

Demográficos del Paciente

Woodrome Medical PA

Nombre del paciente		Chart Number	
Fecha de nacimiento	Sexo	Estado civil	
	☐ M ☐ F	☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a)	
		☐ Divorciado(a)	
Número de Seguro Social		Correo electrónico	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono celular	Otro teléfono	
Ocupación	Empleador	Teléfono	
	Nombre	Teléfono	

CONTACTO DE EMERGENCIA

Etnicidad	Idioma principal
☐ Nativo americano/nativo de Alaska	☐ Inglés ☐ Español ☐ Lengua de señas americana (ASL)
☐ Asiático ☐ Negro/afroamericano	☐ Otro
☐ Hispano/latino	Si es otro, especifique
☐ Nativo hawaiano/isleño del Pacífico	
☐ Blanco ☐ Prefiere no responder	

Preferencias de información privada

¿Ha completado alguna directiva anticipada?	¿Alguien tiene poder notarial médico sobre usted?
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Podemos enviar correspondencia a la dirección registrada?	¿Podemos llamar al número de teléfono registrado?
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Podemos dejar un mensaje de voz en la contestadora?	
☐ Sí ☐ No	
¿Con quién podemos dejar mensajes?	
☐ Cónyuge ☐ Padre/Madre ☐ Hijo(a) ☐ Otro	

Nombre

Nombre

Nombre

Nombre

¿Cómo se enteró de nuestra oficina?

☐ Médico ☐ Sitioweb ☐ Guía telefónica ☐ Familia ☐ Amigo ☐ Otro

Si es otro, especifique

Seguro médico primario

Número de identificación del miembro

Número de grupo

¿Es usted el asegurado?

☐ Sí ☐ No

Relación con el asegurado

☐ Usted ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a)
☐ Otro

Si es otro, especifique

Empleador

Nombre del suscriptor

Fecha de nacimiento

Sexo

☐ M ☐ F

Dirección

Ciudad

Estado

Código

Seguro médico secundario

Número de identificación del

Número de grupo

¿Es usted el asegurado?

☐ Si ☐ No

Relación con el asegurado

☐ Usted ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a)
☐ Otro

Si es otro, especifique

Empleador

Nombre del suscriptor

Fecha de nacimiento

Sexo

☐ M ☐ F

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

POR FAVOR LEA Y FIRME

La información en mis formularios de admisión es correcta según mi mejor conocimiento. Entiendo que durante mi tratamiento, soy responsable de notificar al médico/personal de cualquier actualización de la información indicada anteriormente. (Cesión de beneficios): Autorizo el pago de los beneficios médicos a la clínica mencionada anteriormente. (Autorización de divulgación de información): Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo. (Privacidad HIPPA): Reconozco que recibí el Aviso de Prácticas de Privacidad HIPPA. (Historial de medicamentos): Autorizo al consultorio médico a obtener mi historial de medicamentos.

Firma del padre/madre

Cesión de Beneficios

Woodrome Medical, PA

Cesión de beneficios, consentimiento para tratamiento, laboratorios preventivos y diagnósticos

Cesión de beneficios:

Por la presente cedo todos los beneficios médicos y quirúrgicos, incluyendo los beneficios de medicina mayor, a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y ordeno a mi(s) compañía(s) de seguro, incluyendo Medicare, seguro privado y cualquier otro plan de salud/médico, que emita el pago directamente a Woodrome Medical, PA por los servicios médicos prestados a mí y/o a mis dependientes, independientemente de mis beneficios de seguro, si los hubiera. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro.

Consentimiento para tratamiento:

Un asistente médico puede proporcionar aquellos servicios médicos que estén dentro de su educación, capacitación y experiencia. Estos servicios pueden incluir:

- Obtener historiales y realizar exámenes físicos
- Solicitar y/o realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Formular un diagnóstico de trabajo
- Desarrollar e implementar un plan de tratamiento
- Monitorear la efectividad de las intervenciones terapéuticas
- Asistir en cirugías
- Ofrecer asesoría y educación
- Proporcionar medicamentos simples y emitir recetas
- Hacer las referencias médicas apropiadas

He leído lo anterior y por la presente doy mi consentimiento para los servicios de un asistente médico y una enfermera de práctica avanzada para mis necesidades de atención médica.

Escribiente de IA durante los encuentros médicos

Su participación es completamente voluntaria. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en comentárnosla.

Laboratorios preventivos y diagnósticos

Un examen de bienestar es una evaluación médica programada de un individuo que se enfoca en el cuidado preventivo. Incluirá una historia específica por edad y género, un examen físico, una revisión de los factores de riesgo y la solicitud de inmunizaciones apropiadas, análisis de laboratorio de detección o procedimientos diagnósticos.

Un examen preventivo es un examen periódico que cubre todos los aspectos de prevención y mantenimiento de la salud relacionados con la edad, el sexo y los antecedentes familiares; también se conoce como Examen de Bienestar. Un examen preventivo NO es una visita de seguimiento ni una visita basada en un problema específico. Un examen preventivo no se espera que aborde todos los problemas que le han estado molestando desde su último examen médico. Dependiendo del criterio del proveedor, los problemas nuevos o el seguimiento de enfermedades crónicas pueden tratarse como un SEGUNDO servicio durante la visita, o el proveedor puede pedirle que programe otra cita.

