

# Fortuna Family Medicine Inc.

## REGISTRO DE PACIENTE (mayores de 18 años)

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial De Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Número de Trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: M F NB Pronombres Preferidos: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### CONTACO DE EMERGENCIA:

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Número de

Trabajo: \_\_\_\_\_ Relación con el/la Paciente: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PARTE RESPONSABLE (si es diferente del paciente)

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Número de Trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Relación con el/la Paciente: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGUROS

*Por la póliza de FFM, los pacientes deben presentar la tarjeta del seguro y la licencia de conducir para fotocopiarlas en el momento de la admisión. Desafortunadamente, los pacientes sin una tarjeta de seguro e identificación válidas no serán registrados y deberán reprogramar su cita inicial.*

### DIRECTIVA AVANZADA

¿Tiene usted una directiva anticipada? (Testamento vital) SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si no, ¿te gustaría recibir uno hoy? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Office use only Advanced directive given by: _____
--

### REGISTRO DE VACUNAS DE CALIFORNIA (CAIR)

*Hacer un seguimiento de las vacunas/pruebas de tuberculosis que ha recibido puede ser difícil, especialmente si las realizó más de un médico. Para su comodidad, FFM participa en el Registro de Vacunas de California (CAIR), un sistema informático seguro que realiza un seguimiento de estas vacunas por usted. Si cambia de médico, su nuevo médico puede utilizar el registro para ver su registro de vacunas/pruebas de tuberculosis. Puede optar por no participar si lo desea::*

- NO PERMITIR que mi registro de pruebas de detección de vacunación/tuberculosis (TB) se comparta con otras personas. Proveedores de atención médica, agencias o escuelas en el Registro de Vacunación de California (CAIR).

*Nota: El registro de vacunas/pruebas de tuberculosis aún puede estar registrado en el registro para uso de la Misión en la Misión. Por ley, los funcionarios de salud pública también pueden acceder a los registros de vacunas/pruebas de tuberculosis en caso de una emergencia de salud pública.*

## **Trabajo de Laboratorio y Formularios**

Cualquier trabajo de laboratorio que no se realice en FFM se envía a un laboratorio de referencia. Las tarifas asociadas con estas pruebas son adicionales a sus cargos actuales con FFM y se facturarán por separado a su compañía de seguros como cortesía del laboratorio; sin embargo, usted es el responsable final de estos cargos y puede recibir una factura directamente del laboratorio, del cual usted es responsable.

A los pacientes que soliciten formularios, trámites o solicitudes relacionados con la atención médica o de otro tipo completados o firmados se les cobrará una tarifa adicional.

## **Póliza de Reabastecimiento de Medicamentos**

Es póliza de FFM que a todos los pacientes se les resurta la receta durante su visita al consultorio normalmente programada. Cuando esto no sea posible, cualquier otra solicitud de reabastecimiento de medicamentos debe realizarse a través de su farmacia de 3 a 5 días antes de que se acabe su medicamento. La farmacia enviará la información necesaria a nuestra oficina.

- Los pacientes deben avisar con 3 días hábiles de antelación sobre las recetas que deben surtirse.
- Existen controles estrictos para los medicamentos que contienen opioides. El paciente debe renovar su receta durante su visita al consultorio normalmente programada.
- FFM no renueva medicamentos recetados por otros médicos, a menos que nuestro médico evalúe primero al paciente.
- El paciente es responsable de saber cuándo le están quedando bajos los medicamentos. Si un medicamento está bajando, el paciente debe confirmar que tiene una cita programada con nuestro consultorio antes de que se le acabe el medicamento.
- Los pacientes no deben solicitar resurtidos anticipados de medicamentos controlados que hayan sido usados en exceso, perdidos o robados.

## **Proveedores y Consentimiento para Tratar**

Entiendo que FFM emplea Práctica Avanzada Proveedores (enfermeros practicantes y asistentes médicos) y doy mi consentimiento para que participen en mi atención. Por la presente solicito a mi médico, APP y/u otros proveedores de atención médica o sus designados, que realicen exámenes, pruebas, tratamientos y cuidados médicos que consideren necesarios y estén disponibles para mí durante mi visita al consultorio o procedimiento ambulatorio, incluidos, entre otros, a pruebas, exámenes, anestésicos, radiografías, tratamientos médicos y quirúrgicos y otros procedimientos prescritos. Tiene derecho a discutir su plan de tratamiento con su médico, incluido el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que se le solicite. Si tiene alguna inquietud con respecto a alguna prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas. Todos los pacientes tienen derecho a aceptar o rechazar un tratamiento médico o quirúrgico.

## **Consentimiento de Telesalud**

Doy mi consentimiento para el uso de Telesalud para la entrega de servicios de atención médica. La telesalud incluye medicamentos e implica el uso de audio, video u otras comunicaciones electrónicas para interactuar conmigo, consultar con proveedores de atención médica y/o revisar mi información médica con fines de diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación.

