



FECHA DE HOY
/ /

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|---|--|---|---|------------------------------------|--|--|---|---|--|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| APELLIDO | | NOMBRE | | 2° NOMBRE | | SEXO | <input type="checkbox"/> Masculino | IDENTIDAD DE GÉNERO (opcional) | <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Otro | | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Transgénero masculino (FTM) | <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino (MTF) | | | | | |
| DIRECCIÓN | | | CIUDAD | | | ESTADO | | CÓDIGO POSTAL | | | | | | |
| ESTADO CIVIL | <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Divorciado | FECHA DE NACIMIENTO | EMAIL | | NÚMERO SEGURO SOCIAL | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Soltero | <input type="checkbox"/> Viudo | / / | | | | | | | | | | | |
| NÚMERO TEL. CASA () | | | <input type="checkbox"/> ¿Preferido? | TEL. CELULAR () | | | <input type="checkbox"/> ¿Preferido? | NÚMERO TEL. TRABAJO () | | | | | <input type="checkbox"/> ¿Preferido? | |
| ¿Podemos dejarle mensajes en este número? | | | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> Breve | ¿Podemos dejarle mensajes en este número? | | | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> Breve | ¿Podemos dejarle mensajes en este número? | | | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> Breve |
| | | | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Extenso | | | | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Extenso | | | | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Extenso |
| ¿Es usted parte del Programa de Medicina sin Sangre? | | | | | | <input type="checkbox"/> SÍ | ¿Tiene usted un testamento vital /Documento de Voluntades Anticipadas? | | | | | | <input type="checkbox"/> SÍ | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | <input type="checkbox"/> NO | |
| RAZA | | <input type="checkbox"/> Alndígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño polinésico | | <input type="checkbox"/> Otra raza | | ETNIA | | <input type="checkbox"/> Hispano o latino | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Hispano | | | <input type="checkbox"/> Blanco | | | | <input type="checkbox"/> No hispano ni latino | | | | |
| IDIOMA NATIVO | | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Farsi | <input type="checkbox"/> Griego | <input type="checkbox"/> Indio | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Ruso | <input type="checkbox"/> Otro | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Francés | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Español | | | | | | | |
| ¿NECESITA TRADUCTOR? | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> SÍ | | |
| | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> NO | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------|--|--------|-----------------|--------|--|---------------|--|
| NOMBRE DE LA FARMACIA | | | TELÉFONO () | | | | |
| DIRECCIÓN DE LA FARMACIA | | CIUDAD | | ESTADO | | CÓDIGO POSTAL | |

| | | | | | |
|---------------------------|--|----------|--|--|--|
| CONTACTO DE EMERGENCIA #1 | | RELACIÓN | | TEL. DEL CONTACTO DE EMERGENCIA () | |
| CONTACTO DE EMERGENCIA #2 | | RELACIÓN | | TEL. DEL CONTACTO DE EMERGENCIA () | |

¿Con qué proveedor se atiende para la mayoría de sus necesidades médicas?

| | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--------|-----------------|--------|--|---------------|--|
| PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO | | | TELÉFONO () | | | | |
| DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR PRIMARIO | | CIUDAD | | ESTADO | | CÓDIGO POSTAL | |

| | | | | | | | |
|---|--|--------|-----------------|--------|--|---------------|--|
| PROVEEDOR QUE LE PROPORCIONA REFERIDOS PARA CUIDADO | | | TELÉFONO () | | | | |
| DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR QUE LE PROPORCIONA REFERIDOS PARA CUIDADO | | CIUDAD | | ESTADO | | CÓDIGO POSTAL | |

| | | | | | | | |
|---|--|--------|-----------------|--------|--|---------------|--|
| OTRO PROVEEDOR DE CUIDADO | | | TELÉFONO () | | | | |
| DIRECCIÓN DEL OTRO PROVEEDOR DE CUIDADO | | CIUDAD | | ESTADO | | CÓDIGO POSTAL | |

| | | | | | | | |
|---|--|--------|-----------------|--------|--|---------------|--|
| OTRO PROVEEDOR DE CUIDADO | | | TELÉFONO () | | | | |
| DIRECCIÓN DEL OTRO PROVEEDOR DE CUIDADO | | CIUDAD | | ESTADO | | CÓDIGO POSTAL | |

(continúa al otro lado)



INFORMACIÓN DE EMPLEO

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL EMPLEADOR | OCUPACIÓN/POSICIÓN |
| ESTADO DE EMPLEO | |
| <input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo | <input type="checkbox"/> Autónomo |
| <input type="checkbox"/> Empleado medio tiempo | <input type="checkbox"/> Jubilado |
| | <input type="checkbox"/> En servicio militar activo |
| | <input type="checkbox"/> Reserva |
| | <input type="checkbox"/> Otro |

INFORMACIÓN DE PAGO/SEGURO

SEGURO PRIMARIO ¿A qué seguro se le debería cobrar primero?

| | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|
| NOMBRE DEL AFILIADO | ¿A NOMBRE DE QUIÉN ESTÁ SU PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO? | |
| N. DE SEGURO SOCIAL DEL AFILIADO | FECHA DE NACIMIENTO DEL AFILIADO | RELACIÓN CON EL AFILIADO |
| - - | / / | |

| | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------|---------------|
| EMPLEADOR DEL AFILIADO | | | |
| DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR DEL AFILIADO | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| GÉNERO DEL AFILIADO | | | |
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Transgénero | | |
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Otro | | |

| | | | |
|------------------------------------|--------------|-------------|---------------|
| COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIA | N. DE PÓLIZA | N. DE GRUPO | |
| DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| TELÉFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA | | | |
| () | | | |

