

ESCRIBA DE FORMA CLARA EN LETRA DE IMPRENTA

Fecha actual: _____

Lugar de la cita: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Apellido del paciente: _____ **Primer nombre:** _____ Inicial del segundo nombre: _____

Sobrenombre/apodo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: [] M [] F N.º de Seguro Social _____ Estado civil: (Encierre en un círculo): S C D

Religión: _____ Idioma: _____ Necesita intérprete: [] Sí [] No

Grupo étnico: [] Hispano o latino [] No hispano ni latino [] Desconocido [] No responde

Marque todas las categorías raciales con las que el paciente se identifica:

Indígena estadounidense/nativo de Alaska

Asiático

Negro o afroamericano

Hawaiano nativo o isleño de otra isla del Pacífico

Blanco/caucásico

No responde

Domicilio físico del paciente: *si utiliza un apartado de correos, indique como Domicilio Postal*

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Marque la casilla siguiente si el domicilio es:

Temporario desde _____ hasta _____

Confidencial

Domicilio postal del paciente: *complete si es diferente al Domicilio Permanente*

Domicilio postal: _____ Apartado postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____

Números de teléfono de contacto:

Particular: _____ Laboral: _____

Celular/móvil: _____ Correo electrónico: _____

Método(s) de comunicación preferido(s):

[] Correo [] Teléfono [] Mi Cartera (*Pregúntenos sobre nuestro nuevo servicio basado en la Web*)

¿CÓMO NOS CONOCIÓ?

[] Cartelera [] Correo electrónico [] Amigo/familia [] Google/búsqueda [] Feria médica [] Anuncio publicitario

[] Revista/periódico [] Cine [] Seminario [] Redes sociales [] Autobús urbano [] Otro _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre(s) _____ Relación: _____

Número de teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono laboral: _____



INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE (completar si corresponde)

Nombre: _____ Teléfono celular/móvil: _____
Empleador: _____ Teléfono laboral: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE O LA MADRE (completar si el paciente es menor de edad)

El paciente vive con: Madre y padre Padre Madre Otro: _____

¿Existe un acuerdo de custodia legal? Sí No

**Si la respuesta es afirmativa, DEBE proporcionar a nuestra oficina una copia del acuerdo de custodia. En casos de divorcio o separación donde no exista un acuerdo de custodia, ambos padres tienen los mismos derechos con respecto a las decisiones e información relacionadas con la atención médica del paciente.*

Nombre del padre: _____

Nombre de la madre: _____

N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: _____ Celular: _____

Teléfono particular: _____ Celular: _____

Empleador: _____

Empleador: _____

Teléfono laboral: _____

Teléfono laboral: _____

CONDICIÓN DE ESTUDIANTE O EMPLEO DEL PACIENTE

Empleo: Jornada completa Jornada parcial Jubilado Militar en actividad Sin empleo

Estudiante - Jornada completa Estudiante - Jornada parcial Discapacitado: Fecha: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____ Teléfono laboral: _____

Domicilio del empleador: _____

COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Médico de atención primaria: _____ Número de teléfono: _____

Médico que refiere: _____ Número de teléfono: _____

Farmacia preferida: _____ Número de teléfono: _____

PARTE RESPONSABLE FINANCIERAMENTE

Paciente Cónyuge Padre(s) Tutor legal Otro _____

Completar esta sección si marcó Tutor legal u Otro, o si solo un padre es el garante.

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

N.º de Seguro Social: _____ Género: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio de facturación: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Número(s) de teléfono: _____

SEGURO

Informe al personal de Recepción si esta visita está relacionada con un accidente automovilístico, indemnización por accidente de trabajo o reclamación por discapacidad.

