntariamente para el uso y la divulgación de esta información:

QUÉ INFORMACIÓN: TODA MI INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD incluso información sobre condiciones delicadas (si aplicable)
[Diríjase a la página 2 para ver los detalles]

QUIÉN VA A DAR A CONOCER LA INFORMACIÓN: TODAS las personas o instituciones médicas y de servicios de salud [Diríjase a la página 2 para ver los detalles]

QUIÉN VA A RECIBIR ESTA INFORMACIÓN: La persona u organización que está autorizada para recibir esta información es la siguiente (tiene que ser un proveedor de atención médica):

Nombre de la Persona/Organización: _____ Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____ Fax: (_____) _____

EL PROPÓSITO DE RECIBIR ESTA INFORMACIÓN: Para proveerme con tratamiento médico y servicios relacionados, y productos de salud, y para evaluar y mejorar la seguridad de pacientes y la calidad de asistencia médica y los servicios de salud a todos pacientes.

PERÍODO DE VIGENCIA: Esta autorización/permiso permanecerá en efecto hasta mi fallecimiento o el día en el cual yo retire mi autorización.

PARA REVOCAR MI AUTORIZACIÓN: Yo puedo revocar mi permiso o autorización en cualquier momento dándole aviso por escrito a la persona u organización susodicha en "Quién va a recibir esta información."

Además:

- Yo autorizo el uso de una copia (incluyendo copia electrónica) de este formulario como si fuera la original con el propósito de dar a conocer la información descrita anteriormente.
- Yo entiendo que hay circunstancias en las cuales esta información será revelada a otras personas [véase la pág. 2 para detalles].
- **Yo entiendo que aunque yo me niegue a firmar este formulario, esto no va a prohibir que mi información médica y de salud sea dada a conocer si esto está permitido por la ley.**
- **Yo he leído las dos páginas de este formulario y estoy de acuerdo en que la persona u organización nombrada aquí divulguen mi información médica y de salud descrita en este formulario.**

X _____
Firma del Paciente o del Representante Legal del Paciente

Fecha de firmar (mes/día/año)

Escriba con letra de molde el Nombre del Representante Legal (si aplicable)

Escoja la mejor opción la cual describe la relación entre el Paciente y el Representante (si aplicable):
 Padre/Madre del Menor de edad Guardián
 Otro representante personal
 (explique: _____)

NÓTESE: Este formulario se hace inválido si es modificado. Usted tiene el derecho de recibir una copia del formulario luego de firmarlo.

Explicación del formulario Florida AHCA FC4200-004

“Formulario de Autorización Universal para Dar a Conocer Información Médica Completa para Tratamiento y Calidad de Cuidado”

Las leyes y los reglamentos requieren que haya un formulario de autorización o un permiso firmado por el paciente antes que ciertas fuentes de información personal sean divulgadas. Además, hay leyes que requieren una autorización específica para dar a conocer información sobre ciertas condiciones y de fuentes educacionales.

“Qué Información”: incluye TODA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD, INCLUSO:

1. **Todos los registros e información relacionada a su historial de salud, tratamiento, hospitalización, pruebas, y atención ambulatoria. Esta información puede referirse a condiciones de salud delicadas (si aplica), que incluye pero no es limitado a las siguientes:**
 - a. Drogas, alcohol, o abuso de sustancia
 - b. Deterioro mental, psiquiátrico, o psicológico, y otro tipo de discapacidad (excluyendo las notas tomadas por un psicoterapeuta como es definido en HIPAA al 45 CFR Parte 164.501)
 - c. Anemia de células falciformes
 - d. Control de natalidad y planificación familiar
 - e. Registros que puedan indicar la presencia de enfermedades transmisibles o de enfermedades no transmisibles; pruebas y archivos de VIH/SIDA o de enfermedades de transmisión sexual o de tuberculosis
 - f. Pruebas o enfermedades genéticas (heredadas)
2. **Copias de pruebas o de evaluaciones educacionales, incluso Programas Educativos Individualizados, análisis, evaluaciones psicológicas del habla, inmunizaciones, registros de la salud (como el peso, la altura) e información sobre lesiones o tratamientos.**
3. **Información creada antes o después del día en el cual este formulario fue firmado.**

“Quién Va a Dar a Conocer la Información” incluye: **Todas las fuentes de información** que incluye pero no es limitado a las fuentes medicas y de salud (hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, médicos, psicólogos, etc.) incluyendo de salud mental, correccional, tratamiento para adicciones, los centros de salud que pertenecen a los Asuntos de los Veteranos, registros del estado y otros programas del estado, todas las fuentes educacionales que tengan parte de mi información médica o de salud (escuelas, administradores de registros, consejeros, etc.), trabajadores sociales, consejeros de rehabilitación, compañías de seguros, planes de salud, organizaciones de mantenimiento de salud, empleadores, administradores de beneficios de farmacia, programas de compensación a los trabajadores, Medicaid, Medicare, y cualquier otro programa del gobierno.