SEGURO ADICIONAL ¿A qué seguro se le debería cobrar segundo? Tal vez esto no corresponda a su caso.

| | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|
| NOMBRE DEL AFILIADO | ¿A NOMBRE DE QUIÉN ESTÁ SU PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO? | |
| N. DE SEGURO SOCIAL DEL AFILIADO | FECHA DE NACIMIENTO DEL AFILIADO | RELACIÓN CON EL AFILIADO |
| - - | / / | |

| | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------|---------------|
| EMPLEADOR DEL AFILIADO | | | |
| DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR DEL AFILIADO | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| GÉNERO DEL AFILIADO | | | |
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Transgénero | | |
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Otro | | |

| | | | |
|-------------------------|--------------|-------------|--|
| OTRA COMPAÑÍA DE SEGURO | N. DE PÓLIZA | N. DE GRUPO | |
|-------------------------|--------------|-------------|--|

RECONOCIMIENTO/AUTORIZACIÓN

| | | |
|---|--------------------------|-------|
| YO CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN LA PRESENTE ES EXACTA Y VERDADERA. YO AUTORIZO EL PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS PARA CUALQUIER SERVICIO QUE ME SEA PRESTADO POR ESTE GRUPO DE MÉDICOS. YO COMPRENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR CUALQUIER SUMA QUE NO SEA CUBIERTA POR MI SEGURO. YO AUTORIZO LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA A MI CUIDADO MÉDICO A MI COMPAÑÍA DE SEGURO CON EL PROPÓSITO DE REVISAR Y PROCESAR SOLICITUDES DE REEMBOLSOS MÉDICOS PARA PAGO. | | |
| FIRMA | RELACIÓN CON EL PACIENTE | FECHA |
| | | / / |



ENGLEWOOD HEALTH PHYSICIAN NETWORK

AUTORIZACIÓN PARA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____

Dirección (número y calle) _____

Ciudad, estado, código postal _____

Teléfono _____ Fecha de nacimiento _____

Yo autorizo a través de la presente y solicito a Englewood Health Physician Network que:

- Liberen información a Obtengan información de

Nombre/Centro: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

CON PROPÓSITO DE: _____

INFORMACIÓN A SER LIBERADA/OBTENIDA

Especifique por favor fecha(s) de visita:

Yo específicamente autorizo el uso y/o divulgación del siguiente tipo de información altamente confidencial indicado por mis iniciales junto al tipo de información:

- ____ SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirido) o infección VIH (Virus de inmunodeficiencia humana)
____ Atención psiquiátrica ____ Información genética
____ Tratamiento por alcohol y/o abuso de drogas ____ Enfermedad(es) de transmisión sexual
____ Tuberculosis

Yo autorizo a la persona/organización mencionada y a los miembros de su personal para que divulguen la información indicada, incluyendo copias o copias por fax de la información como especificado en esta autorización. Asimismo, yo consiento eximir al centro y a sus empleados y agentes de toda responsabilidad que pueda suscitarse por la divulgación de información solicitada en la presente.

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización para liberar información por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que alguna acción haya sido tomada en relación a la misma. Yo comprendo que esta autorización caducará el _____. Si no especifico una fecha de expiración, evento o condición, esta autorización caducará en 90 días.

Yo entiendo que la autorización de divulgación de esta información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No tengo que firmar este formulario para poder recibir tratamiento. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de re divulgación no autorizada y que la información podría no estar protegida por reglas federales de confidencialidad. Entiendo que recibiré una copia de este formulario una vez que lo firme.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Si firmado por un representante legal, relación con el paciente



ENGLEWOOD HEALTH PHYSICIAN NETWORK

DESIGNACIÓN DE FAMILIARES, AMIGOS Y CUIDADORES A RECIBIR LA INFORMACIÓN NECESARIA RELACIONADA CON EL TRATAMIENTO

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Estoy de acuerdo que Englewood Health Physician Network puede revelar ciertas partes de mi información médica a un miembro de la familia, amigo familiar u otro cuidador porque tal persona está involucrada con mi atención médica o pago relacionado con mi atención médica.

MD Partners revelara solamente la información que es directamente relevante a la participación de la persona con mi atención medica o pago relacionado con mi atención médica.

Firma del paciente/custodio: _____ Fecha: _____

Opto por no designar a ninguna persona en este momento.

Designo a los siguientes contactos nombrados como personas involucradas con mi atención médica o pago relacionado a mi cuidado de salud para Englewood Health Physician Network hagan las revelaciones limitadas descritas anteriormente.

Yo entiendo que no estoy obligado a nombrar a alguna persona, y puedo cambiar esta lista en cualquier momento por escrito.

Nombre de contacto: _____

Fecha de nacimiento de contacto (requerido): _____

Relación: _____

Nombre de contacto: _____

Fecha de nacimiento de contacto (requerido): _____

Relación: _____

Nombre de contacto: _____

Fecha de nacimiento de contacto (requerido): _____

Relación: _____