

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Es el paciente mayor de 21 años?  SÍ  NO Sexo:  Masculino  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Apto. n.º)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### PERSONA RESPONSABLE (PADRE O MADRE/TUTOR LEGAL/GARANTE)

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino N.º de Seguro Social (SSN): \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
 La misma del paciente (Calle) (Apto. n.º)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Igual que la persona financieramente responsable (padre / guardián / garante) listada arriba

Nombre del contacto en caso de emergencia:

\_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente:

\_\_\_\_\_

Teléfono:

\_\_\_\_\_

### FARMACIA PREFERIDA

Nombre: \_\_\_\_\_

Ubicación / Intersección: \_\_\_\_\_

**SEGURO**

Privado/Costo a cargo del paciente. No deseo que se presente un reclamo a un plan médico por la consulta de hoy.

**1** Nombre del proveedor de seguro primario: \_\_\_\_\_  
 Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del afiliado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino N.º de Seguro Social (SSN): \_\_\_\_\_  
 Dirección del afiliado: \_\_\_\_\_  
 (Calle) (Apto. n.º)

La misma del paciente

\_\_\_\_\_  
 (Ciudad) (Estado) (Código Postal)  
 Teléfono principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**2** Nombre del proveedor de seguro primario: \_\_\_\_\_  
 Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del afiliado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino N.º de Seguro Social (SSN): \_\_\_\_\_  
 Dirección del afiliado: \_\_\_\_\_  
 (Calle) (Apto. n.º)

La misma del paciente

\_\_\_\_\_  
 (Ciudad) (Estado) (Código Postal)  
 Teléfono principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**AFILIADOS A TRICARE Y A TODO TIPO DE HMO**

¿Tiene un plan Tricare Prime o un plan HMO?  No  Sí

En caso afirmativo, ¿ha solicitado una autorización/remisión a su gerente de atención primaria (PCM) o al médico de atención primaria (PCP)?  No\*  Sí

**TRICARE PRIME:** Usted DEBE solicitar ser remitido a nuestra clínica DENTRO DE UN PLAZO de 24 horas. Si Tricare no recibe la solicitud dentro de 24 horas, usted será responsable del 50% del costo de la consulta de hoy.

**Planes HMO:** Algunos planes requieren que su médico de atención primaria lo remita. *Si se exige ser remitido* y usted no obtiene una remisión, su consulta podría procesarse como fuera de la red.

**¿CÓMO SUPO DE NOSOTROS?**

- Pasé en auto/Vivo cerca  Google
- Facebook  Cita en línea a través de ZocDoc
- Evento comunitario: \_\_\_\_\_  Evento de la PTA: \_\_\_\_\_
- Por recomendación del médico: \_\_\_\_\_
- Remitido por: \_\_\_\_\_
- De otro modo: \_\_\_\_\_

**¡Gracias por escoger a Pediatric Urgent Care of Fort Worth!**



## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, ASIGNACIÓN Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD**

### **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO**

Me presento voluntariamente o a mi hijo (a) al Pediatric Urgent Care of Fort Worth (PUCFW) y doy mi consentimiento para el tratamiento por parte del médico de turno y a quien designe como su asistente, asociado, médico tratante y personal de cuidado de pacientes para brindar mi cuidado. Dicho cuidado puede incluir entre otros: procedimientos diagnósticos, evaluaciones y procedimientos radiológicos y la administración de medicamentos recomendables para mi diagnóstico, tratamiento y plan de tratamiento. Reconozco que no se puede dar ninguna garantía, ni se ha dado alguna, en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes y entiendo que todos los tratamientos médicos conllevan riesgos inherentes.

### **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO Y GARANTÍA DE PAGO**

En consideración con los servicios prestados, por la presente cedo y transfiero a PUCFW todos y cada uno de los derechos que tengo en las compañías de seguros o terceros pagadores por el pago de los cargos por servicios prestados por PUCFW a mí o a uno de mis dependientes. Autorizo que dichos pagos se apliquen a cualquier saldo impago por el cual sea responsable. Entiendo que soy responsable y que pagaré la porción de mi factura no cubierta por compañías de seguros o terceros pagadores. Estoy de acuerdo en pagar la cuenta en su totalidad después de recibir mi estado de cuenta, a menos que se hagan arreglos de pago con PUCFW. Si mi cuenta pasa a una agencia de cobros, un 35% adicional se agregará a mi saldo. *Nuestra política es que cualquier copago de seguro o deducibles o cualquier saldo de una cuenta pendiente de aquellos sin seguro es pagadera en el momento del servicio.*

### **CUMPLIMIENTO CON EL GOBIERNO (Reconocimiento de que PUCFW se ajusta a los reglamentos de HIPAA y del gobierno federal)**

En cumplimiento con HIPAA y la Ley Stark, PUCFW debe informarle que hay otros cobros relacionados con laboratorios, servicios de diagnóstico o radiográficos. Debe señalarse que usted o su hijo se presentan voluntariamente a PUCFW por necesidades médicas y que como parte de la evaluación de su condición (o la de su hijo) y cualquier tratamiento que se requiera, el médico de turno puede determinar que ciertas pruebas de laboratorio, diagnósticas o radiográficas sean necesarias. PUCFW ofrece muchos de estos servicios dentro de nuestras instalaciones como una conveniencia para nuestros pacientes. Si cualquier paciente quisiera recibir servicios de laboratorio o radiográficos en otro lugar, podemos proporcionarle una lista de ubicaciones cercanas.

