

FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha:		Doctor Primario:	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido del Paciente:		Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Estado Civil:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	Email:
Dirección:			
Seguro Social.:	Teléfono (Casa):	Teléfono (celular):	
Ocupación:	Empleador:	Teléfono de trabajo:	
Referido Por:		<input type="radio"/> Doctor: <input type="radio"/> Other:	
Nombre de otros familiares que se ven en la Clínica:			

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un amigo o familiar que no viva con usted:	Relación con paciente:	Teléfono (Casa):	Teléfono (celular):
--	------------------------	------------------	---------------------

CONTACTO DE DIVULGACIÓN PREFERIDO

<input type="checkbox"/> Teléfono de casa _____ <input type="checkbox"/> O.K para dejar mensaje con información detallada. <input type="checkbox"/> Deje el masaje con el número de devolución de llamada	<input type="checkbox"/> Comunicación escrita <input type="checkbox"/> O.K para enviar mi dirección de casa <input type="checkbox"/> O.K para enviar Email <input type="checkbox"/> O.K para enviar por fax a este número
<input type="checkbox"/> Email _____ <input type="checkbox"/> O.K para enviar email	<input type="checkbox"/> Otro: _____ _____

FORMULARIO DE REGISTRO

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO

Yo autorizo a Delmont Medical Care o a sus representantes para que me suministren servicios médicos tales como: realizar exámenes de rutina, obtener muestras incluyendo de sangre y administrar tratamientos de productos farmacéuticos (inclusive inyecciones) e inmunizaciones siempre que sea necesario tanto hoy como en fechas futuras.

X _____

Firma del Paciente/Guardián/Persona Responsable

_____ Fecha

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Delmont Medical Care me ha explicado que durante los tratamientos médicos suministrados, podrían surgir condiciones inesperadas, distintas a las mencionadas inicialmente. Yo, autorizo a los doctores, asistentes y otros asociados a la oficina a proveer los cuidados necesarios. Entiendo que tengo el derecho de hacer todas las preguntas referentes a los cuidados médicos mencionados anteriormente, así como también, de buscar una segunda opinión. Entiendo que la medicina no es una ciencia exacta y que es imposible garantizar todos los beneficios y resultados del tratamiento. He leído este documento en su totalidad y lo comprendo. Tuve la oportunidad de hacer todas las preguntas y recibir respuestas a mi entera satisfacción. Todos los espacios en blanco han sido completados antes de firmar este documento.

X _____

Firma del Paciente/Guardián/Persona Responsable

_____ Fecha

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD (HIPAA)

He recibido una copia de la "Notificación de Privacidad HIPAA" de Delmont Medical Care. Tuve la oportunidad de leerla y de hacer preguntas referentes a la misma. También he recibido una copia de los "Derechos del Paciente" y realicé las preguntas en relación al contenido del mismo.

X _____

Firma del Paciente/Guardián/Persona Responsable

_____ fecha

ASIGNACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA ENVIAR INFORMACIÓN A LAS ASEGURANZAS

Autorizo a Delmont Medical Care a que facilite mi información médica a agencias del gobierno, compañías de seguro y otros agentes financieramente responsables de mis cuidados, médicos, en caso que sea necesario para el trámite de pagos por servicios recibidos. Asigno la transferencia del dinero y otros beneficios de parte de las agencias gubernamentales, compañías de seguro y otros financieramente responsables de mis cuidados por el tratamiento recibido en la misma. Si el pago por los servicios recibidos es enviado a mí directamente, suministraré a Delmont Medical Care una copia del documento del pago anexo al cheque, así como también remitiré la totalidad del pago.

