

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 COMMUNITY MEDICAL GROUP CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA DE UNIVERSITY OF MARYLAND COMMUNITY MEDICAL GROUP, a los fines de este consentimiento, se incluyen todos los hospitales, consultorios médicos y otras instalaciones que proporcionen servicios de atención médica que forman parte de UNIVERSITY OF MARYLAND COMMUNITY MEDICAL GROUP.

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 University of Maryland Community Medical Group. 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 que 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 del hospital como en cuanto a los exámenes o tratamientos quirúrgicos o médicos. Si corresponde, otorgo mi permiso a University of Maryland Community Medical Group para que disponga adecuadamente de cualquier espécimen/tejido, (como muestras de sangre, Papanicolaou, papilomas cutáneos, etc.) extraídos de mi cuerpo. Una vez eliminados, estos especímenes/tejidos no pueden ser recuperados. Por medio de la presente, autorizo a University of Maryland Community Medical Group a retener, preservar y utilizar con fines científicos o educativos, o a disponer a su conveniencia, cualquier espécimen 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 puede ser necesario seleccionar otro médico para un diagnóstico posterior y la continuación del tratamiento después de mi alta de University of Maryland Community Medical Group.

CONTRATISTAS INDEPENDIENTES: Reconozco que no todos los proveedores de atención médica son empleados, prestadores de servicios o representantes de University of Maryland Community Medical Group. Algunos son contratistas independientes a quienes se les ha otorgado el privilegio de utilizar las instalaciones de University of Maryland Community Medical Group para la atención y el tratamiento de sus pacientes. Comprendo que, si la situación laboral de una persona es importante para mí con el fin de tomar decisiones de tratamiento y otras decisiones de atención médica, puedo investigar sobre la situación laboral de dicha persona. Comprendo asimismo que University of Maryland Community Medical Group 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 de Seguridad Social o que suministraron terceros pagadores es correcta. Asigno a University of Maryland Community Medical Group todos los beneficios por la atención hospitalaria 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 University of Maryland Community Medical Group 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 el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realicen en mi nombre para todos los servicios prestados por University of Maryland Community Medical Group, incluso los servicios 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.

PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN: Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de University of Maryland Community Medical Group, en la cual se explica cómo esta clínica puede usar y divulgar la información médica protegida.

_____ (Iniciales del paciente/parte responsable)

EFFECTOS/VALORES PERSONALES: Entiendo que University of Maryland Community Medical Group recomienda que todos los efectos personales sean enviados a casa con un familiar o un amigo y que University of Maryland Community Medical Group no será responsable por el robo, pérdida o daño de dichos efectos personales que incluyen, entre otros, dinero, joyas, anteojos, prótesis dentales, prótesis auditivas, prendas de vestir u otros artículos de valor inusual. 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 UMCMG.

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: Doy mi consentimiento expreso y autorizo a University of Maryland Community Medical Group y a sus representantes para:

- a. Llamarme a cualquier número de teléfono, incluso los números inalámbricos, direcciones de correo electrónico o identificadores o modos electrónicos únicos, que proporcioné a University of Maryland Community Medical Group, asociados conmigo o con mi cuenta en cualquier momento.
- b. Comunicarse conmigo utilizando cualquier medio de comunicación actual o futuro, que incluyen entre otros, sistemas de marcado telefónico automatizados, mensajes artificiales o pregrabados, mensajes de texto SMS u otras formas de mensajes electrónicos, en conexión con cualquier comunicación con respecto a 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 University of Maryland Community Medical Group o los servicios que proporcionará University of Maryland Community Medical Group en el futuro, incluso para la recaudación de los montos adeudados en mi cuenta.

Asimismo, me comprometo a notificar inmediatamente a University of Maryland Community Medical Group si se produce un cambio o ya no utilizo alguno de los números de teléfono, direcciones de correo electrónico u otros modos o identificadores electrónicos únicos que suministré a University of Maryland Community Medical Group.

University of Maryland Community Medical Group cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. University of Maryland Community Medical Group no excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. University of Maryland Community Medical Group proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, tales como:

- o Intérpretes de lenguaje de señas cualificados
- o 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:

- o Intérpretes cualificados
- o Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con Reba White. Si considera que University of Maryland Community Medical Group no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra forma por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante Reba White, 920 Elkridge Landing Rd, Linthicum, Maryland 21090, (443) 462-5194. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Reba White estará 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 en:

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>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-xxx-xxx-xxxx (TTY: 711 or 1-800-201-7165).



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