

## INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
<b>Información personal</b>	Sr./Sra./Srta. Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Dirección de correo electrónico _____ Teléfono celular: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo masculino/femenino: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F      Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: _____ Garante: _____ Parentesco del paciente con el garante: <input type="checkbox"/> Sí mismo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro Dirección del garante: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Poder notarial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Información del médico</b>	Médico remitente: _____ Teléfono: _____ Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____
<b>Información sobre la afección</b>	¿Es usted diabético(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      Si la respuesta es afirmativa, nombre y dirección del médico que trata su diabetes: Nombre del médico: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ ¿Ha recibido un servicio similar en los últimos cinco años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está recibiendo cuidados paliativos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Reside en algún centro de enfermería especializada (centro de convalecencia)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su afección es resultado de alguna lesión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es negativa, pase directamente a la Información del seguro a continuación.
¿La lesión estuvo relacionada con su trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, nombre del empleador al momento del accidente: Nombre del empleador: _____ Fecha de herida _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Persona de contacto: _____ Teléfono: _____ N.º de reclamo: _____
¿La lesión fue resultado de un accidente automovilístico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, nombre del perito: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____ N.º de reclamo: _____ Empleador actual: _____
SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL SEGURO	
<b>Seguro primario</b>	Seguro primario: _____ Dirección/teléfono: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____
<b>Seguro secundario</b>	Seguro secundario: _____ Dirección/teléfono: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____

**Por favor presente a la recepcionista con su (s) tarjeta (s) de seguro para poder hacer copias.**

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera, precisa y completa

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/garante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Formulario de registro de firma del paciente

**Nombre del paciente (letra de imprenta nítida):** \_\_\_\_\_

Comprendo que en determinadas circunstancias puede que sea necesario que se comuniquen conmigo con respecto a mi cuidado de salud. Al firmar este formulario, autorizo a Hanger Clinic comunicarse conmigo con respecto a citas, instrucciones de tratamiento, información de facturación/cuenta u otros asuntos específicos a mi cuidado de la salud.

Marque cuáles de los siguientes métodos de comunicación puede utilizar Hanger Clinic para comunicarse con usted:

**¿Cómo podemos comunicarnos con usted (marque todas las que correspondan)?**  Mensajes de voz  
 Correos electrónicos  Mensajes de texto

**N.º tel. de casa** \_\_\_\_\_ **N.º de trabajo** \_\_\_\_\_ **N.º de celular/texto\*:** \_\_\_\_\_  
**Correo electrónico\*\*:** \_\_\_\_\_

**Revocación de autorización de comunicarse conmigo por correo electrónico y/o mensajes de texto:**

Comprendo que puedo notificar a Hanger Clinic por escrito para revocar mi consentimiento de comunicaciones en el futuro por correo electrónico y/o mensajes de texto en cualquier momento. Mi revocación de autorización no afectará mi habilidad para obtener atención médica en el futuro ni provocará la pérdida de ningún beneficio al que de otro modo tengo derecho.

**Autorización para la divulgación de PHI:** Autorizo a Hanger Clinic a compartir información de mi tratamiento o el pago de mi tratamiento con las siguientes personas:

- Cónyuge o pareja (nombre) \_\_\_\_\_  Ninguno  
 Otro individuo (nombre) \_\_\_\_\_  Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Solicito que se efectúe el pago de los beneficios de Medicare, Medicaid o de seguros privados a Hanger Clinic o a cualquiera de sus subsidiarias por todos los servicios con cobertura prestados por Hanger Clinic. Me comprometo a pagar a Hanger Clinic el deducible y/o el coseguro de mi reclamación. Autorizo a todos quienes tengan información médica de mí a revelar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y a sus agentes, a Champus/TRICARE y sus agentes o a cualquier compañía de seguros privada toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios a pagar por servicios relacionados.

Con su firma a continuación, reconoce que ha recibido o se le ha dado la oportunidad de recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Hanger.

X \_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o del tercero responsable Fecha

X \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Firma del representante (acuse de recibo solamente) Fecha

X \_\_\_\_\_  
 Firma del testigo (si el paciente firma con una marca) Fecha Nombre en letra de imprenta del representante o testigo

- El paciente se negó a firmar la recepción del NPP  El paciente está discapacitado  Otro (explique)

Razón por la que el paciente no puede o se niega a firmar\*\*\* \_\_\_\_\_

\*Comunicaciones por mensaje de texto: Comprendo que mi proveedor de servicio celular puede aplicar cargos por mensajes de texto. Tenga en cuenta que la comunicación por mensajes de texto no siempre es segura. Los mensajes de texto pueden ser interceptados y por este motivo no comunicamos información médica personal por este medio. Me aseguraré de mantener a Hanger Clinic informado de mi número de teléfono celular actualizado en todo momento o si ese número ya no me pertenece. Tenga en cuenta que los mensajes de texto solo se usan como recordatorios de citas y para las solicitudes de participación voluntaria en encuestas.

\*\*Comunicaciones por correo electrónico: (Hanger Clinic utiliza correo electrónico cifrado) Al autorizar a Hanger Clinic a comunicarse conmigo por correo electrónico, reconozco que: (a) el correo electrónico no es un medio seguro para enviar o recibir información y, por lo mismo, existe la posibilidad de que un tercero en tránsito lea o de otro modo tenga acceso a mi correo electrónico; (b) aunque Hanger Clinic hará esfuerzos razonables para mantener la confidencialidad y seguridad de las comunicaciones por correo electrónico, Hanger Clinic no puede asegurar o garantizar la confidencialidad de comunicaciones por correo electrónico; (c) a discreción de Hanger Clinic, las comunicaciones por correo electrónico podrían formar parte de mi expediente médico permanente; y (d) el correo electrónico no es un medio de comunicación apropiado para emergencias u otros asuntos urgentes o para consultas sobre información confidencial. En consecuencia, acepto que no usaré el correo electrónico para comunicaciones de emergencias u otros asuntos urgentes u otra información confidencial. Si no recibo una respuesta a mi mensaje de correo electrónico dentro de dos (2) días, acepto que usaré otro medio de comunicación para comunicarme con Hanger Clinic.

\*\*\*Hanger hizo esfuerzos de buena fe para obtener el acuse de recibo por escrito del aviso de prácticas de privacidad por parte de la persona mencionada anteriormente