X _____

Firma del Paciente/Guardián/Persona Responsable

_____ fecha

FORMULARIO DE REGISTRO

AUTORIZACIÓN PARA DISCUTIR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo _____ autorizo a _____ Dr. DELMONT / DMC _____ que discuta detalles de mi condición médica con:

Nombre y relación con la persona que usted está autorizando

Número de teléfono casa y/o celular

X _____

Firma del Paciente/Guardián/Persona Responsable

Fecha

Denegado

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTOS A MENORES

Solo para pacientes pediátricos

**** NOTA ****: ESTA AUTORIZACIÓN NO APLICA PARA LOS EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA Y/O VACUNACIONES. LOS PADRES / TUTORES DEBEN ESTAR PRESENTES.

Yo _____ autorizo el tratamiento a _____

quien es menor de edad. El menor de 18 años recibe tratamiento médico acompañado de:

(Escriba el nombre del adulto designado)

Relación con el paciente

Fecha

Firma de padres o persona responsable

AUTORIZACIÓN PARA MENORES NO ACOMPAÑADOS

**** NOTA ****: ESTA AUTORIZACIÓN NO APLICA PARA LOS EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA Y/O VACUNACIONES. LOS PADRES / TUTORES DEBEN ESTAR PRESENTES

Yo _____ autorizo el tratamiento a _____

menor de edad. El menor de 18 años no está siendo acompañado por un adulto, padre o tutor

Fecha

Firma de padres o persona responsable



FORMULARIO DE REGISTRO

AUTORIZACIÓN PARA COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO O TEXTO CELULAR

Las comunicaciones enviadas por correo electrónico o por texto a celulares le permite a los proveedores médicos de Delmont Medical Care intercambiar información médica de una manera más eficiente. Al mismo tiempo, reconocemos que este tipo de comunicaciones no son medios completamente seguro porque los mensajes podrían ser enviados por error a una persona equivocada o ser obtenidas inapropiadamente durante el almacenaje o transmisión de la información.

Si a usted le gustaría recibir correos electrónicos y/o textos celulares que contengan su información médica por favor firme esta autorización. No es obligatorio que esté de acuerdo a compartir su información por estos medios y si usted no firma esta autorización, de ninguna manera le afectará los cuidados médicos que recibirá. Si usted decide no autorizar el uso de correo electrónico y/o por textos celulares, continuaremos contactándole por correo postal regular o telefónicamente.

X _____
Firma del Paciente/Guardián/Persona Responsable

Fecha

Nombre

Dirección de correo electrónico y/o celular al que desea que Delmont Medical Care le envíe su información médica

Dirección de correo electrónico y/o celular al que desea que Delmont Medical Care le envíe su información médica a su representante



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA

[This form has been approved by the New York State Department of Health]

Patient Name	Date of Birth	Social Security Number
Patient Address		

I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be released as set forth on this form: In accordance with New York State Law and the Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), I understand that:

- This authorization may include disclosure of information relating to **ALCOHOL** and **DRUG ABUSE, MENTAL HEALTH TREATMENT**, except psychotherapy notes, and **CONFIDENTIAL HIV* RELATED INFORMATION** only if I place my initials on the appropriate line in Item 9(a). In the event the health information described below includes any of these types of information, and I initial the line on the box in Item 9(a), I specifically authorize release of such information to the person(s) indicated in Item 8.
- If I am authorizing the release of HIV-related, alcohol or drug treatment, or mental health treatment information, the recipient is prohibited from redisclosing such information without my authorization unless permitted to do so under federal or state law. I understand that I have the right to request a list of people who may receive or use my HIV-related information without authorization. If I experience discrimination because of the release or disclosure of HIV-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at (212) 480-2493 or the New York City Commission of Human Rights at (212) 306-7450. These agencies are responsible for protecting my rights.
- I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the health care provider listed below. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.
- I understand that signing this authorization is voluntary. My treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure.
- Information disclosed under this authorization might be redisclosed by the recipient (except as noted above in Item 2), and this redisclosure may no longer be protected by federal or state law.
- THIS AUTHORIZATION DOES NOT AUTHORIZE YOU TO DISCUSS MY HEALTH INFORMATION OR MEDICAL CARE WITH ANYONE OTHER THAN THE ATTORNEY OR GOVERNMENTAL AGENCY SPECIFIED IN ITEM 9 (b).**

