

Bakersfield Pediatrics

Forma de Registro para el Paciente

Paciente: Apellidos		Nombre		Segundo Nombre		Correo Electrónico			
Dirección (Calle o PO Box)				Ciudad		Estado		Código Postal	
Teléfono del Hogar #		Teléfono del Trabajo #		Celular #			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> N/A		
Fecha de Nacimiento ____/____/____		Edad	# Seguro Social		# Licencia de Conducir y Estado				
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Compañero/a				Nombre de Esposo / Pareja en caso de aplicar					
Cuál de las siguientes categorías lo/a describe mejor? <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Pacifico <input type="checkbox"/> Afro-Americano o Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro				Lenguaje de su Preferencia <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Hindú <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas <input type="checkbox"/> Otro					
Compañía de Trabajo			Nombre de Empleador			Dirección de Empleador			
Información sobre Farmacia de su preferencia Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____				Cómo se enteró de nosotros? <input type="checkbox"/> Familia/Amigos <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Internet/Página Web <input type="checkbox"/> Pasando por la Ubicación <input type="checkbox"/> Periódicos/Revista <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Evento Comunitario					
En caso de que una Emergencia suceda en nuestras instalaciones, a quien le gustaría registrar como su Contacto de Emergencia? Nombre: _____ Teléfono de Contacto: _____									

Completar esta sección solo si el Paciente es MENOR de Edad:

Responsable: Apellidos		Primer Nombre		Segundo Nombre		Correo Electrónico para el portal			
Dirección (Calle o PO Box)				Ciudad		Estado		Código Postal	
Teléfono del Hogar #		Teléfono del Trabajo #		Celular #			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> N/A		
Fecha de Nacimiento ____/____/____		Edad		# Seguro Social			# Licencia de Conducir y Estado		

Información de Compañía de Seguro:

Primaria: Compañía de Seguros		Número de Póliza		Secundaria: Compañía de Seguros		Número de Póliza	

Portal del Paciente:

Bakersfield Pediatrics cuenta y ofrece distintas maneras para comunicarse con nuestros pacientes, ya que estamos interesados en proveer un cuidado completo de su salud. Utilizamos *Health and Online Wellness Portal* para establecer un medio de comunicación fácil y mejor entre usted y su proveedor de Salud.

Si, quiero que se me comunique mi información a través de un sistema seguro, diseñado para almacenar i información con seguridad. Seré notificado vía correo electrónico cuando haya información para revisar.

No quiero usar comunicación electrónica como un medio de comunicación de mi información.

X _____ X _____
Nombre del Paciente Firma del Paciente, Padre o Tutor legal Correo Electrónico

Consentimiento para tratar al Paciente

Por medio de la presente, autorizo a empleados y agentes de Bakersfield Pediatrics Incluyendo a médicos, asistentes médicos, enfermeros y otros empleados) a proveer evaluaciones y cuidados médicos al paciente mencionado a continuación. Entiendo que un asistente médico/enfermo(a) no es un médico. También entiendo que un asistente médico o enfermo(a) es personal graduado de programas certificados y que el Consejo del Estado les otorgó una licencia. Bajo la supervisión de un médico, un asistente médico/enfermo (a) puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas, así como también brindar cuidado del mantenimiento de la salud. La supervisión no requiere la presencia física del médico supervisor. Entiendo que en cualquier momento puedo negarme a ser atendido por un asistente médico o enfermo(a) y solicitar ser visto por un médico.

La duración de este conocimiento es indefinida y continua hasta ser revocado por escrito. Entiendo que, al no firmar este consentimiento, no se le brindara atención médica al paciente a menos de tratarse de un caso de emergencia.

Responsabilidad Financiera

Por medio de la presente autorizo y asigno el pago de beneficios médicos directamente a Bakersfield Pediatrics. Autorizo la liberación de información médica a la compañía de seguro médico y sus agentes para determinar los beneficios o beneficios por pagar por el servicio correspondiente. Entiendo que aun cuando tenga cierta cobertura por el seguro médico, soy responsable por el pago y debe ser realizado al momento de la petición. Entiendo también que si mi cuenta llegara a incurrir en morosidad (retraso o devolución), soy responsable de pagar tarifas de abogados o gastos de colección de Bakersfield Pediatrics, en caso de existir, incluyendo, pero sin limitar, una tarifa de colección de hasta 25% de la deuda, asignada a mi cuenta a una agencia de colecciones. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta ser revocado por escrito. Entiendo que, al no firmar, soy responsable del

pago de servicios en su totalidad antes de que se presten los servicios.

Aviso de Practicas de Privacidad de Bakersfield Pediatrics

La ley de Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en ingles) y la ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH, por sus siglas en ingles), son regulaciones gubernamentales diseñadas para asegurar la privacidad y seguridad de la Información Protegida del Paciente (PHI, por sus siglas en ingles). Estas aseguran que el paciente este consciente de sus derechos y conocer el cómo se puede usar su información médica para su cuidado médico.

Bakersfield Pediatrics le está brindando este Aviso de Practicas de Privacidad, las cuales se encuentran disponibles en copia impresa o en el sitio oficial de la compañía (www.mdmedicalgroup.us). Aquí se muestra información sobre Bakersfield Pediatrics y los proveedores médicos podrán usar y/o divulgar información protegida sobre su salud y su tratamiento, pagos y lo permitido por ley. Al firmar esta forma, confirmo de recibido el aviso de Practicas de Privacidad de Bakersfield Pediatrics.

Consentimiento de Prescripciones Médicas

Las Transacciones del Historial de Medicamentos provee al proveedor de Salud información correspondiente a las prescripciones actuales y pasadas. Esto permite al personal, estar mejor informados acerca de situaciones con los medicamentos y el uso de información para mejorar la seguridad y calidad de la atención. Esto incluye: apego a regímenes prescritos, intervenciones terapéuticas, interacciones entre fármacos y alergias, reacciones adversas y tratamientos duplicados.