## **Exposición a Fluidos Corporales**

En caso de que un trabajador de la salud esté expuesto a mi sangre o fluidos corporales de una manera que pueda representar un riesgo de transmisión de una infección transmitida por la sangre durante mi visita al consultorio, doy mi consentimiento para que me hagan pruebas de VIH, VHB y VHC. sin costo alguno para mí, para que el trabajador de atención médica pueda recibir tratamiento con prontitud. Autorizo la divulgación de esta información al trabajador de atención médica expuesto y a su proveedor de atención médica.

## **Tratamientos No Tradicionales**

FFM se compromete a mejorar el bienestar de nuestros pacientes a través de una combinación de medicina tradicional y enfoques no tradicionales de mejora del estilo de vida para el tratamiento y la prevención de enfermedades crónicas. Un enfoque no tradicional debe utilizarse como complemento y no reemplaza la necesidad de un tratamiento médico convencional. Si los pacientes eligen un enfoque de tratamiento exclusivamente no tradicional, lo hacen bajo su propio riesgo y, aunque FFM respaldará sus decisiones, no debe ser considerado responsable de los resultados.

## **Acuse de Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad**

Al firmar este documento, usted acusa recibo del Aviso de prácticas de privacidad y la Declaración de derechos y responsabilidades de FFM. El Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Te animamos a que lo revise detenidamente.

## **Consentimiento Informado para Servicios Médicos**

Entiendo que ocasionalmente mi proveedor puede recomendar varios procedimientos. Estos procedimientos pueden ser relativamente rutinarios, como una inyección de un medicamento o un procedimiento más detallado, como extirpación de una lesión, afeitado, sutura, inyección de esteroides, extracción parcial o completa de las uñas de los pies, etc. Entiendo que todos los procedimientos tienen algún grado de riesgo asociado. con ellos, incluida la posibilidad de reacción alérgica, daño vascular, nervioso, tendinoso o tisular, lipodistrofia (disolución de la grasa asociada con una inyección de esteroides, causando un hoyuelo o concavidad en el tejido), infección, cicatrización, sarpullido, sangrado y bajo Circunstancias raras e inusuales, discapacidad o muerte. Entiendo la posibilidad de complicaciones rutinarias y efectos secundarios de cualquier medicamento recetado o administrado ya sea por inyección o por vía oral, administrado en la clínica o recetado para tomar en casa. Entiendo que no existe ningún medicamento que esté completamente libre de posibles efectos secundarios que generalmente son leves pero que podrían ser graves, acepto la posibilidad de complicaciones o incluso la posibilidad de una reacción alérgica grave que resulte en la muerte. Acepto la responsabilidad de discutir cualquier inquietud con mi proveedor.

No tomaré ni aceptaré cualquier medicamento o procedimiento a menos que todas mis preocupaciones y las preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Le recuerdo y me aseguro de que mi proveedor esté al tanto de alergias que tengo, o efectos secundarios inaceptables del pasado a medicamentos o procedimientos e incluso la posibilidad de embarazo.

## Garantía de Pago

Si pago por cuenta propia (se considera pago por cuenta propia si no se presenta un seguro válido y activo en el momento del servicio): Acepto pagar todos los servicios prestados en su totalidad en el momento de la visita. Entiendo que FFM no facturará a ninguna compañía de seguros por mis servicios hoy. Cualquier procedimiento o prueba de laboratorio realizado requerirá una tarifa separada más allá de la tarifa estándar de visita al consultorio. Si es seguro (se considera asegurado si se presenta un seguro válido y activo al momento del servicio): Asignación de beneficios: Autorizo el pago de beneficios a FFM por todos los servicios realizados y facturados por FFM. Asigno a FFM todos mis derechos, beneficios, intereses, reclamos, recursos, causas de acción, privilegios, protecciones y recuperaciones de cualquier tipo que surjan de o estén relacionados con cualquier fuente de seguro. Divulgación de información: Autorizo la divulgación de cualquier información médica, demográfica u otra información necesaria para procesar reclamos, pagos, tratamientos u operaciones de atención médica. Entiendo mejor que a FFM se le puede permitir o exigir que divulgue información de salud a agencias gubernamentales u otras organizaciones para incluir, entre otros, información sobre enfermedades infecciosas. Otro: Reconozco que soy responsable en última instancia de todos los cargos incurridos. Acepto que pagaré mi saldo estimado según la mejor información disponible de mi póliza actual y El contrato actual de FFM con mi compañía de seguros. Entiendo que esto es sólo una estimación y después de que mi visita sea procesada con mi compañía de seguros, se me facturará cualquier saldo pendiente. Si bien FFM hace todo lo posible para verificar la información correcta de mi seguro antes de partir, entiendo que FFM no puede garantizar la exactitud de mi factura hasta que haya sido completamente procesada por mi compañía de seguros y que, en última instancia, soy responsable de todos los cargos incurridos. Mi firma en estas políticas está aquí archivada en todos los formularios de reclamo de facturación. Autorizo a todas las fuentes de seguros a pagar a FFM directamente por todos los servicios que recibo. Si recibo servicios no cubiertos por una fuente de seguro, acepto pagar todos los cargos por esos servicios. Si mi cuenta se remite a un abogado o una agencia de cobranza, acepto pagar los costos de cobranza reales, incluidos los honorarios del abogado y los intereses. Si hay un saldo acreedor en mi cuenta, autorizo a FFM a aplicar el saldo acreedor a todos los servicios impagos en mi cuenta (o las cuentas de mi garante). Autorizo a FFM a divulgar mi información médica confidencial de forma verbal, electrónica y/o por escrito a mi compañía de seguros y a otros proveedores de atención médica involucrados en mi atención, para fines de tratamiento, pago de cargos, control de calidad, revisión de utilización, transferencia, referencias, etc. Autorizo además a FFM a descargar mi historial de medicamentos según lo prescrito por otros proveedores, para que forme parte de mi expediente médico en FFM.