7. Name and address of health provider or entity to release this information:

8. Name and address of person(s) or category of person to whom this information will be sent:

9(a). Specific information to be released:
 Medical Record from (insert date) _____ to (insert date) _____
 Entire Medical Record, including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consults, billing records, insurance records, and records sent to you by other health care providers.
 Other: _____ Include: *(Indicate by Initialing)*
 _____ **Alcohol/Drug Treatment**
 _____ **Mental Health Information**
 _____ **HIV-Related Information**

Authorization to Discuss Health Information

(b) By initialing here _____ I authorize _____
Initials Name of individual health care provider
 to discuss my health information with my attorney, or a governmental agency, listed here:

(Attorney/Firm Name or Governmental Agency Name)

10. Reason for release of information: At request of individual Other: _____	11. Date or event on which this authorization will expire:
--	--

12. If not the patient, name of person signing form:	13. Authority to sign on behalf of patient:
--	---

All items on this form have been completed and my questions about this form have been answered. In addition, I have been provided a copy of the form.

Signature of patient or representative authorized by law. Date: _____

* **Human Immunodeficiency Virus that causes AIDS. The New York State Public Health Law protects information which reasonably could identify someone as having HIV symptoms or infection and information regarding a person's contacts.**

FORMULARIO DE REGISTRO

Delmont Medical Care

Departamento de Salud del Estado de Nueva York

**Autorización de acceso a información del paciente
a través de una organización de intercambio de información de salud**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección del paciente		

Solicito que el acceso a la información de salud vinculada a mi atención médica y tratamientos se rija por lo que se establece en este formulario. Puedo optar por permitir (o no) que **Delmont Medical Care** (incluidos sus agentes) acceda a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información de salud denominada Healthix. En caso de otorgar mi consentimiento, se podrá acceder a través de una red informática estatal a mis registros de atención de salud provenientes de los diferentes lugares donde me atiendo. Healthix es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas por medios electrónicos y cumple con los requisitos de privacidad y seguridad establecidos por la ley HIPAA [Ley de Transferencia y Responsabilidad en los Seguros de Salud] y la ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite el sitio en Internet de Healthix en www.healthix.org.

Se podrá acceder a mi información en casos de emergencia a menos que llene este formulario y marque la casilla 3, la cual establece que no doy mi consentimiento, *aun* en situaciones de emergencia.

La elección que haga en este formulario NO afectará mi acceso a la atención de salud. La elección que haga en este formulario NO autoriza a las empresas de seguros de salud a acceder a mi información con el objetivo de decidir si me brindarán o no cobertura de seguro de salud o pagarán mis gastos médicos.

<p>Mi opción de consentimiento. He marcado <u>UNA casilla</u> a la izquierda de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar de opinión en cualquier momento, para lo cual bastará con que llene un nuevo formulario.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. DOY MI CONSENTIMIENTO para que Delmont Medical Care acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix para brindarme cuidados de atención de salud (incluidos cuidados en situación de emergencia).</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO EXCEPTO EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA para que Delmont Medical Care acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix.</p>
<p><input type="checkbox"/> 3. NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que Delmont Medical Care acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix, <i>aun en situaciones de emergencia médica</i>.</p>

Si quiero denegar mi consentimiento a todas las organizaciones proveedoras de cuidados de salud o planes de salud que participan en Healthix a fin de que no accedan a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix, podrá hacerlo a través del sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org, o llamando a Healthix al 877-695-4749.

He recibido respuestas a mis preguntas sobre este formulario, y se me ha entregado una copia del mismo.

Firma del paciente o representante legal del paciente x	Fecha
Nombre del representante legal en imprenta (si corresponde)	Relación entre el representante legal y el paciente (si corresponde)