### **LIBERACIÓN Y USO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Autorizo la divulgación de mi expediente médico, información, tratamiento y asesoramiento, así como información específica sobre la salud a:

1. MÉDICOS TRATANTES en el personal de PUCFW y su personal, agentes de otro centro de salud si se requiere transferencia directa a otra institución, y a mi médico atención primaria o cualquier especialista recomendado para seguimiento.
2. COMPAÑÍA DE SEGUROS o terceros pagadores y sus agentes, así como cualquier organización de revisión u organismo gubernamental con el propósito de determinar la elegibilidad y los beneficios disponibles, obtener pago por los servicios prestados y asegurar el cumplimiento de las leyes gubernamentales.
3. FINES DE CALIDAD O INSTITUCIONALES: Instituciones educativas o científicas tal como lo requiere la ley, profesionales de la salud autorizados en entrenamiento, programas internos de mejoramiento de la calidad, asesoría en el manejo de riesgos o asesoría legal cuando se considera que mi atención médica, la investigación médica, el mejoramiento de la calidad, la educación para la salud o la ciencia, la atención de salud se mejorará; para cualquier propósito que autorice la ley.

Yo entiendo que si me niego a autorizar el acceso a mi expediente para la coordinación de la atención, puede afectar adversamente mi tratamiento y podría resultar responsable del costo total de los servicios proporcionados por PUCFW. Entiendo que esta información puede contener mi historial médico personal, examen físico y tratamientos (si es necesario), resultados radiográficos y de laboratorio, y más específicamente resultados en referencia al abuso de alcohol/drogas, la salud mental o las enfermedades infecciosas (incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis u otras enfermedades infecciosas). Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización.

### **RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DE HIPAA**

Acuso recibo de la Aviso de Privacidad con información detallada sobre como PUCFW puede usar y divulgar mi información de salud protegida. Entiendo que PUCFW se reserva el derecho de cambiar el aviso de privacidad y que una copia del aviso revisado me estará disponible.

### **AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, USTED AFIRMA QUE HA LEÍDO EL AVISO DE CONSENTIMIENTO, ASIGNACIÓN, CUMPLIMIENTO Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y LA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DE HIPAA**

Nombre del Paciente/Tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o del padre o la madre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Fecha/Hora: \_\_\_\_\_



**Podemos dejarle los mensajes de voz:**

<b>SI</b>	<b>NO</b>
Autorizo a PUCCFW a dejar un mensaje detallado en el buzón de voz para cualquier propósito médico o de facturación	No autorizo a PUCCFW a dejar un mensaje detallado en mi buzón de voz. Reconozco que al elegir esta opción, yo, el paciente o el padre o la madre, asumimos la responsabilidad plena de contactar a PUCCFW para los resultados de todas las pruebas, facturación o inquietudes sobre el balance de la cuenta.
_____ (Iniciales aquí)	_____ (Iniciales aquí)

**Podemos enviarle mensajes de texto**

<b>SI</b>	<b>NO</b>
Autorizo a PUCCFW a enviarme mensajes de texto. Pueden aplicarse tarifas de texto estándar.	No autorizo a PUCCFW a enviarme mensajes de texto
_____ (Iniciales aquí)	_____ (Iniciales aquí)

**MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA/PEDIATRA**

Nombre/Clínica: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Le enviaremos a su médico un fax con un resumen de su consulta o de la consulta de su hijo.

Hacemos esto para su seguridad y garantizar la continuidad en la atención. Por favor, háganos saber si necesita una recomendación para ver a un médico de atención primaria (*Primary Care Provider, PCP*)

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Y FINANCIERA Y DE OTRA ÍNDOLE PARA APROBAR CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO**

De acuerdo con las normas de privacidad del gobierno federal implementadas a través de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, para que su médico o el personal de PUCCFW facilite copias de su estado / exámenes / procedimientos / rayos X a miembros de su familia u otras personas que usted designe, *a excepción de su médico de atención primaria o especialista*, nosotros debemos obtener su autorización antes de hacerlo. En caso de un episodio crítico o si usted no puede dar su autorización debido a la gravedad de su condición médica, la ley estipula que se puede prescindir de estas reglas. Además, debemos obtener su autorización para discutir información financiera de otras personas que usted designe que no sean compañías de seguros o terceros pagadores y sus agentes.

En caso de que usted no esté con su hijo cuando se presenta para recibir atención médica en cualquier establecimiento de PUCCFW, puede autorizar a las siguientes personas a "Consentir para recibir tratamiento". Este consentimiento es ilimitado y sin restricciones.

**Autorizo a PUCCFW a divulgar mi información, o la de mi hijo, sobre la atención médica, estado financiero y el consentimiento para el tratamiento a las siguientes personas:**

Nombre	Parentesco con el paciente	Teléfono
Esta persona puede: <input type="checkbox"/> Acceso a los registros médicos <input type="checkbox"/> Acceso a los registros financieros <input type="checkbox"/> Consentimiento de tratamiento		
Nombre	Parentesco con el paciente	Teléfono
Esta persona puede: <input type="checkbox"/> Acceso a los registros médicos <input type="checkbox"/> Acceso a los registros financieros <input type="checkbox"/> Consentimiento de tratamiento		