

## Formulario de registro del paciente

### Información demográfica

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
SSN: \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino  Desconocido

**Estado civil:**  Divorciado  Casado  Pareja  Soltero

Desconocido  Viudo  Separado legalmente

**Idioma preferido:**  Inglés  Español  Lengua de señas

No quiso especificar  Haitiano/Criollo haitiano

**Etnia:**  Hispano o latino  No hispano o latino  No especificar

**Raza:**  Caucásico  Afroamericano  Asiático

Hispano  Multi-Racial  Otro \_\_\_\_\_

Indígena americano o nativo de Alaska  Asiática  Negra o afroamericana

Nativa hawaiana o isleña del Pacífico

**Situación laboral:**  Empleada a tiempo completo  Empleada a tiempo parcial  Sin empleo

Trabajador por cuenta propia  Jubilada  En servicio militar activo

Reservado para asignación nacional  Desconocida

**Instrucciones anticipadas:**  Poder notarial  Testamento vital

\*Si la respuesta a cualquiera de las dos es Sí, por favor, entregue una copia en recepción

### Información de contacto en caso de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Información de contacto de la farmacia preferida

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

**PARA TRATAMIENTO MÉDICO Y AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN**

Por favor, ponga sus iniciales y firme para completar el reconocimiento y consentimiento para el tratamiento médico, la divulgación de información, el aviso de prácticas de privacidad y la política de pago.

**Consentimiento para el tratamiento**

---

Doy mi consentimiento voluntario para que mi médico y otros profesionales de la salud me brinden atención y tratamiento en Elite Medical Center. Dicha atención puede incluir, diagnósticos, procedimientos, radiografías, extracciones de sangre, análisis de laboratorio, administración de medicamentos y otros procedimientos que los profesionales de la salud que me atiendan consideren necesarios. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y el tratamiento pueden conllevar riesgos, incluyendo lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados de ningún tratamiento o procedimiento. Entiendo que tengo derecho a consentir o rechazar cualquier tratamiento o procedimiento propuesto y a hablarlo con mi profesional de la salud. Entiendo que, durante mi tratamiento médico, se me pueden tomar una o más fotografías de mi piel o heridas para ayudar a supervisar mi tratamiento y guiar las intervenciones del profesional de la salud. Entiendo que las personas en formación o que deseen aprender sobre las funciones de los profesionales de la salud pueden observar el tratamiento que recibo. Doy mi consentimiento para ello, pero tengo derecho a oponerme en cualquier momento a que dicha persona observe, y dicha objeción será respetada.

**Autorización para la divulgación de información**

---

Autorizo a Elite Medical Center a utilizar la información médica confidencial contenida en mi historial médico según sea necesario para el pago de reclamaciones, la gestión médica o la revisión de calidad. Además, autorizo la divulgación de dicha información confidencial a mi compañía de seguros u otro plan de salud, incluyendo a los pagadores gubernamentales, según sea necesario para el pago de reclamaciones, la gestión médica o las actividades de revisión de calidad realizadas por dicha compañía o plan, o su designado. Esta autorización incluye la divulgación de cualquier diagnóstico de SIDA o resultado positivo en la prueba de anticuerpos contra el VIH, información sobre el consumo de alcohol y/o drogas, pruebas genéticas, historial de medicamentos, trastornos congénitos e información sobre salud mental, en la medida en que lo permitan las leyes federales y estatales aplicables. Entiendo que puedo revocar esta autorización para la divulgación de información por escrito en cualquier momento, pero solo con respecto a tratamientos futuros y no con respecto a la atención y el tratamiento que ya se me han brindado.

**Aviso de prácticas de privacidad**

---

Al firmar este documento, reconozco la revisión del aviso de prácticas de privacidad de Elite Medical Center con una copia disponible a solicitud, como lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA en inglés) para garantizar que he sido informado de mis derechos de privacidad.



