

EASTERN SHORE RURAL HEALTH SYSTEM, INC. REGISTRO/CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		INFORMACIÓN DEL SEGURO	
Nombre del paciente		Seguro primario	
Número de Seguro Social		Identificación del afiliado	
Fecha de nacimiento		Seguro secundario	
Sexo		Identificación del afiliado	
Dirección		CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
Dirección postal		Nombre del contacto	
Teléfono		Teléfono del contacto	
Médico de atención primaria (PCP)			
Nombre de la farmacia		INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Teléfono de la farmacia		Nombre del empleador	
Correo electrónico		Teléfono del trabajo	
		Registro en el portal del paciente <input type="checkbox"/>	
Parte responsable		Dirección del empleador	
		Escriba sus iniciales si está correcto ----->	
OTRO PACIENTE/INFORMACIÓN FINANCIERA			
La información a continuación nos ayudará a adaptar nuestros servicios para satisfacer mejor sus necesidades y para obtener subsidios y otros fondos para seguir mejorando nuestra práctica. Agradecemos de antemano su ayuda.			
Raza	<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negarse a especificar		
Etnia	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Negarse a especificar		
Agricultura/Acuicultura	En los últimos dos años, ¿usted o alguien de su familia trabajó en la agricultura o la acuicultura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No El empleo agrícola/en la acuicultura significa: <ul style="list-style-type: none"> - preparar, irrigar o rociar los campos, viveros o huertos; - plantar, recolectar, clasificar, empacar o transportar frutas, papas, tomates, otros vegetales, granos, nueces, plantas, tabaco, lúpulo, flores, alfalfa, heno u algún otro producto agrícola; - sembrar árboles, flores, arbustos o trabajar en un vivero; - trabajar en <u>granjas</u> que producen/crían animales como gallinas, patos, pavos, vacas, cabras, ovejas, caballos, gatos o perros; - trabajar en la acuicultura <u>cultivando</u> almejas, ostras, vieiras o peces. ¿Usted o alguien en su familia vivieron temporalmente lejos de casa en los últimos dos años debido a un empleo agrícola/en la acuicultura? Algunos ejemplos son la vivienda proporcionada por el empleador, hotel/motel, apartamento, casa de alquiler, campamento de trabajadores o automóvil/camión/vehículo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Usted o alguien en su familia trabajan en la agricultura/acuicultura de forma temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Empleo temporal significa lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - su horario cambia de una semana para otra; - sus ingresos cambian de una semana para otra; - a usted se le despidió durante una parte del año y tuvo que hacer otros trabajos durante ese tiempo. 		
Veterano	¿Prestó servicios previamente en alguna rama del ejército (Fuerzas Armadas, Fuerza Aérea, Servicio de Guardacostas, Infantería de Marina, Marina de Guerra, Guardia Nacional y Reservistas)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Situación de vivienda	¿Se considera a sí mismo como una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que "Sí" a la pregunta anterior, indique lo que mejor describa su situación actual: <input type="checkbox"/> Calle/a la intemperie (Auto/barco/parque/tienda de campaña/edificio abandonado) <input type="checkbox"/> Vivienda compartida <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Otro		
Ingresos familiares (anuales)	<input type="checkbox"/> Mayores de \$50,000 <input type="checkbox"/> \$35,000 a 49,999 <input type="checkbox"/> \$25,000 a 34,999 <input type="checkbox"/> \$15,000 a 24,999 <input type="checkbox"/> \$10,000 a 14,999 <input type="checkbox"/> Menores de \$10,000		
Número de miembros del grupo familiar que se sustenta con estos ingresos:			
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9+			

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente

Autorización y revelación:

- A.** Autorizo (doy mi permiso) a que Eastern Shore Rural Health System, Inc. (ESRHS) revele (comparta) cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los expedientes de cualquier tratamiento o examen hecho al paciente (yo, mi hijo menor de edad o menor en custodia mencionado arriba), durante el tiempo en que se recibió la atención médica, a pagadores terceros (entidades que pagan reclamos médicos en nombre del asegurado, incluyendo las compañías de seguros). Autorizo y pido a los pagadores terceros que paguen directamente al grupo de médicos/dentistas los beneficios que de otra manera me deben pagar. Entiendo que los pagadores terceros pueden pagar menos que la factura por servicios. Entiendo que debo dar mi información de seguros en un plazo de 45 días después del servicio; de lo contrario, seré responsable de pagar la factura. Estoy de acuerdo en pagar todos los servicios que se presten al paciente. Acepto la responsabilidad total de cualquier honorario legal o de cargos de agencias de cobros, que no excedan del 40 %, si no pago mi factura.
- B.** Doy permiso a que ESRHS, por medio de su personal apropiado, haga, dé o recete los exámenes, pruebas, vacunas, inyecciones y procedimientos necesarios. Tengo derecho a rechazar el tratamiento.
- C.** Entiendo que la ley estatal de Virginia (32.1-45.1) estipula que, cuando un trabajador de atención médica está expuesto a líquidos corporales de otra persona, se considera que el paciente ha dado su permiso para que le hagan la prueba de la hepatitis B, C y el VIH, y para revelar los resultados a la persona expuesta y al departamento de salud local.
- D.** Entiendo que ESRHS tiene una política de “citas sin presentarse” (disponible si se pide) y que el paciente es responsable de llegar puntualmente a las citas. Entiendo que ESRHS tiene una lista de derechos y responsabilidades de los pacientes disponible si se pide. Entiendo mis derechos y acepto mis responsabilidades.
- E.** Estoy de acuerdo en recibir mensajes de ESRHS que utilizan un sistema de marcado automático de teléfono para enviar un mensaje de texto, de voz o pregrabado al teléfono que yo haya dado que pueda tener información relacionada o recomendaciones de la administración de atención médica. Puedo pedir en cualquier momento que ESRHS ajuste mis preferencias de comunicación.
- F.** Tutela: Si me dieron la tutela de la persona nombrada arriba, presentaré la documentación oficial a ESRHS.
- G.** Confirmando que toda la información que di es verdadera y correcta, hasta donde tengo conocimiento, y creo que no se han omitido datos.

Consentimiento del paciente para la información médica protegida (PHI):

ESRHS incluye esta sección para cumplir (seguir) la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA) de 1996 y las leyes aplicables. ESRHS protegerá la PHI cumpliendo las normas de la HIPAA.

- H.** Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad (NPP) de ESRHS da información de cómo ESRHS puede usar y revelar (compartir) la PHI sobre el paciente. Tuve la oportunidad de revisar este aviso. El NPP incluye una sección de Derechos de los pacientes, que describe los derechos de los pacientes según la ley. ESRHS se reserva el derecho de cambiar el NPP. Si ESRHS cambia el aviso, puedo obtener una copia modificada comunicándome con ESRHS.
- I.** Estoy de acuerdo en el uso y la revelación que haga ESRHS (compartir) de la PHI sobre el paciente para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, salvo las que necesiten permiso por separado (como los expedientes de pacientes con trastornos por consumo de sustancias, Título 42 del C.F.R., Parte 2, e HIPAA, Título 45 del C.F.R., Partes 160 y 164). Entre los ejemplos de operaciones de atención médica se incluyen, entre otros, recetas, análisis de laboratorio, radiografías, remisiones, intercambio electrónico de datos con información médica y consultas con otros proveedores de atención médica. Tengo el derecho de limitar/cancelar este acuerdo, por escrito; sin embargo, una petición de este tipo no deberá afectar ninguna información que ESRHS ya haya compartido después de que yo (el paciente/padre/madre/tutor) haya dado primero el permiso.
- J.** Doy permiso a que ESRHS pida, transmita y reciba cualquier expediente que conserve el Departamento de Profesiones Médicas (Department of Health Professions) de Virginia, la Red Nacional de Información Médica de Pacientes (National Patient Health Information Network) RxHub o las farmacias, según se necesite, para prestar servicios de recetas al paciente, incluyendo las sustancias (controladas) de la Tabla II-V.
- K.** Opcional: Doy permiso para compartir toda la PHI del paciente (salvo la información restringida por la ley) a las personas mencionadas abajo, permito que esas personas participen en actividades de atención al paciente y apruebo el tratamiento necesario para un año a partir de la fecha mencionada abajo. Soy responsable de notificar a ESRHS si quiero cancelar estos privilegios.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
 Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Esta sección se aplica a menores que reciben servicios dentales con el Programa de Salud Bucal Ambulante (Traveling Oral Health Program) de ESRHS o en consultorios dentales en escuelas:

- L.** Doy permiso para que ESRHS preste atención dental de rutina, como exámenes, radiografías, restauraciones (empastes), tratamientos de conductos radiculares, coronas de acero inoxidable, limpiezas, aplicación de flúor, mantenimiento de espacios y extracciones, con o sin estar yo presente. Autorizo (doy permiso) a que ESRHS use técnicas de atención dental pediátrica, como control de la voz y tiempos de descanso según la política de ESRHS (disponible si se pide). Entiendo que si no quiero que estudiantes de odontología (supervisados por un dentista autorizado de ESRHS) participen ni traten a mi hijo, lo avisaré a ESRHS. Entiendo que la atención prestada por los especialistas en higiene dental de ESRHS a mi hijo en otro centro no sustituye los exámenes dentales habituales de un dentista.

(encierre en un círculo una opción) ESTOY DE ACUERDO NO ESTOY DE ACUERDO

Firma del paciente o padre/madre/tutor del menor

Nombre en letra de molde

Fecha