“Quién Va a Recibir esta Información”: Para los proveedores de atención médica incluidos en esta sección, su permiso también va a incluir médicos, otros proveedores de servicios de salud (como enfermeras), y personal médico de la instalación de tal organización involucrados en su tratamiento y los proveedores de servicios de salud de turno o que están de guardia en lugar de la persona u organización nombradas, y otro personal o agente (como socios de negocios u organizaciones de servicios cualificados) quienes llevan a cabo las actividades y los objetivos permitidos por esta autorización por la organización o persona quien usted ha nombrado. La divulgación de esta información médica puede ser en forma escrita u oral o electrónica.

“Propósito”: Su firma en este formulario no permite que las compañías de seguro tengan acceso a su información con el propósito de negársele el seguro de salud o de pagar sus cuentas. Usted puede hacer tal decisión usando un formulario proporcionado por los aseguradores de salud.

“Revocación de su Permiso”: Usted tiene el derecho de retirar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, con respecto al uso futuro de su información. Esta autorización se revoca automáticamente cuando usted fallezca. Usted debe entender que las organizaciones a las que usted les dio su permiso para tener acceso a su información médico pueden hacer copias o incluir su información en sus propios registros. Estas organizaciones, en muchas circunstancias, no están obligadas a devolver la información que se les proporcionó ni están obligadas a suprimirla de sus propios archivos.

“Nueva Divulgación de Información”: Cualquier información sobre su salud que fue dada a conocer puede ser dada a conocer nuevamente a otras personas e instituciones sólo en la medida permitido por la ley y reglamentos federales y estatales. Usted debe entender que una vez que su información sea divulgada, podrá ser objeto de una nueva divulgación de acuerdo con las leyes estatales y federales que apliquen, y en algunos casos, puede que la información ya no sea protegida por la ley federal de privacidad

Las Limitaciones de este Formulario: Si usted desea que su información médica sea dada a conocer con otro propósito que el recibir tratamiento médico o si desea que solamente una parte de su información médica sea dada a conocer, en tal caso usted necesita usar el Formulario Florida AHCA FC4200-007 (Formulario de Autorización Universal Para Dar a Conocer Información Medica Limitada) en vez del presente formulario. Además, el presente no puede ser utilizado para dar a conocer las notas tomadas por un psicoterapeuta. Este formulario no obliga a su proveedor de asistencia médica u otra persona/organización mencionada en las secciones “Quién Va a Dar a Conocer la Información” o “Quién Va a Recibir esta Información” a buscar información que usted ha especificado en la sección “Qué Información” de otras fuentes. Además, este formulario no cambia la obligación del quién debe de pagar los gastos incurridos por copiar los archivos.



Divulgación de información de salud protegida y autorización de privacidad

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número del Seguro social: _____

1. **Divulgación de información de salud para tratamiento, pago y operaciones** de atención médica doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información de salud protegida del paciente para el tratamiento, la facturación, y operaciones sanitarias. He leído una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y entiendo que tienen los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el Aviso antes de firmar el consentimiento.
- El derecho a inspeccionar y recibir una copia de la información clínica del paciente.
- El derecho a solicitar la modificación de la información clínica que considere incorrecta o incompleta.
- El derecho a solicitar que Sulzbacher restrinja el uso y la divulgación de la información personal del paciente.
- Información de salud.
- El derecho a revocar mi permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito a Sulzbacher.

Esta autorización permanecerá vigente hasta mi muerte o el día en que retire mi permiso por escrito.

Me gustaría recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad SI o NO

Yo _____, haber leído este formulario de consentimiento y el Aviso de Privacidad de Prácticas entiendo que le estoy dando su consentimiento para usar y divulgar la información de salud del paciente para tratamiento, facturación y operaciones de atención médica.

Firma del paciente o Guardian legal: _____

Fecha: _____

2. Autorización de privacidad de HIPPA: ¿Quién puede ver la información de salud del paciente?
Por favor, agregar cualquier miembro de familia u otras personas que puedan estar involucradas en la coordinación de la atención del paciente.

Nombre	Relacion al paciente



¿Cuánto tiempo pueden ver la información del paciente?

- De _____ hasta _____
- Todos los períodos pasados, presentes y futuros

Que información pueden ver?

- Todo
- Todo EXCEPTO lo siguiente (marque todos los que correspondan)
- Registros de salud mental Registros de VIH/SIDA/Otras enfermedades transmisibles
- Registros de tratamiento de abuso de alcohol / drogas Otro, especifique: _____

Esta información médica puede ser utilizada por la persona que autorizo para tratamiento médico, facturación o reclamos, discusiones sobre la salud del paciente u otros propósitos que yo permita.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización (por escrito) en cualquier momento. Entiendo que cualquier la revocación no es efectiva en ninguna información que ya se haya compartido. Entiendo que puedo negarme para firmar este comunicado y que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los servicios no serán retenido.

Nombre del paciente o representante legal: _____

Firma del paciente o representante legal: _____

Fecha: _____