**Política de pago**

**Convenio de Pago (Seguro de Salud)**

---

Yo solicito que se realice en mi nombre el pago de los beneficios de seguro autorizados, incluyendo Medicare y Medicaid, por cualquier servicio que Elite Medical Center me preste. Reconozco que he proporcionado la información de mi seguro y autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados por Elite Medical Center a mi compañía de seguros u otra entidad, previa solicitud, para garantizar el pago de mis beneficios. Es mi responsabilidad notificar a Elite Medical Center sobre cualquier cambio en mi cobertura médica.

**Pago propio**

---

Al firmar este documento, reconozco mi plena responsabilidad por todos los servicios prestados por Elite Medical Center. El pago debe realizarse en su totalidad al momento de la prestación de los servicios. Reconozco y entiendo plenamente que los servicios solicitados hoy no se facturarán a ninguna aseguradora a mi solicitud.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o representante**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre**

\_\_\_\_\_  
**Parentesco si no es el paciente**



## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE DE HIPAA**

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. El Aviso contiene una sección de Derechos del Paciente que describe sus derechos bajo la ley. Tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si modificamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada contactando a nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos el uso o la divulgación de su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con dicho acuerdo.

Al firmar este formulario, usted consiente que usemos y divulguemos su información médica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este Consentimiento, por escrito y con su firma. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos realizado con base en su Consentimiento previo. La Oficina proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA en inglés).

El paciente sabe que:

- La información médica protegida puede divulgarse o utilizarse para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, según lo permita la ley.
- Elite Medical Center cuenta con un Aviso de Prácticas de Privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisarlo.
- Elite Medical Center se reserva el derecho de modificar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información, pero Elite Medical Center no está obligado a aceptar dichas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y, en ese caso, cesarán todas las divulgaciones futuras.
- Elite Medical Center puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la Paciente o Representante  
Legal**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Parentesco si no es el paciente**



**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**Marque todas las que correspondan y enumere los nombres del cónyuge, hijo(s) y otras personas involucradas en el cuidado, según corresponda.**

- Tiene permiso para dejar información en mi contestador automático o buzón de voz sobre mi atención médica y los resultados de mis pruebas.
- Tiene mi permiso para hablar con mi cónyuge/pareja sobre mi atención médica.
- Tiene mi permiso para hablar con mi(s) hijo(s) u otros familiares involucrados en mi atención médica.
- Otro (por favor, describa)

---

---

Nombre	Vínculo	Número de Contacto

Previa solicitud, puedo limitar la validez de este consentimiento para la divulgación de información, de conformidad con la legislación aplicable. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información ya divulgada. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información es voluntario.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la Paciente o Representante  
Legal**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Parentesco si no es el paciente**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

<b>Nombre Del Paciente:</b>	<b>Fecha De Nacimiento:</b>
-----------------------------	-----------------------------

<b>No. De Seguro Social:</b>	<b>No. De Teléfono:</b>
------------------------------	-------------------------

**Dirección:**
**PROPORCIONAR A**

Yo autorizo a ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. ; a **proporcionar** la información de salud como se indica a continuación: a ser liberada Y para propósito de formas alternas de comunicación confidencial el uso de la siguiente dirección de correo electrónico:

**Nombre De Persona/Organización:**
**Dirección:**

<b>No. De Teléfono:</b>	<b>Correo Electrónico:</b>
-------------------------	----------------------------

**Fechas De Record Médico Proporcionadas:**

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. , ( ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. ) Ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico. Transmitir información vía correo electrónico tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. usará formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico. De todas formas, ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros. Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico yo consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

**PROPOSITO DE ENTREGA**

<input type="checkbox"/> Continuidad De La Atención <input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Uso Personal	<input type="checkbox"/> Otros Propósitos <i>(especifique aquí)</i>
--	---	---

**INFORMACIÓN A SER RELEVADA**

<input type="checkbox"/> Record Medico Completo <input type="checkbox"/> Reportes De Radiología	<input type="checkbox"/> Reportes De Operativo <input type="checkbox"/> Reportes De Patología
<input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otro <i>(especifique aquí)</i>	

