

Información para el paciente				
Apellido		Nombre		M
Dirección			Ciudad	Ciudad
Teléfono		Teléfono		Dirección de correo electrónico
DOB	Género	Titular de la póliza de seguro		DOB Relación
Contacto de emergencia			Relación	Teléfono de emergencia
Información del proveedor				
Médico remitente		Ninguno <input type="checkbox"/>		Médico de Atención Primaria Ninguno <input type="checkbox"/>
¿Cómo se enteró de nosotros?		<input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Artículo <input type="checkbox"/> Revista <input type="checkbox"/> Otro _____		
Raza		Origen étnico		Idioma
Afroamericano <input type="checkbox"/>	Otra raza <input type="checkbox"/>	Hispano/Latino <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	Inglés <input type="checkbox"/>
Amerindio <input type="checkbox"/>	Blanco <input type="checkbox"/>	No Hispano/Latino <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>	Español <input type="checkbox"/>
Asiático <input type="checkbox"/>	Rechazar especificar <input type="checkbox"/>	Rechazar especificar <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>
Información de farmacia				
Nombre de farmacia		Teléfono		
		Farmacia Cross Streets/Dirección		
Medicamentos - Por favor, enumere TODOS los medicamentos, dosis, frecuencia, razón				NINGUNO <input type="checkbox"/>
Medicación		Dosis	Frecuencia	Razón
_____		_____	_____	_____
_____		_____	_____	_____
_____		_____	_____	_____
Historial médico - Por favor, enumere TODOS los problemas médicos actuales y el médico tratante				NINGUNO <input type="checkbox"/>
Problema		Doctor		Problema
_____		_____		_____
_____		_____		_____
Por favor enumere TODAS las alergias y reacciones				NINGUNO <input type="checkbox"/>
Alergia		Reacción		Alergia
_____		_____		Fecha
_____		_____		_____
Historial quirúrgico - Por favor enumere TODAS las cirugías pasadas y el año en que se realizó				NINGUNO <input type="checkbox"/>
Procedimiento		Fecha		Procedimiento
_____		_____		_____
_____		_____		_____
Historial médico familiar				
Madre: Viva <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/>		Hermano: Viva <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/>		
_____		_____		
Padre: Viva <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/>		Otro: Viva <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/>		
_____		_____		
_____		_____		
Consumo de tabaco		Consumo de alcohol		Uso de drogas ilícitas Marihuana medicinal
Cotidiano <input type="checkbox"/>	Edad Iniciada _____	Cotidiano <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>	Cotidiano <input type="checkbox"/>
Algunos días <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>	Algunos días <input type="checkbox"/>	Anterior <input type="checkbox"/>	Algunos días <input type="checkbox"/>
Anterior <input type="checkbox"/>	Edad detenida _____	Cantidad utilizada: _____		Anterior <input type="checkbox"/>
Cantidad utilizada/día: _____		Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>

