

Formularios de admisión para pacientes adultos

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

☐ Masculino ☐ Femenino Raza: _____ Idioma: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Correo electrónico: _____

Farmacia: _____ Ciudad: _____

Persona responsable/Contacto de emergencia: (si es alguien distinto del paciente)

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Referido por: _____ Médico de atención primaria anterior: _____

¿Motivo de la visita de hoy?

Alergias:

Problemas médicos actuales:

Antecedentes familiares: (Marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Cáncer de mama (Si respondió sí, ¿quién?) _____
 - ☐ Cáncer de colon (Si respondió sí, ¿quién?) _____
 - ☐ Enfermedad de las arterias coronarias (Si respondió sí, ¿quién?) _____
 - ☐ Colesterol alto (Si respondió sí, ¿quién?) _____
 - ☐ Diabetes (Si respondió sí, ¿quién?) _____
 - ☐ Derrame cerebral/ACV (Si respondió sí, ¿quién?) _____
 - ☐ Ataque cardíaco (Si respondió sí, ¿quién?) _____
 - ☐ Otro (Si respondió sí, ¿quién?) _____
-

Antecedentes quirúrgicos:

Cirugía / Procedimiento	Fecha aproximada	Médico / Centro
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hospitalizaciones:

Motivo	Fecha aproximada	Centro
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Antecedentes obstétricos/ginecológicos:

¿Tiene ginecólogo(a)? (Sí / No) _____ ¿Quién? _____

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? _____ Resultados: (Normal / Anormal)

¿Cuándo fue su última mamografía? _____ Resultados: (Normal / Anormal)

¿Ha estado embarazada alguna vez? (Sí / No) _____ ¿Cuántas veces? _____

¿Cuántos hijos ha dado a luz? _____ Fecha de última menstruación: _____

Estudios de diagnóstico por imágenes:

¿Alguna vez se ha realizado alguno de los siguientes estudios?

Procedimiento	Sí / No	Fecha realizada	Resultados	Proveedor / Consultorio
Colonoscopia/Endoscopia	_____	_____	_____	_____
Densitometría ósea	_____	_____	_____	_____
TAC de detección de cáncer de pulmón	_____	_____	_____	_____
Ultrasonido abdominal	_____	_____	_____	_____

Si tiene diabetes, ¿cuándo fue su último(a)...?

Proveedor / Consultorio

Examen de pies _____

Examen de la vista _____

Vacunas:

¿Cuándo recibió por última vez la vacuna de:

_____ Tdap (tétanos, difteria y tos ferina)

_____ Neumococo

_____ Influenza (gripe)

_____ Herpes zóster (culebrilla)

Antecedentes sociales:

¿Alguna vez ha fumado o usado productos de tabaco? (Sí / No) _____

¿Actualmente fuma o usa productos de tabaco? (Sí / No) _____

¿Qué tipo? _____

¿Cuándo fue la última vez que fumó o usó productos de tabaco? _____

¿Consume alcohol? (Sí / No) _____

¿Con qué frecuencia? Ocasionalmente _____ Varias bebidas por semana _____ 1-2 bebidas/día _____

>2 bebidas/día _____

Medicamentos actuales:

Enumere TODOS los medicamentos que toma actualmente, incluidos los medicamentos con receta y de venta libre.

 MARQUE AQUÍ SI NO TOMA NINGÚN MEDICAMENTO CON RECETA NI DE VENTA LIBRE

[illegible]

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente, reconozco que he recibido, o se me ha dado la oportunidad de recibir, una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Integra Family Medicine.

Nombre del paciente

Firma: _____

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:

Debido a las normas federales de privacidad (HIPAA), Integra Family Medicine no puede divulgar información a ninguna persona que no sea el paciente (o su tutor legal), a menos que se otorgue autorización expresa por escrito para hablar sobre información médica personal con otra persona.

Yo, _____, autorizo a Integra Family Medicine a divulgar o conversar sobre mi información médica personal, incluyendo el retiro de recetas y/o información financiera, con:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

GARANTÍA DE LA CUENTA: DEBE TENER 19 AÑOS DE EDAD PARA FIRMAR

Yo, el/la abajo firmante, cedo directamente a Integra Family Medicine todos los beneficios quirúrgicos y/o médicos, si los hubiera, que de otro modo me serían pagaderos por los servicios prestados.

En consideración de los servicios prestados o por prestarse, el/la abajo firmante acepta pagar todos los costos de cobranza y/o los honorarios razonables de abogados si la cuenta fuera remitida para exigir el cobro de dichos cargos. El/la abajo firmante renuncia por la presente a cualquier reclamación o derecho de exención permitido por la Constitución del Estado de Alabama o de cualquier otro estado de los Estados Unidos.