**AUTORIZACIONES ESPECIFICAS**

La siguiente información no puede ser relevada sin la especifica autorización dada marcando la casilla(s) siguientes:

<input type="checkbox"/> Abuso o Tratamiento De Droga/Alcohol <input type="checkbox"/> Resultados o Diagnósticos De VIH/SIDA, Enfermedades De Trasmisión Sexual	<input type="checkbox"/> Información De Pruebas Genéticas <input type="checkbox"/> Tratamientos De Salud Mental o Notas De Psicoterapia <i>(Relevar Notas De Psicoterapia requiere una autorización por separado)</i>
--	---

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento excepto cuando la acción ya ha sido tomada. **Esta autorización y consentimiento vencerá a un año de la firma del presente formulario.** Su cuidado de salud (o pagos por el mismo) no podrán ser afectados firme o no esta autorización. Una vez que su información sea entregada, la misma ya no estará resguardada por las leyes.)

<b>Firma De Paciente:</b> <i>(Guardián/Representante Legal)</i>	<b>Fecha:</b>
--	---------------

<b>Nombre:</b> <i>(Letra De Molde)</i>	<b>Relación Si No Es El Paciente:</b>
---	---------------------------------------

**\*\*Si no es la firma del paciente, una copia del documento legal verificando que es el representante del paciente tiene que ser acompañada con este formulario.**

**INFORMACION DEL PACIENTE**

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>No. de Seguridad Social</b>	<b>No. de teléfono:</b>
<b>Dirección:</b>	

**SOLICITUD PARA**

<b>Nombre del centro de atención del que se solicita:</b>	
<b>No. de teléfono:</b>	<b>Fax No.:</b>
<b>Dirección:</b>	
<b>Fechas de tratamiento solicitadas:</b>	<b>Motivo de divulgación:</b>

Por la presente, autorizo a ELITE MEDICAL CENTER (EMC) a obtener la información de salud que se indica a continuación y a utilizar mi dirección de correo electrónico como medio alternativo de comunicación confidencial. EMC ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico. La transmisión de información del paciente por correo electrónico conlleva ciertos riesgos que los pacientes deben considerar antes de dar su consentimiento para su uso. EMC implementará medidas razonables para proteger la seguridad y la confidencialidad de la información enviada y recibida por correo electrónico. Sin embargo, EMC no puede garantizar la seguridad ni la confidencialidad de la comunicación por correo electrónico y no será responsable de la divulgación involuntaria de información confidencial. Declaro haber leído y comprendido completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación por correo electrónico y doy mi consentimiento a las condiciones aquí descritas. Todas mis preguntas han sido respondidas.

<b>Enviar información a:</b> ELITE MEDICAL CENTER	<b>Dirección:</b> 13005 Southern Blvd, NO.:213, Loxahatchee, FL 33470
<b>O enviar Fax a:</b> 561.839.5955	<b>Email:</b> info@theelitemedicalcenter.com

**INFORMACION A SER LIBERADA**

<input type="checkbox"/> <b>Historial médico completo</b>	<input type="checkbox"/> <b>Informes quirúrgicos</b>
<input type="checkbox"/> <b>Informes de radiología</b>	<input type="checkbox"/> <b>Informes de patología</b>
<input type="checkbox"/> <b>Informes de laboratorio</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Otros (especificar)</b>	

**AUTORIZACION ESPECIFICA**

La siguiente información no se divulgará a menos que usted lo autorice expresamente marcando la(s) casilla(s) correspondiente(s) a continuación:

<input type="checkbox"/> <b>Consumo o tratamiento por abuso de drogas/alcohol</b>	<input type="checkbox"/> <b>Información sobre pruebas genéticas</b>
<input type="checkbox"/> <b>VIH/SIDA, Enfermedades de transmisión sexual (ETS) Resultados de pruebas o diagnósticos</b>	<input type="checkbox"/> <b>Notas de tratamiento de salud mental o psicoterapia</b> <i>(La divulgación de las notas de psicoterapia requiere una autorización por separado)</i>

*Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones al respecto. Esta autorización y consentimiento expirarán un año después de la fecha de autorización que figura a continuación. Su atención médica (o el pago de la misma) no se verá afectada por el hecho de que firme o no esta autorización. Una vez que se divulgue su información de salud, la posterior divulgación de dicha información por parte del destinatario podría dejar de estar protegida por la ley.*

<b>Firma del paciente:</b> <i>(Tutor/Representante legal)</i>	<b>Fecha:</b>
<b>Nombre:</b> <i>(Letra De Molde)</i>	<b>Relación Si No Es El Paciente:</b>

**\*\*Si la firma no es la del paciente, se DEBE adjuntar a la solicitud una copia de la documentación legal que verifique la identidad del representante legal del paciente (por ejemplo, tutor designado por un tribunal, poder notarial duradero para asuntos de salud). Para un paciente fallecido: Se debe adjuntar a la autorización un certificado de defunción junto con la documentación del albacea o administrador de la herencia. Excepción: padre/madre que firma en nombre de un paciente menor de 18 años. \*\*Para un paciente fallecido, se debe adjuntar a la autorización firmada por la persona designada una resolución u orden judicial que nombre a un fiduciario, albacea o administrador, o las cartas de nombramiento recibidas del tribunal testamentario. Si la herencia no ha sido tramitada, se requiere un certificado de defunción junto con los documentos que nombran al administrador o albacea de la herencia.**



## **POLÍTICA DE LA OFICINA SOBRE CITAS PERDIDAS Y FONDOS INSUFICIENTES**

### **"NO VENIR A LA CITA"**

Un imprevisto podría impedirle asistir a su cita, pero tenga en cuenta que deberá abonar un cargo de \$25.00 si no llama para reprogramar o cancelar su cita a tiempo. Si llama para reprogramar o cancelar su visita con al menos 24 horas de antelación, no se le cobrará. Si no se comunica con nuestra oficina, se considerará una "no presentación" y se le cobrará un cargo de \$25.00. Las citas no presentadas son muy costosas, ya que nuestra oficina reserva tiempo para reprogramar a otro paciente en su horario. La atención habitual al paciente también se ve afectada. Esta política nos permite mantener un alto nivel de servicio para todos nuestros pacientes.

### **"SIN FONDOS EN LA CUENTA"**

Si paga con cheque y este es devuelto por falta de fondos, tendremos que cobrarle una comisión de \$25.00 por fondos insuficientes. El uso de un cheque implica la aceptación de este acuerdo. Para que podamos atenderle, su cuenta debe tener un saldo cero por falta de fondos.

He leído y acepto las políticas anteriores.

---

**Firma**

---

**Fecha**



**HIPAA - PATIENT CONSENT FOR USE OF DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)  
ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

---

Confirmando que se me ha proveído con la "Nota De Practicas De Privacidad" de **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** , y doy mi consentimiento para usar y compartir Información Personal De Salud como lo permita y/o requiera la ley.

**Nombre Del Paciente:** *(nombre en letra de molde por favor)* \_\_\_\_\_

**Firma Del Paciente:** *(o representante legal; prueba puede ser requerida)* \_\_\_\_\_

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

---

**CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO/MENSAJES DE TEXTO A MOVIL**

**Propósito:** Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil en referencia a su Información de Salud Protegida. **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** , ( **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** ) ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. Transmitir información vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** usará formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil entre **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** y yo, y consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

**Patient Acknowledgment & Agreement / \*Reconocimiento y Acuerdo del Paciente**

**Mi Correo Electrónico Consentido Es:** \_\_\_\_\_

**Mi Numero Móvil Para Mensaje De Texto Consentido Es:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

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

**\*EN CASO DE EMERGENCIA:** Por favor llame al 911 o proceda al centro de emergencia más cercano.

**No use esta forma de comunicación para este propósito.**