

## Formulario de registro del paciente

Por favor, complete este formulario en tinta negra o azul únicamente.

Los formularios que sean ilegibles se devolverán.

<b>Cardiólogo:</b> _____, <b>Médico, Miembro Honorario del Colegio Estadounidense de Cardiología.</b>				
<b>Médico de atención primaria:</b> _____				
<b>INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE</b>	N.º de cta.:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H	FDN: __/__/__	N.º de seguro social:
	Nombre:	Inicial del 2 <sup>do</sup> nombre:		Apellido:
	Nombre(s) anteriore(s):	Apodo:		
	Dirección:	Ciudad, estado y código postal:		
	Dirección postal: <input type="checkbox"/> Igual que en el caso anterior	Ciudad, estado y código postal:		
	¿Se encuentra en un centro de enfermería especializada o programa de cuidados paliativos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Si responde que sí, ¿cuál?		
	¿Tiene directivas anticipadas? <input type="checkbox"/> Sí (De ser así, sírvase entregarnos una copia para nuestros registros). <input type="checkbox"/> No			
	N.º de tel. particular:	N.º de tel. laboral:	N.º de tel. celular:	
	Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico / Portal <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Llamada			
	Dirección de correo electrónico:		Lengua materna:	
	Marque la(s) casilla(s) que describan su raza: <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Sin especificar <input type="checkbox"/> Otro:			
	Marque la(s) casilla(s) que describan su etnia: <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> No latino <input type="checkbox"/> Sin especificar			
	<input type="checkbox"/> Empleado:		<input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado	
	Dirección del empleador:		Estado civil:	
		N.º de teléfono del empleador:		
<b>INFORMACIÓN SOBRE</b>	<b>Tenga en cuenta que nuestros recepcionistas solicitarán tarjetas vigentes de identificación y del seguro para revisarlas.</b>			
	Seguro primario:		Teléfono:	
	Grupo/identificación del suscriptor:		Nombre del suscriptor: <input type="checkbox"/> Uno mismo	
	FDN del suscriptor: __/__/__	Sexo del suscriptor: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H		Relación con el paciente:
	<input type="checkbox"/> Seguro secundario:		<input type="checkbox"/> No hay secundario	
	Teléfono:			
<b>CONTACTOS</b>	Nombre de la persona de contacto en caso de emergencia:			
	FDN: __/__/__	Teléfono:		Relación con el paciente:
	Dirección:			
	Nombre de la persona de contacto alternativa en caso de emergencia:			
	FDN: __/__/__	Teléfono:		Relación con el paciente:
	Dirección:			

Los médicos y proveedores de práctica avanzada de Coastal Cardiology están autorizados a ejercer en el estado de California. Por medio del presente documento, autorizo la administración de tratamientos médicos por parte del personal y los médicos de Coastal Cardiology, A Medical Corporation. Por medio del presente documento, autorizo a Coastal Cardiology, A Medical Corporation, a intercambiar los registros médicos relacionados con mi atención con cualquier médico, hospital u otro profesional de atención de la salud que me haya prestado o me vaya a prestar en el futuro servicios de atención médica, incluidos los registros de Surescripts, CommonWell Health Alliance y Carequality. Además, autorizo al consultorio a divulgar a mi compañía de seguro médico todos los registros médicos relacionados con mi atención. Sé que los registros médicos pueden incluir información confidencial y privilegiada. Sé que, sin esta autorización, Coastal Cardiology no facturará los servicios a mi compañía de seguros y seré responsable de pagarlos en su totalidad al momento de recibirlos.

Doy mi consentimiento para que los servicios como las teleconsultas, las revisiones de los dispositivos cardíacos, la administración de anticoagulantes y las consultas interprofesionales se realicen a distancia y las reclamaciones al seguro relacionadas con ellas hasta mi revocación por escrito.

Conozco las normas de privacidad de Coastal Cardiology y mis derechos y responsabilidades como paciente de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 y otras reglamentaciones gubernamentales. En caso de que yo solicite información adicional, el personal de Coastal Cardiology me la brindará. Por lo demás, todos los intercambios de información, incluidos los antecedentes de medicamentos recetados, los antecedentes médicos y las conversaciones sobre mi afección, se realizarán conforme a las políticas y los procedimientos estipulados. He autorizado al consultorio a divulgar toda la información sobre mi atención médica a las personas indicadas como contacto en caso de emergencia y contacto alternativo en caso de emergencia. Este permiso puede revocarse en cualquier momento.

Reconozco que Coastal Cardiology atiende padecimientos críticos que pueden requerir cambios a corto plazo para atender emergencias. Entiendo que mi cuidado recibiría la misma atención en una situación de urgencia y soy consciente de que la reprogramación repentina ocurrirá solo cuando sea necesario. Entiendo que el personal de Coastal Cardiology debe tratarse con respeto, sin acoso verbal, lenguaje inapropiado o intimidación. Soy consciente de que el personal de Coastal Cardiology se reserva el derecho de rechazar a los pacientes de la consulta si se producen comunicaciones por debajo del nivel de civismo esperado.

Sé que soy responsable de pagar todos los servicios médicos recibidos por mí o mis dependientes, independientemente de la decisión relativa al reembolso realizado por mi aseguradora. Por medio del presente documento, asigno los beneficios del seguro a Coastal Cardiology por todos los servicios prestados por Coastal Cardiology. Soy responsable de todos los cargos correspondientes a los servicios prestados. Esta autorización mantendrá plena vigencia y validez hasta que yo la revoque por escrito.

☞Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Le informamos que el hecho de completar los cuestionarios preliminares sobre su salud y sobre el seguro no establece una relación médico-paciente con este consultorio. Los médicos de Coastal Cardiology revisarán sus antecedentes médicos y llevarán a cabo una evaluación inicial para determinar si usted es un candidato apto y si el consultorio lo aceptará como paciente.*

Revisado por (empleado de Coastal Cardiology): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_