Por la presente, autorizo a Integra Family Medicine a divulgar cualquier información necesaria para obtener el pago de beneficios a mi cuenta.

Firma: _____ Fecha: _____

¿Podemos dejar mensajes de voz en los números que proporcionó? ☐ Sí ☐ No

Comentarios: _____

Autorización para Divulgar Expedientes Médicos

Por favor escriba en letra de molde

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____

Divulgar información de Integra Family Medicine a:

Nombre / Centro: _____ Atención: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
Motivo de la solicitud: ☐ Personal ☐ Tratamiento ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Transferencia
☐ Otro: _____

Enviar información a Integra Family Medicine desde: Enviar por fax al 833.468.5230

Nombre / Centro: _____ Número de fax: _____
Rango de fechas: _____
☐ Notas de evolución ☐ Informes de radiología ☐ Laboratorios ☐ Informes quirúrgicos ☐ Inyecciones
☐ Fisioterapia ☐ Estado de cuenta
☐ Otro: _____

Enviar información a Integra Family Medicine desde: Enviar por fax al 833.468.5230

Entiendo y reconozco, y por la presente doy mi consentimiento, que la información divulgada puede contener información sobre consumo de alcohol, abuso de drogas, atención psiquiátrica, pruebas de VIH, resultados de VIH o SIDA. * _____ (Iniciales)

- ☒ Puedo negarme a firmar esta autorización y entiendo que es estrictamente voluntaria.
- ☒ Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no puede estar condicionado a la firma de esta autorización.
- ☒ Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero la revocación no afectará las acciones realizadas antes de recibirla.
- ☒ A menos que sea revocada previamente, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no especifico una fecha o condición de vencimiento, esta autorización no vencerá.
- ☒ Entiendo que, una vez divulgada la información conforme a esta autorización, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información ya no esté protegida por las normas federales de privacidad.
- ☒ Entiendo que puedo revisar y obtener una copia de la información descrita en este formulario, sujeto a un cargo razonable por copias, si la solicito.
- ☒ Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmarlo y fecharlo.

Firma*: _____ Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

*Para menores no emancipados de 19 años, el padre, la madre o el tutor legal debe firmar el formulario de autorización. Si el paciente no puede firmar, se debe proporcionar junto con este formulario una copia de la documentación legal que autoriza al representante del paciente.

Políticas del Consultorio

Como paciente, usted es responsable en última instancia de su propio cuidado. Esto incluye saber qué medicamentos toma y por qué, llegar a tiempo a sus citas, completar los análisis y estudios ordenados por su médico y solicitar resurtidos/completar formularios de manera oportuna. Haremos todo lo posible por cumplir con nuestra parte, manteniéndolo informado y gestionando sus órdenes y recetas oportunamente durante su visita.

- _____ Pagos—Se espera que los pacientes paguen todos los copagos al momento de la visita.
- _____ Llamadas y preguntas para enfermería—Toda pregunta que no sea sobre programación de citas será dirigida a la línea de enfermería. Deje un mensaje con la información solicitada y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.
- _____ Horario de citas—Por favor llegue a tiempo o antes de la hora programada. Si llega tarde, es posible que se le pida reprogramar la cita.
- _____ Cancelaciones—Salvo circunstancias excepcionales, solicitamos un aviso de al menos 24 horas para cancelar una cita. De lo contrario, la cita perdida se considerará una inasistencia (“no show”).
- _____ Política de inasistencia/Reprogramación—Los pacientes que falten a 3 citas sin avisar pueden ser dados de baja de nuestra práctica por incumplimiento. Si falta a una cita sin avisar, puede estar sujeto a un cargo de \$50, que deberá pagarse antes de poder reprogramar la cita.
- _____ Conducta—NO se tolerará el abuso verbal o físico hacia nuestro médico o personal por ningún motivo ni bajo ninguna circunstancia.
- _____ Llenado de formularios—El plazo para completar formularios de FMLA u otros formularios es de 5 días hábiles. Se cobra \$25 por formulario.
- _____ Resurtidos de medicamentos—Los resurtidos deben solicitarse con al menos 3 días de anticipación. Idealmente, se gestionarán durante sus visitas de rutina; si necesita un resurtido, puede llamar y dejar un mensaje a enfermería solicitándolo.

Entiendo y acepto estas políticas:

Firma: _____ **Fecha de hoy:** ____ / ____ / ____

Debe ser firmado por el paciente o por su tutor legal si el paciente es menor de edad.