

Formulario de registro y de consentimiento para nuevas pacientes

Información de la paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Otro/Apellido de soltera: _____ Nombre preferido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seg. Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono móvil: _____ Otro teléfono: _____

Correo electrónico: _____

(Al proporcionar su correo electrónico, recibirá comunicaciones sobre nuestro portal para pacientes y los servicios del centro de atención).

¿Qué medio de comunicación prefiere? (Marque todas las opciones que correspondan):

Teléfono móvil (mensaje de texto) Teléfono móvil (mensaje de voz) Otro teléfono Correo electrónico

¿Podemos enviarle un mensaje breve con información médica o con recordatorios de las citas a través del medio de comunicación que marcó como preferido? Sí No

Sexo biológico: Masculino Femenino

Identidad de género: Masculino Femenino Transgénero No binario/Ni masculino ni femenino exclusivamente

Pronombre preferido: Ella Él Elle Otro

Estado civil: Soltera Casada Viuda Divorciada Separada Concubina

Nombre del cónyuge/pareja: _____

Idioma de preferencia: Inglés Español Otro _____

Se necesita intérprete/traductor: Español Lengua de señas estadounidense Otro _____

Raza: Estadounidense nativa de Indian o de Alaska Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico Asiática

Negra o afroamericana Blanca Prefiero no responder

Origen étnico: Hispana o latina No Hispana o Latina Prefiero no responder

Información de empleo

Situación laboral o estudiantil: Tiempo completo Tiempo parcial Desempleada Trabajadora independiente

Militar activa Jubilada Estudiante a tiempo completo Estudiante a tiempo parcial

Empleador: _____

Ocupación: _____ **Teléfono:** _____

Información secundaria (menores de 18 años y no emancipadas)

Nombre del padre/madre/tutor legal: _____ **Teléfono:** _____

Relación: Padre/Madre Abuelo/Abuela Otro pariente Otro _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación: Cónyuge/Pareja Padre/Madre Hijo/Hija Otro pariente Amigo/Amiga Otro

Proveedor de atención primaria/Proveedor referido

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Médico que refiere (si es otro): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Información de farmacia

Nombre de la farmacia local: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado y código postal: _____

Nombre de la farmacia por correo: _____

Información del seguro

Proveedor del seguro primario:

Nombre de la titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento de la titular de la póliza: _____

Empleador de la titular de la póliza: _____

Proveedor del seguro secundario: _____

Nombre de la titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento de la titular de la póliza: _____

Empleador de la titular de la póliza: _____

Información adicional

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

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Publicidad impresa o revista | <input type="checkbox"/> Evento comunitario | <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet | <input type="checkbox"/> Sitio web |
| <input type="checkbox"/> Anuncio publicitario | <input type="checkbox"/> Directorio de seguros | <input type="checkbox"/> Redes sociales | <input type="checkbox"/> Letreros/Carteles en vía pública |
| <input type="checkbox"/> Publicidad en línea | <input type="checkbox"/> Recomendación de un amigo o un familiar | <input type="checkbox"/> Recomendación de un proveedor médico | |

Nombre de la paciente _____ Fecha de nacimiento _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO Y SOBRE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Gracias por elegir Axia Women's Health. Agradecemos su confianza, y nos comprometemos a brindarle atención de la más alta calidad. Le solicitamos que lea y firme este formulario para reconocer que entiende nuestra autorización para el tratamiento, el pago y las políticas financieras de la paciente. Si desea recibir explicaciones más detalladas sobre nuestras políticas financieras, solicite una copia.

Consentimiento general para el tratamiento: Yo, quien firma abajo, autorizo a Axia Women's Health, a sus agentes, a sus asociados, y a los médicos y proveedores de práctica avanzada a brindar servicios médicos y quirúrgicos. Esto incluye, entre otros, el examen, el tratamiento y las pruebas o procedimientos de diagnóstico que sean necesarios para diagnosticar y tratar afecciones médicas según el criterio de quien provea el tratamiento.