Seguro primario: _____

N.º de póliza: _____ N.º de póliza colectiva: _____ Teléfono de la compañía de seguros: _____

Domicilio de la compañía de seguros: _____

Nombre del titular del seguro: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del titular del seguro: _____ N.º de Seguro Social del titular del seguro: _____

*** Si no existe un seguro secundario, encierre en un círculo: NINGUNO**

Seguro secundario: _____

N.º de póliza: _____ N.º de póliza colectiva: _____ Teléfono de la compañía de seguros: _____

Domicilio de la compañía de seguros: _____

Nombre del titular del seguro: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del titular del seguro: _____ N.º de Seguro Social del titular del seguro: _____

CONFIRMACIÓN

Con mi firma a continuación, declaro que la información que suministré a UMCMG es exacta, según mi leal saber y entender.

Firma del paciente o persona responsable

Fecha

**Nombre del paciente/persona responsable
(EN LETRA DE IMPRENTA)**

Relación con el paciente

UNIVERSITY OF MARYLAND CHARLES REGIONAL MEDICAL GROUP (UM CRMG)
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y PROCEDIMIENTOS DEL CUIDADO DE LA SALUD UM CRMG a los efectos de este consentimiento, se incluyen todos los hospitales, consultorios médicos y otras instalaciones que prestan servicios de atención médica y que forman parte de UM CRMG.

SOLICITUD, AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: voluntariamente solicito, autorizo y doy mi consentimiento para la atención en el hospital que incluye el tratamiento médico o quirúrgico y los exámenes y procedimientos de diagnóstico, radiología y laboratorio por parte de médicos, residentes, enfermeros y demás personal técnico de **UM CRMG**. Comprendo y acepto que los profesionales de atención médica en capacitación, que pueden incluir entre otros a los residentes, becarios, estudiantes de medicina/enfermería/odontología, pueden ayudar o participar en la prestación de atención hospitalaria o médica para mí. Comprendo que estos profesionales se encuentran en capacitación trabajan bajo la dirección o supervisión de mi médico u otro profesional de atención médica, y que pueden realizar u observar algunos de los servicios de salud que recibo y sobre los cuales otorgo mi consentimiento específicamente.

Entiendo que no se conoce en este momento la magnitud ni la gravedad de mi lesión o enfermedad. Asimismo, entiendo y acepto que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se han dado garantías tanto en cuanto a los resultados de la atención en el hospital como en cuanto a los exámenes o tratamientos quirúrgicos o médicos. Si corresponde, otorgo mi permiso a **UM CRMG** para que disponga adecuadamente de cualquier muestra biológica o tejido, (como las muestras de sangre, el Papanicolaou, las carnosidades, etc.) tomadas de mi cuerpo. Una vez eliminados, estas muestras biológicas o tejidos no se pueden recuperar. Por medio del presente autorizo a **UM CRMG** a retener, preservar y utilizar con fines científicos o educativos, o a disponer a su conveniencia, de cualquier muestra biológica o tejido que se extraiga de mi cuerpo durante cualquier procedimiento hospitalario/clínico.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA: entiendo que el tratamiento que me brinden en una situación de emergencia no pretende ser exhaustivo en cuanto a su alcance y que puede ser necesario seleccionar otro médico para obtener otro diagnóstico y la continuación del tratamiento después de que me den el alta de **UM CRMG**.

CONTRATISTAS INDEPENDIENTES: Reconozco que no todos los proveedores de atención médica son empleados, prestadores de servicios o agentes de **UM CRMG**. Algunos son contratistas independientes a quienes se les ha otorgado el privilegio de utilizar las instalaciones de **UM CRMG** para la atención y el tratamiento de sus pacientes. Comprendo que, si la situación laboral de una persona es importante para mí, por tomar decisiones de tratamiento y otras decisiones de atención médica, puedo investigar sobre la situación laboral de dicha persona. Comprendo asimismo que **UM CRMG** no es responsable de las decisiones de atención y tratamiento de estos proveedores de atención médica contratados de manera independiente.