La información del historial de medicamentos puede incluir medicamentos prescritos por tu proveedor de Salud en Bakersfield Pediatrics, así como otros proveedores de Salud involucrados en su cuidado y farmacias. Puede incluir información delicada, como, pero no limitada a, medicamentos relacionados con la salud Mental, enfermedades de transmisión sexual/venéreas, aborto(s), violaciones, abuso de sustancias (drogas y alcohol), enfermedades genéticas y VIH/SIDA. Como parte de esta forma de Consentimiento, usted específicamente acepta la liberación de esta y otra información sobre su salud.

X _____
Nombre del Paciente

X _____
Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal

Fecha

Consentimiento para Atender a un Menor

Solo completar esta sección si el paciente es menor de edad.

Yo, _____, como tutor legal de _____ quien nació el ____/ ____/ ____, autorizo su evaluación y tratamiento la fecha en la que yo no me encuentre disponible. Entiendo que esto autoriza a las siguientes personas de aprobar procedimientos médicos, quirúrgicos o vacunas, importantes para la salud del paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito.

Complete Name / Nombre Completo	Relationship / Relación	Phone Number / Teléfono
1.		
2.		
3.		

X _____
Signature of Parent or Legal Guardian / Firma del Tutor

Date / Fecha

Comunicación de Información Protegida del Paciente (HPI, por sus siglas en inglés)

Bakersfield Pediatrics ofrece distintas maneras para comunicarse con nuestros pacientes. Tenemos la capacidad de enviar correo, correo electrónico, mensajes de texto (SMS, MMS) y llamadas telefónicas (Mensajes pregrabados también). Es la responsabilidad de cada paciente de expresar por escrito cómo quisiera ser notificado(a) respecto a su información personal de salud. Todo permanecerá efectivo hasta que este permiso se revoque por escrito por el paciente o cambie los números de teléfono proporcionados.

Yo doy mi consentimiento para que se deje información detallada sobre mi salud por los siguientes medios:

Mensaje de voz en mi:

Casa Trabajo Teléfono Celular

_____ (Código lada y número)

Mensaje verbal con otra persona:

Nombre: _____

_____ (Código Lada y número)

Nombre de la persona quien deseo que reciba mi información: _____

Relación: _____

Al dar consentimiento/firmar en esta forma, usted está de acuerdo de ser contactado por MD Medical Group para cuestiones de mercadotecnia.

Doy mi consentimiento para ser contactado por cualquiera de los siguientes métodos, para mercadotecnia, visitas preventivas, nuevos servicios, ofertas y/o promociones.

Mensajes de Texto

Correo Electrónico

Correo

Mensajes de Voz grabados

Llamada Telefónica

Material de ofertas y promociones

X _____ / ____/ ____ X _____
Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento Firma del Paciente/Padre/Tutor Fecha

EXCLUSIÓN VOLUNTARIA

Yo, _____ con fecha de Nacimiento ____/ ____/ ____, decido no recibir mensajes en los siguientes formatos y entiendo que puedo seguir recibiendo servicios médicos si revoco este consentimiento.

Nombre del Paciente

____/ ____/ ____
Fecha de Nacimiento

Firma del paciente/Padre/Tutor Legal

____/ ____/ ____
Fecha

Autorización para Uso o Proporción de Información del Récord Médico

Nombre Completo del Paciente:			Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Dirección del Paciente:			Teléfono de Casa:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono de Trabajo:

Proporción de Información			
Autorizo a: _____			

A dar mi información médica a:			
Bakersfield Pediatrics		Atención: _____	
Dirección: _____		Teléfono: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____	Fax: _____
Razón de la Petición: <input type="radio"/> Personal <input type="radio"/> Continuación de Tratamiento <input type="radio"/> Cambio de Doctor (Razón):			

Información a Proporcionar	
<p>Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi forma escrita a la persona u organización encargada de revelar la información. Entiendo que la revocación no se aplicara a la información que sea proporcionada en respuesta a la presente autorización. Entiendo que la revocación no aplicara con mi Compañía de Seguro Médico, cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho a disputar una reclamación bajo mi póliza. Esta autorización expira dentro de (1) año, a menos que sea revocada.</p> <p>También entiendo que la autorización para la proporción de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este documento para asegurar mi tratamiento.</p>	
_____ Firma del Paciente o Representante Legal	___/___/___ Fecha

Autorización para proporcionar Información Protegida	
<p>Por favor <u>marque</u> TODAS las casillas mostradas de acuerdo a la manera en que quiere que sea manejada la información, incluso si las categorías son aplicables o no al récord médico del paciente. Si la forma esta incompleta, o si alguna información protegida no es proporcionada, no se podrá completar su petición.</p>	
<p>DESEO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO DESEO proporcionar <u>Todos los Récords Médicos</u></p> <p>DESEO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO DESEO proporcionar notas de <u>Tratamiento Psiquiátrico</u></p> <p>DESEO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO DESEO proporcionar información acerca de mi <u>Salud mental</u></p> <p>DESEO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO DESEO proporcionar información relacionada con <u>exámenes de VIH</u></p> <p>DESEO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO DESEO proporcionar información acerca de <u>Abuso del Alcohol y/o Substancias</u></p> <p>DESEO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO DESEO proporcionar información sobre (Favor de Indicar) _____</p>	Iniciales _____ _____ _____ _____ _____ _____

_____ Firma del Paciente	___/___/___ Fecha
_____ Firma del Tutor / Representante Legal Reconocido	___/___/___ Fecha
_____ Firma del Testigo	___/___/___ Fecha