## Fotos Consentimiento

Doy mi consentimiento para la toma de fotografías o videos de mi condición o tratamiento médico, y el uso de estas imágenes para los fines de mi diagnóstico, tratamiento u operaciones.

### Lanzamiento para familiares y amigos

Si desea autorizar a FFM a discutir o compartir su información de salud con familiares o amigos, debe hacerlo aquí:

**YO, EL PACIENTE, AUTORIZO A FFM A DISCUTIR O DIVULGAR CUALQUIER O TODA MI INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL O EXPEDIENTES MÉDICOS, INCLUYENDO DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS DE LABORATORIO Y OTRAS PRUEBAS, ETC., POR TELÉFONO, POR ESCRITO O EN PERSONA A ESTOS MIEMBROS DE LA FAMILIA O SOLO AMIGOS:**

Nombre 1: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Name 2: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Name 3: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## Representante o Cuidador

Esta sección es para pacientes mayores de 18 años que desean otorgarle a otra persona la capacidad de tomar decisiones de atención médica en su nombre, por ejemplo, un cuidador que no es el tutor legal (designado por el tribunal) del paciente. Esta sección es aplicable si se ha completado el campo a continuación.

Por la presente confiero derechos ilimitados al individuo que se especifica a continuación para representarme tomando decisiones, hablando y actuando en mi nombre, con respecto a mi atención médica en Fortuna Family Medicine. Este permiso incluirá (pero no se limitará a): concertar y cancelar citas; aceptar, rechazar y organizar derivaciones; completar y firmar formularios; consultar con proveedores médicos y personal de la clínica; o de otro modo discutir o decidir sobre cualquier pregunta relacionada con mi atención médica. Mi firma en la última página de este paquete sirve como firma de esta sección.

Nombre completo del representante: \_\_\_\_\_

Relación del Paciente con el Representante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Guardián Legal

Esta sección es para pacientes que tienen un tutor legal (designado por el tribunal). Esta sección es aplicable si se completan los campos a continuación.

Tengo un tutor legal. El nombre de mi tutor legal se proporciona a continuación. Mi firma en la última página de este paquete sirve como firma de esta sección.

Nombre completo del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Permisos de Contacto:

FFM puede contactarme (o dejarme un mensaje) para transmitirme cita, información diagnóstica, clínica o cualquier otra información de atención médica mediante:

\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_ Celular \_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_ Dirección

### ¿Cómo te enteraste de nosotros?

\_\_\_\_ El seguro me asignó \_\_\_\_ Medios de comunicación social  
\_\_\_\_ Referido por familia / amigo \_\_\_\_ Búsqueda de internet  
\_\_\_\_ Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

## FIRMA FINAL

***Certifico que la información que he proporcionado es completa y precisa a mi leal saber y entender. tengo también leo, comprendo y acepto todas las secciones, todas las páginas y todas las políticas contenidas en este paquete de registro/admisión de pacientes, y mi firma en esta página firma, aprueba, acepta y me vincula legalmente a cada una de estas secciones. , páginas y políticas que incluyen, entre otras:***

- Trabajo de laboratorio
- Formularios
- Exposición a fluidos corporales
- Política de Recarga de Medicamentos
- Proveedores y consentimiento para tratar
- Consentimiento de Telesalud
- Tratamientos no tradicionales
- Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

- Garantía de Pago
- Responsabilidad y costos compartidos
- Liberación de familiares y amigos
- Consentimiento de fotos
- Consentimiento informado para servicios médicos
- Consentimiento para tratar a menores/permiso QAR
- Guardián legal
- Representante o cuidador
- Permisos de contacto

\_\_\_\_\_  
***Nombre del Paciente (por favor imprima)***

\_\_\_\_\_  
***Firma del Paciente o Representante del Paciente***

\_\_\_\_\_  
***MM/DD/YYYY***

\_\_\_\_\_  
***Nombre del Representante del Paciente (por favor imprima)***

\_\_\_\_\_  
***MM/DD/YYYY***

\_\_\_\_\_  
***Si es Representante del Paciente: Relación con el Paciente***

\_\_\_\_\_  
***MM/DD/YYYY***