

**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 SHORE MEDICAL GROUP CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA**

**UNIVERSITY OF MARYLAND SHORE MEDICAL GROUP (UM SMG), a los efectos de este consentimiento, se incluyen todos los consultorios médicos y otras instalaciones que prestan servicios de atención médica y que forman parte de UM SMG.**

**SOLICITUD, AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Voluntariamente solicito, autorizo y doy mi consentimiento para la atención, incluido 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 SMG. 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 sobre los resultados de la atención en el consultorio del médico como de los exámenes o tratamientos quirúrgicos o médicos. Si corresponde, otorgo mi permiso a UM SMG 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 eliminadas, estas muestras biológicas o tejidos no se pueden recuperar. Por medio del presente autorizo a UM SMG 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.

**CONTRATISTAS INDEPENDIENTES:** Entiendo que algunos proveedores de atención médica que me brindan servicios pueden no ser empleados de UM SMG. Algunos proveedores de atención médica que me brindan servicios pueden ser contratistas independientes a quienes se les ha otorgado el privilegio de utilizar las instalaciones de UM SMG para proporcionar servicios por y en nombre de UM SMG. Entiendo que si el estado laboral de un proveedor de atención médica es importante para mí al momento de tomar decisiones de tratamiento y otras decisiones de atención médica, puedo preguntar sobre el estado laboral del proveedor de atención médica que me atiende.

**CERTIFICACIÓN Y ASIGNACIÓN DEL SEGURO:** Por el presente 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 SMG 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 SMG 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 SMG, incluidos 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 y/o grabación de video:** La persona que le brinda atención puede 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 un  una opción)**

\_\_\_\_\_ - **RECONOZCO** haber recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad que explica cómo [NOMBRE DE LA FILIAL] 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 [NOMBRE DE LA FILIAL] 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 SMG, presto mi consentimiento al programa para la divulgación de estos registros a otras personas dentro de UM SMG, 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 SMG u otras filiales de la Universidad de Maryland. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto en la medida en que el programa, UM SMG, u otra filial del Sistema Médico de la Universidad de Maryland haya actuado confiando en mi consentimiento.

**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, 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, patología, etc.).

**COMUNICACIÓN INALÁMBRICA:** Consiento y autorizo expresamente a UM SMG y sus agentes para lo siguiente:

- Llamarme a cualquier número de teléfono, incluso los números inalámbricos, direcciones de correo electrónico o identificadores o modos electrónicos únicos, que proporcioné a UM SMG, asociados conmigo o con mi cuenta en algún momento.
- 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 por cualquier motivo relacionado con los servicios recibidos en UM SMG o los servicios a ser recibidos en UM SMG 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.
- 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 SMG o los servicios que proporcionará UM SMG 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 SMG si cualquier número telefónico, dirección de correo electrónico u otro identificador o modo electrónico único que proporcioné a UM SMG cambia o dejo de utilizarlo.

Certifico que he leído este Consentimiento y que soy el paciente o uno de los padres / tutores del paciente o que estoy debidamente autorizado como agente del paciente para ejecutar sus términos. Al firmar a continuación, declaro que la información suministrada es correcta a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Nombre de la parte responsable en letra de 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 Shore 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 Shore 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 Shore 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 calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si cree que University of Maryland Shore Medical Group no le proporcionó estos servicios o lo ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante: Grupo de ética empresarial y cumplimiento corporativo, 900 Elkridge Landing Road, primer piso, Linthicum, MD 21090, 410-328-4141, [compliance@umm.edu](mailto:compliance@umm.edu). Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Director de Cumplimiento estará disponible para ayudarlo. También puede presentar un reclamo relacionado con sus derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los 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, D.C. 20201  
1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.htm>



Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Authorization to Disclose Health Information

I, \_\_\_\_\_, grant permission for the following person(s) to obtain information regarding medical care, and speak with the provider, and/or staff regarding the patient listed above.

**Name**

**Relationship**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Patient or Responsible Party Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Patient / Responsible Party Name**

\_\_\_\_\_  
**Relationship to Patient**