___ (Iniciales del paciente/parte responsable)

CERTIFICACIÓN Y ASIGNACIÓN DEL SEGURO: por el presente documento, certifico que la información que suministré al solicitar el pago conforme a los títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social o que suministraron terceros pagadores es correcta. Asigno a **UM CRMG** todos los beneficios por la atención que me corresponden conforme a los términos de dichas pólizas y programas, pero que no superen los cargos regulares por servicios similares. Asigno el pago a los médicos que prestan los servicios médicos y asigno el pago por los cargos impagos de los médicos, quienes autorizan a **UM CRMG** a facturar en relación con sus servicios. Entiendo que soy responsable del pago de cualquier deducible de seguro de salud, coseguro o cualquier otro gasto incurrido no pagado por alguna aseguradora u otro tercero pagador.

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE: solicito que se haga en mi nombre el pago de los beneficios autorizados por Medicare por todos los servicios que me brindó **UM CRMG**, incluso los servicios de los médicos. Autorizo a todo aquel que posea información médica y de otro tipo sobre mí a entregar a Medicare y a sus representantes toda información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios por servicios relacionados.

FOTOGRAFÍA o grabación de video: quienes estén a su cargo pueden necesitar fotografiarlo o grabarlo para documentar una afección médica, ayudar con el diagnóstico o tratamiento de una afección o ayudar a planificar los detalles de la cirugía. Las fotografías o grabaciones tomadas para estos motivos clínicos no requieren su permiso por escrito.

PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN: (marque con \checkmark una opción)

_____ - **RECONOZCO** haber recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad que explica cómo UM CRMG puede utilizar y divulgar la información de salud protegida;

o

_____ - **NIEGO** haber recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad que explica cómo UM CRMG puede utilizar y divulgar la información de salud protegida.

USO Y DIVULGACIÓN DE LOS REGISTROS DE PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS: si recibo tratamiento para un trastorno por consumo de drogas en un programa dentro de **UM CRMG**, presto mi consentimiento al programa para la divulgación de estos registros a otras personas dentro de **UM CRMG**, y a otras filiales del Sistema Médico de la Universidad de Maryland que me presten servicio a los efectos de mi tratamiento, la mejora de la calidad y otros procedimientos de cuidado de la salud y coordinación de la atención. El presente consentimiento caduca un año después de que ya no sea paciente de **UM CRMG** u otras filiales de la Universidad de Maryland. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto en la medida en que el programa, **UM CRMG**, u otra filial del Sistema Médico de la Universidad de Maryland haya actuado confiando en mi consentimiento.

EFFECTOS/VALORES PERSONALES: entiendo que **UM CRMG** recomienda que todos los efectos personales sean enviados a casa con un familiar o un amigo y que **UM CRMG** no será responsable del robo, pérdida o daño de dichos efectos personales que incluyen, entre otros, el dinero, las joyas, los anteojos, las prótesis dentales, las prótesis auditivas, las prendas de vestir u otros artículos inusuales de valor. Comprendo que puede haber opciones de almacenamiento disponibles para mi uso. Asumo toda la responsabilidad por todos mis efectos y valores personales y libero de toda responsabilidad a UMMS.

GARANTÍA DE LA CUENTA: admito la responsabilidad por dicha cuenta y asumo y garantizo el pago de todos los cargos hospitalarios y médicos, incluso de los copagos y los deducibles y los cargos no cubiertos emitidos a mi nombre durante esta visita. Si se derivara esta cuenta a un abogado para el cobro, estoy de acuerdo en pagar los honorarios del abogado del veinticinco por ciento (25%), los gastos de cobro y los intereses a la tasa más alta autorizada por la ley. Comprendo que se me puede facturar por separado por los servicios que se me proporcionen o proporcionen en mi nombre durante este periodo de tratamiento por parte de los grupos de profesionales independientes o servicios médicos situados en el hospital (radiología, anestesiología, emergencia, patología, etc.).