Apellido:	Nombre:	DOB:
Acuse de recibo de los derechos y responsabilidades del paciente y aviso de prácticas de privacidad		
Al firmar este formulario, acuso recibo de los Derechos y Responsabilidades del Paciente y el Aviso de Prácticas de Privacidad(HIPAA) de CiC, y se me ha dado la oportunidad de leerlo. Entiendo que estas políticas están disponibles para mí a pedido.		
Política de citas		
Por favor llame antes de las 2:00 pm del día (viernes para la cita del lunes) antes de su cita programada para notificarnos de cualquier cambio o cancelación.		
Acuse de recibo - Solicitud de registro médico		
Al firmar este formulario, autorizo a CIC a obtener y/o divulgar mis registros médicos con fines de tratamiento médico solo a mi(s) médico(s), clínica, hospital o seguro sin permiso adicional por escrito para continuar la atención.		
Consentimiento general y derecho a rechazar el tratamiento		
Consentimiento general para el tratamiento: Al firmar este formulario, yo (o mi representante autorizado en mi nombre) autorizo al CIC y al personal a realizar cualquier examen de diagnóstico, pruebas y procedimientos y a proporcionar cualquier medicamento, tratamiento para evaluar y mantener mi salud de manera efectiva, y para evaluar, diagnosticar y tratar mi enfermedad o lesiones. Entiendo que es responsabilidad de mi(s) proveedor(es) de atención médica tratante(s) individual(es) explicarme la(s) razón(es) de cualquier examen, prueba o procedimiento de diagnóstico en particular, las opciones de tratamiento disponibles y los riesgos y beneficios comunes asociados con estas opciones, así como cursos alternativos de tratamiento. Derecho a rechazar el tratamiento: Al dar mi consentimiento general para el tratamiento, entiendo que conservo el derecho de rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento o medicamento en particular recomendado o considerado médicamente necesario según lo prescrito por mi médico remitente. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han hecho garantías como resultado de mi evaluación y / o tratamiento. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización expirará en 1 año a partir de la fecha de firma.		
Directivas anticipadas		
Usted tiene derecho a recibir información sobre la política del CIC con respecto a las Directivas Anticipadas. Las directivas anticipadas no serán honradas dentro del centro. En caso de un evento que ponga en peligro la vida, se implementarán procedimientos médicos de emergencia. Los pacientes serán estabilizados y transferidos a un hospital donde la decisión de continuar o terminar las medidas de emergencia puede ser tomada por el médico y la familia. Si el paciente o el representante del paciente quiere que se cumplan sus directivas anticipadas, se le ofrecerá atención en otro centro que cumplirá con sus deseos. Una Directiva de atención médica prehospitalaria es un documento firmado por usted y su médico que informa a los técnicos médicos de emergencia (EMT) o al personal de emergencia del hospital que no lo resuciten. A veces esto se llama DNR: no resucitar. Si tiene este formulario, los técnicos de emergencias médicas y otro personal de emergencia no usarán equipos, medicamentos o dispositivos para reiniciar su corazón o respiración, pero no retendrán las intervenciones médicas que sean necesarias para brindar atención de confort o aliviar el dolor. IMPORTANTE: Según la ley de Utah, la Directiva de Atención Médica Prehospitalaria puede tener requisitos estatales específicos para ser válida. Si tiene alguna pregunta, hable con su médico o anesthesiólogo.		
Tengo una Directiva Anticipada <input type="checkbox"/> No tengo una Copia de la Directiva <input type="checkbox"/> Anticipada entregada al CIC <input type="checkbox"/>		
Política de pago		
CiC participa con Medicare y la mayoría de los seguros. Entiendo que durante el proceso de check-in, si no tengo mi tarjeta de referencia y / o seguro, seré responsable de cualquier pago adeudado en el momento del servicio. Si no tenemos contrato con su plan, el pago completo vence al momento del servicio. Si no proporciona la información de su seguro para los planes contratados, el pago completo vence en el momento del servicio. Podemos facturar a su plan al recibir los detalles del seguro y reembolsar su pago después de que el reclamo haya sido pagado en su totalidad. Copagos, deducibles y coseguros: Todos los copagos, deducibles y coseguros deben pagarse al momento del servicio según su contrato con su seguro. Asumo y acepto pagar todos los deducibles y copagos aplicables. Servicios no cubiertos: Es posible que Medicare u otros seguros no consideren que algunos servicios no estén cubiertos o no se consideren médicamente necesarios. En caso de que se le solicite que pague estos servicios en su totalidad en el momento del servicio. Acepto pagar por todos los servicios no cubiertos (preventivos o de rutina) no cubiertos por mi seguro. Prueba de seguro: Es posible que necesitemos una copia de su licencia de conducir y una tarjeta de seguro válida para proporcionar un comprobante de seguro. Si no se nos proporciona la información correcta, usted será responsable de todos los saldos pendientes. Cambios en la cobertura: Debe notificarnos inmediatamente de cualquier cambio en su cobertura de seguro para evitar problemas con el pago. Pacientes no asegurados: Estoy de acuerdo en que soy responsable del pago en el momento del servicio a menos que se hayan hecho arreglos previos. Cobros: El paciente / garante acepta pagar todos los costos de cobranza, incluidos los honorarios de abogados, tarifas de cobranza y tarifas contingentes a las agencias de cobranza que pueden ser más del 35% del saldo moroso, dicha tarifa de contingencia será agregada por el proveedor y cobrada por la agencia de cobranza inmediatamente después de nuestra remisión de su cuenta a la agencia de cobranza de nuestra elección. Una vez que una cuenta se coloca en estado de cobro, todos los servicios futuros deben pagarse en su totalidad en el momento del servicio. Entiendo que habrá una tarifa de \$25.00 por cualquier cheque devuelto. Por la presente asigno todos los beneficios de seguro a CIC por los servicios prestados. Al firmar este formulario, reconozco la Política de Pago de CIC.		
Firma del paciente o representante autorizado: _____		Fecha: _____

**Autorización para comunicar información médica protegida
(Requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud – 45 CFR Partes 160 y 164) □**

Apellido: _____

Nombre: _____

DOB: _____

En caso de que no esté disponible, autorizo al CIC a comunicar mi información médica protegida, incluida la información sobre mi facturación, condición, tratamiento y diagnóstico a las siguientes personas o entidades:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Si sus registros contienen información de proveedores anteriores o información sobre el estado del VIH / SIDA, diagnóstico de cáncer, información de salud mental, abuso de drogas / alcohol o enfermedades de transmisión sexual, usted autoriza la divulgación de esta información.

Comunicación por mensaje de texto – Deber de advertir: Al proporcionar mi correo electrónico o número de teléfono, acepto que Comprehensive Integrated Care (CiC) pueda comunicarse conmigo por correo electrónico o mensaje de texto. Entiendo que un correo electrónico o texto puede no ser seguro y que existe cierto riesgo de que pueda ser leído por terceros.

En la medida en que se requiera el consentimiento, la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA), por la presente autorizo la entrega de mensajes que contengan comunicaciones que no sean de atención médica, como recordatorios de citas, encuestas de satisfacción del paciente, llamadas a cuentas, etc. mediante el uso de un sistema de marcación telefónica automática/artificial, mensajes de voz pregrabados o correo electrónico. No estoy obligado a aceptar recibir dichas comunicaciones y mi consentimiento no es una condición para recibir artículos o servicios. No obstante lo anterior, CiC no renuncia y se reserva expresamente el derecho de ponerse en contacto conmigo por cualquier medio para cualquier propósito según lo permita la ley. Al firmar a continuación, he dado mi consentimiento para recibir correos electrónicos o comunicaciones pregrabadas que no sean de atención médica a la dirección de correo electrónico o número de teléfono que he proporcionado

Entiendo que después de que el custodio de los registros divulgue mi información de salud, es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales y / o estatales. Además, entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o elegibilidad para beneficios a menos que lo permita la ley. Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de la autorización. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización expirará 1 año a partir de la fecha de firma.

Firma del paciente o representante autorizado: _____ Fecha: _____