Responsabilidad financiera y asignación de beneficios: Al firmar a continuación, entiendo y reconozco lo siguiente:

- Soy financieramente responsable de la atención médica que se brinde a la paciente.
- Es mi responsabilidad proporcionar información del seguro de la paciente en cada cita.
- Es mi responsabilidad conocer a los proveedores de la red, la cobertura, los beneficios y cualquier requisito adicional de la póliza de seguro de la paciente.
- Los gastos que no cubre el seguro de la paciente, así como los copagos, los coaseguros, los deducibles correspondientes y cualquier otra tarifa que se rechace a causa de información incorrecta del seguro son mi responsabilidad.
- Soy financieramente responsable por los servicios médicos, independientemente de cualquier sentencia u orden judicial de divorcio. Esto incluye los servicios que se presten a menores que pueden estar cubiertos por el seguro de otro padre en virtud de un acuerdo de custodia.
- Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, incluidos los beneficios médicos principales a los que tengo derecho, incluido Medicare, y autorizo que los beneficios se paguen directamente a Axia Women's Health. Autorizo la divulgación de cualquier información médica pertinente que sea necesaria para facilitar el pago de mis reclamaciones.
- Mi póliza de seguro es un contrato entre la compañía de seguros y yo. La presentación de las reclamaciones por parte de Axia se realiza como cortesía. Axia no se involucrará en disputas con mi compañía de seguros.
- En última instancia, soy la responsable del pago puntual de los servicios prestados.
- Entiendo que puedo incurrir en el pago de tarifas adicionales que no cubre el seguro (y que soy responsable de dicho pago). Estas tarifas pueden incluir, entre otras, las siguientes:
 - Tarifas por cheques insuficientes o cuentas cerradas
 - Costos de cobro si mi cuenta se remite a la oficina de cobros
 - Cargos por la copia y la distribución de la historia clínica de la paciente
 - Tarifas por completar el formulario
 - Tarifas por las citas perdidas sin aviso previo

Copagos y saldos: Entiendo que los copagos y los saldos se deben abonar en el momento del registro, **ANTES** de recibir la atención del proveedor, y que se pagan en efectivo, con cheque o con la mayoría de las principales tarjetas de crédito.

Citas perdidas: Entiendo que debo cancelar todas las citas con al menos 24-horas de anticipación. Las citas que se pierden sin el aviso de cancelación adecuado pueden estar sujetas a una tarifa en mi cuenta, y puede que me den de alta en el consultorio. Entiendo que debo hacer todo lo posible por asistir a mi cita para promover mi bienestar médico.

Estimado de buena fe para servicios que no son de emergencia: Entiendo que, si lo solicito, los profesionales de la salud deben proporcionarme un estimado de buena fe del precio total que cobrarán por un servicio de atención médica que no sea de emergencia que haya sido pedido, programado o referido. No se me cobrará por esta información. Además, los estimados no son vinculantes, el precio final puede variar según las necesidades médicas de la paciente, y el estimado es válido por 30 días.

Nombre de la paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Notificación de remisión: En caso de que mi proveedor me remita a otro proveedor o especialista, reconozco que es mi responsabilidad verificar la cobertura de la red con mi compañía de seguros. Entiendo que Axia Women's Health no lo verifica, y que soy responsable de los cargos en los que se incurra.

Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad: Entiendo que la ley exige que Axia mantenga la privacidad de la información de salud protegida y que notifique a las personas sobre sus obligaciones legales, las prácticas de privacidad y los derechos de las pacientes con respecto a la información de salud protegida. Reconozco que se me ha dado la opción de recibir o revisar el Aviso de prácticas de privacidad de Axia Women's Health. Si tengo alguna pregunta, entiendo que puedo hablar con el encargado de Privacidad.