COMUNICACIÓN INALÁMBRICA: consiento y autorizo expresamente a **UM CRMG** y sus agentes para lo siguiente:

- a. Llamarme a cualquier número de teléfono, incluso los números inalámbricos, direcciones de correo electrónico o identificadores o modos electrónicos únicos, que proporcioné a **UM CRMG**, asociados conmigo o con mi cuenta en algún momento.
- b. Comunicarse conmigo utilizando cualquier medio de comunicación actual o futuro, que incluyan entre otros, sistemas de marcado telefónico automatizados, mensajes artificiales o pregrabados, mensajes de texto SMS u otras formas de mensajes electrónicos por cualquier motivo relacionado con los servicios provistos por **UM**

CRMG o servicios a prestar por **UM CRMG** en el futuro, incluso por operaciones y temas de calidad, como las encuestas de satisfacción del paciente y el cobro de los montos adeudados en mi cuenta.

- c. Dejar mensajes en el contestador automático y el buzón de voz, de conformidad con las leyes correspondientes, por cualquier motivo relacionado con los servicios proporcionados por **UM CRMG** o los servicios que proporcionará **UM CRMG** en el futuro, incluso para operaciones y temas de calidad, como las encuestas de satisfacción del paciente y el cobro de montos adeudados en mi cuenta.

Prometo asimismo notificar inmediatamente a **UM CRMG** si cualquier número telefónico, dirección de correo electrónico u otro identificador o modo electrónico único que proporcioné a **UM CRMG** cambia o dejo de utilizarlo.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO ESTE CONSENTIMIENTO Y QUE SOY EL PACIENTE, UNO DE LOS PADRES O EL TUTOR DEL PACIENTE, O QUE ESTOY DEBIDAMENTE AUTORIZADO COMO REPRESENTANTE DEL PACIENTE PARA EJECUTAR LO MENCIONADO ANTERIORMENTE Y ACEPTO SUS TÉRMINOS. AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA IMPRENTA

NOMBRE DE LA PARTE RESPONSABLE
EN LETRA IMPRENTA

RELACIÓN CON EL PACIENTE

FIRMA

FECHA

HORA

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

FORMULARIO NO FIRMADO:

_____ NEGATIVA _____ INCAPAZ (si no puede continuar con el consentimiento verbal)

PARA USAR EN CASO DE CONSENTIMIENTO VERBAL:

EL _____ A LAS _____ EN PUNTO,
FECHA HORA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DA SU CONSENTIMIENTO EN LETRA DE IMPRENTA

LOS TÉRMINOS DE ESTE CONSENTIMIENTO FUERON REVISADOS VERBALMENTE CON EL PACIENTE, PADRE/MADRE O TUTOR DEL PACIENTE O EL REPRESENTANTE DEBIDAMENTE AUTORIZADO DEL PACIENTE Y TAL INDIVIDUO OTORGÓ SU CONSENTIMIENTO VERBAL A LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE.

NOMBRE DEL TESTIGO EN
LETRA DE IMPRENTA

FIRMA DEL TESTIGO

University of Maryland Charles Regional Medical Group cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. University of Maryland Charles Regional Medical Group no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

University of Maryland Charles Regional Medical Group proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, tales como:

- Intérpretes de lenguaje de señas cualificados.
- Información escrita en otros formatos (impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Proporciona servicios gratuitos de idiomas para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:

- Intérpretes cualificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si cree que University of Maryland Charles Regional Medical Group no ha proporcionado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: el Compliance Director (director de Cumplimiento); 900 Elkridge Landing Road, First Floor, Linthicum, MD 21090, 410-328-4141, compliance@umm.edu. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si tiene problemas para presentar la queja, el Compliance Director (director de Cumplimiento) está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja relacionada con sus derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina para Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina para Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

El formulario de quejas está disponible en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



UNIVERSITY of MARYLAND
CHARLES REGIONAL MEDICAL GROUP

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

Autorización para divulgación de información médica

Yo, _____, autorizo a las siguientes personas a obtener información con relación a la atención médica y a hablar con el proveedor o el personal respecto del paciente que se indica arriba.

Nombre

Relación

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Nombre del paciente/parte responsable

Relación con el paciente