

Formulario demográfico de la paciente

Información de la paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha actual: _____

Otro nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de Seg. Social: _____

Dirección (calle): _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono del hogar: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____ Int. _____

Médico de atención primaria: _____ Dirección (calle): _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono del médico de atención primaria: _____

Sexo biológico: Masculino Femenino Exclusivamente masculino ni femenino
Identidad de género: Masculino Femenino No binario, ni

Estado civil: Soltera Casada Viuda Separada Divorciada En pareja

Idioma de preferencia: Inglés Español Otro _____

Raza: Indio americana o nativa de Alaska Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico Asiática Negra o afroamericana

Blanca Prefiero no indicarlo **Etnia:** Hispana o latina Ni hispana ni latina Prefiero no indicarlo

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Comunicaciones electrónicas

Correo electrónico: Entiendo que Axia Women's Health **no** compartirá mi dirección de correo electrónico con terceros. Utilizará mi dirección para enviarme anuncios importantes sobre mi centro de atención o mi proveedor, como cierres de consultorios o cambios en los servicios, y otros anuncios que no sean médicos y estén relacionados con Axia o con mi centro de atención. Axia ofrece comunicaciones electrónicas seguras entre las pacientes y su consultorio a través del Portal de la paciente.

Sí, quiero participar. Use la dirección de correo electrónico que brindé antes. No, no quiero participar.

Recordatorios automáticos: Axia Women's Health envía recordatorios automáticos a través de mensajes de texto o llamadas automáticas. Si elijo participar, entiendo que utilizarán el teléfono celular que indiqué antes.

Sí, acepto participar. (Elija un método) Mensajes de texto Llamadas de voz

No, **no** quiero participar.

Acepto que Axia Women's Health o sus agentes pueden comunicarse conmigo por teléfono celular, incluso a través de mensajes de texto o llamadas automáticas, que pueden generar cargos a mi cuenta.

Consentimiento de recetas electrónicas para el historial de medicamentos

Con mi consentimiento, Axia puede solicitar y utilizar la información de mi historial de medicamentos recetados mediante su función de receta electrónica. Esto es solo para fines informativos, y permite que haya un registro actualizado de mi medicación para mi tratamiento y seguridad.

Sí, doy mi consentimiento para que se obtenga mi historial de medicamentos mediante la función de receta electrónica.

No, no doy mi consentimiento para que se obtenga mi historial de medicamentos mediante la función de receta electrónica. Entiendo que la información de mi medicación puede no estar completa al momento de tomar decisiones sobre mi tratamiento.

Información del seguro

Nombre del operador principal: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

N.º de id./cert.: _____ N.º de grupo/plan: _____ Fecha de entrada en vigor: _____

Nombre del operador secundario: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

N.º de id./cert.: _____ N.º de grupo/plan: _____ Fecha de entrada en vigor: _____

Información de farmacia

Nombre de la farmacia: _____ Local Envíos

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal:

Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre de la farmacia: _____ Local Envíos

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal:

Teléfono: _____ Fax: _____

Información de empleo

Empleador: _____ Dirección del empleador (calle): _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Estado como empleada: Tiempo completo Medio tiempo Desempleada Trabajadora independiente
 Militar activa

Estado como estudiante: Estudiante de tiempo completo Estudiante de medio tiempo

Información adicional

¿Cómo se enteró de nuestra práctica? Marque todo lo que corresponda:

- Publicidad: publicación o revista Evento comunitario/presentación Google u otro motor de búsqueda
- Publicidad: cartelera Directorio de seguros Redes sociales Señalización o carteles Sitio web
- Publicidad: en línea Recomendación de un amigo o familiar
- Recomendación de un proveedor. Quién: _____

FIRMA DE LA PACIENTE O DEL REPRESENTANTE

FECHA

Axia Women's Health

Consentimiento de telemedicina

Introducción

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para brindarle servicios de atención médica. Esto puede incluir el uso de un portal para pacientes, una tableta o un teléfono inteligente para compartir información sobre usted con su proveedor de atención médica o información que haya brindado su proveedor de atención médica. Se puede utilizar la información para consultas, diagnósticos, terapias, seguimiento o educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes elementos:

- Expediente médico de la paciente
- Imágenes médicas
- Audio y video bidireccional en vivo
- Datos obtenidos con dispositivos médicos y archivos de sonido y video

Las comunicaciones electrónicas se realizarán mediante un software y un sistema de terceros que cuentan con dispositivos de seguridad para proteger la confidencialidad de la información, e incluirán medidas para proteger los datos.

Beneficios esperados:

- Mejor acceso a la atención médica, ya que permite que una paciente permanezca en casa y haga una consulta o reciba tratamiento por parte de un médico o de otro proveedor de atención médica que se encuentra en su consultorio.
- Evaluación y gestión médica más eficiente.
- Posibilidad de obtener los conocimientos de un especialista a distancia.

Posibles riesgos:

Existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telemedicina. Estos son algunos de los riesgos:

- En pocos casos, la información que se comparte puede no ser suficiente para permitir que el médico y los consultores tomen decisiones médicas adecuadas (por ejemplo, si las imágenes tienen mala resolución).
- Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos debido a deficiencias o fallos en el equipo.
- En casos muy poco frecuentes, las medidas de seguridad podrían fallar y podría violarse la privacidad de su información.
- En pocos casos, la falta de acceso a expedientes médicos completos puede derivar en interacciones adversas entre los medicamentos, en reacciones alérgicas o en otros errores de criterio.

Aviso de prácticas de privacidad:

- Puede encontrar nuestro aviso de prácticas de privacidad en <https://axiawh.com/>
- El consultorio utilizará o divulgará su información según lo permitido en dicho aviso de prácticas de privacidad.

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

1. El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró que la enfermedad viral COVID-19 (nuevo Coronavirus) es una pandemia y recomendó el distanciamiento social para ayudar a disminuir la propagación del virus. Entiendo que es por esto que me ofrecen el servicio de "telesalud" en lugar de una consulta médica presencial. Entiendo los posibles riesgos y limitaciones de este tipo de tratamiento (como la ausencia de un examen en persona) y, a pesar de ellos, acepto recibir tratamiento de forma remota.

2. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina, y que ninguna información que se obtenga en el uso de la telemedicina que me identifique se divulgará a investigadores ni a otras entidades sin mi consentimiento.
3. Entiendo que tengo derecho a suspender o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, y que esto no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
4. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de telemedicina, y que puedo recibir copias de esta información por una tarifa razonable.
5. Entiendo que puedo tener disponibles una variedad de métodos alternativos de atención médica, y que puedo elegir uno o más en cualquier momento. Es posible que algunos servicios solo estén disponibles por medio de la telemedicina. Mi proveedor de atención médica me ha explicado las alternativas de manera satisfactoria.
6. Entiendo que la telemedicina puede involucrar que se comparta electrónicamente mi información médica personal a otros médicos que pueden estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado.
7. Entiendo que es mi deber informar a mi médico sobre las interacciones electrónicas relacionadas con mi atención que pueda tener con otros proveedores de atención médica.
8. Entiendo que puedo experimentar los beneficios esperados en mi atención al usar la telemedicina, pero que no se puede garantizar ni asegurar ningún resultado.
9. Entiendo que debo comunicarme con mi médico si empeoran las afecciones o los problemas, y que debo buscar tratamiento médico de emergencia o llamar al 911 de ser necesario.

Firma de la paciente o del tutor

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Relación