Foto/Imágenes de identificación facial: Acepto que cualquier copia de una identificación con foto o cualquier fotografía de mi rostro que realice o que tome Axia se considere parte de mi historia clínica y se utilice únicamente para identificarme.

Acompañante: Entiendo que Axia puede usar un acompañante durante los exámenes de mama, pélvicos y rectales. Se asignará tiempo adicional para tener una conversación privada con mi proveedor.

Amigos y familiares involucrados en el tratamiento (opcional)

Autorizo a que las siguientes personas reciban información sobre mi tratamiento y el pago para que colaboren en mi atención médica. Entiendo que este permiso es válido hasta que se revoque.

Use el contacto de emergencia que brindé encima

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Relación: Cónyuge/Pareja Padre/Madre Hijo/Hija Otro pariente Amigo/Amiga Otro

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Relación: Cónyuge/Pareja Padre/Madre Hijo/Hija Otro pariente Amigo/Amiga Otro

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, que entiendo y que estoy de acuerdo con lo anterior con respecto a la autorización para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

Firma de la paciente/del representante autorizado

Fecha

Nombre de la paciente _____ Fecha de nacimiento _____

CONSENTIMIENTO DE TELEMEDICINA

Introducción: La telemedicina consiste en el uso de comunicaciones electrónicas de audio y video bidireccionales en directo entre la paciente y el proveedor para brindar servicios de atención médica. Esto se puede realizar mediante un teléfono inteligente, una tableta o una computadora con cámara y micrófono, y servicios confiables de Internet o datos.

Las comunicaciones electrónicas se realizarán a través de un sistema de software de terceros que incluye medidas de seguridad para proteger la confidencialidad de la información.

Beneficios esperados:

- Un mejor acceso a la atención médica, ya que permite que una paciente permanezca en casa y haga una consulta o reciba un tratamiento por parte de un médico o de otro proveedor de atención médica que se encuentra en su consultorio.
- Una evaluación y una gestión médica más eficiente.
- La posibilidad de disponer de 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:

- Es posible que el equipo, la conexión o la información que se comparte no sean suficientes (por ejemplo, por una mala resolución de las imágenes) para que el proveedor de atención médica pueda tomar las decisiones médicas adecuadas, lo que puede retrasar la atención.
- La falta de un examen en persona puede dificultar el diagnóstico del problema por parte del proveedor.
- La falta de acceso a las historias clínicas completas puede interferir con el criterio médico del proveedor y afectar la atención de forma negativa.
- Puede haber limitaciones en lo que puede recetarle el proveedor sin una visita al consultorio (por ejemplo, sustancias controladas).
- Las medidas de seguridad pueden fallar y, por lo tanto, violar la privacidad de su información.

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

1. Existen posibles riesgos y limitaciones en este método de tratamiento (que incluyen, por ejemplo, la falta de un examen en persona), y acepto recibir un tratamiento de forma remota.
2. Todas las leyes sobre la privacidad de mi información médica y las historias clínicas se aplican a la telemedicina.
3. Tengo derecho a negar o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina durante mi atención en cualquier momento sin que eso afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. Puedo elegir recibir atención en persona.
4. Tengo derecho a revisar toda la información obtenida y registrada durante una interacción de telemedicina, y puedo recibir copias de esta información.
5. Se me notificará cuáles fueron todas las partes involucradas durante la visita de telemedicina.
6. Depende de mí asegurarme de que el entorno de mi sesión sea privado y solo incluya a las personas con las que estoy dispuesta a compartir la información médica.
7. Puedo esperar los beneficios previstos del uso de la telemedicina en la atención, pero no se pueden garantizar ni asegurar resultados.
8. Debo comunicarme con el consultorio de mi proveedor para recibir atención de seguimiento, si empeora mi situación o si tengo cualquier otro problema.
9. He podido hacer preguntas sobre la telemedicina y han respondido todas mis dudas.

Firma de la paciente/del representante autorizado

Fecha

Nombre de la paciente _____ Fecha de nacimiento _____