Nota

Si durante su visita preventiva se realiza una visita de seguimiento, se discute alguna enfermedad crónica o un problema nuevo, la visita de seguimiento también se cobrará junto con su visita de bienestar, y se le pedirá que pague su copago o contribuya a su deducible si así lo indica su póliza de seguro. Por favor, consulte con su aseguradora o con el departamento de recursos humanos para entender los beneficios y requisitos de cobertura de su seguro.

Asimismo, entiendo que los honorarios se deben y son pagaderos en la fecha en que se presten los servicios, y acepto pagar de inmediato todos los cargos incurridos al presentar la factura correspondiente. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como el original. Esta orden permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito. Todos los servicios profesionales prestados se cobran al paciente y deben pagarse en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos con nuestra oficina administrativa con anticipación. Los formularios necesarios deberán completarse para poder presentar reclamaciones a la aseguradora.

Firma del paciente/tutor

Fecha de nacimiento del paciente

Relación con el paciente

Acuse de recibo

WOODROME MEDICAL, PA
ACUSE DE RECIBO Y RESTRICCIONES SOLICITADAS

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Woodrome Medical PA o cualquier servicio que le sea proporcionado por la clínica, y da su consentimiento para el uso y divulgación de su información médica según lo aquí establecido.

Por la presente solicito las siguientes restricciones sobre el uso y/o divulgación (especificar según corresponda) de mi información:

NOMBRE Y NÚMEROS DE TELÉFONO de las personas a quienes se puede divulgar información confidencial:

Nombre	Número de teléfono
--------	--------------------

Firma

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Seleccione una opción:

☐ Paciente ☐ Representante legal

Nombre

Si es representante legal, relación con el paciente

Carga de fotos

Información del seguro

¿Tiene seguro?

- ☐ Sí
- ☐ No

Cargar seguro

¿Tiene seguro secundario?

- ☐ Sí
- ☐ No

Cargar seguro secundario

Identificación con foto

Cargar identificación con foto

Acuerdo

Woodrome Medical, PA

Acuerdo de Sustancias Controladas por el Paciente

El propósito de este acuerdo es establecer las reglas que esta oficina sigue para recetar medicamentos que están controlados por la Agencia de Control de Drogas (DEA). Nuestro compromiso es asegurarnos de atender sus necesidades mientras le ofrecemos alternativas diseñadas para minimizar el potencial adictivo de los tratamientos con sustancias controladas que utilizamos. En este sentido, podemos remitirlo(a) a un programa de manejo del dolor para garantizar que tenga acceso a los tratamientos más seguros y eficaces disponibles. Si su medicación de sustancia controlada (analgésico, estimulante, sedante) requiere recetas continuas que tengan un potencial significativo de adicción, le solicitaremos que consulte a un especialista, según corresponda. Para aclarar nuestras expectativas al recetarle este medicamento y enfatizar el riesgo de tomar estas sustancias, le pedimos que lea y firme este acuerdo. Yo entiendo que se me está recetando una sustancia controlada; por lo tanto, debo cumplir con las siguientes restricciones. El incumplimiento de cualquiera de las restricciones indicadas a continuación puede resultar en la finalización de mi atención como paciente y en ser reportado(a) a la policía.

1. No consumiré alcohol ni drogas ilegales mientras se me receten medicamentos.
2. No tomaré ningún otro medicamento recetado sin antes notificar a mi médico.
3. Notificaré de inmediato a mi médico sobre cualquier otro médico que me esté recetando actualmente una sustancia controlada o que me haya recetado en los últimos treinta días (incluyendo salas de emergencia y centros de atención inmediata). Legalmente, no hacerlo es un delito (obtener o intentar obtener drogas mediante fraude y/o engaño) y puede ser reportado a la policía.
4. Me someteré a pruebas aleatorias de orina y/o suero según lo ordenado.
5. Solo surtiré recetas para sustancias controladas en la farmacia que se indica a continuación. Informaré a mi médico de cualquier plan para cambiar de farmacia. No obtendré sustancias controladas de más de una farmacia a la vez. La única excepción será por necesidad aguda fuera del área local. Autorizaré a mi médico a comunicarse con mi farmacéutico.
6. Autorizo a mi médico a comunicarse con todos los médicos que me han atendido.
7. Entiendo que es ilegal compartir este medicamento.
8. Me comprometo a mantener mi medicación segura para prevenir pérdida o robo.
9. Entiendo que se me suspenderá este medicamento si existe evidencia de adicción y/o abuso.
10. Entiendo que algunos de estos medicamentos pueden causar somnolencia y reflejos más lentos, lo que interfiere con la capacidad de conducir y operar maquinaria, así como deterioro de la memoria a corto plazo. Entiendo que una sobredosis de este medicamento puede causar la muerte.
11. Me comprometo a asistir a todas las citas programadas con mi médico/terapeuta. Mi medicación puede ser reducida o suspendida si no asisto a mis citas programadas.
12. También entiendo que parte de mi tratamiento puede implicar la reducción y suspensión de cualquier medicamento adictivo. Entiendo y acepto el riesgo de adicción que puede ocurrir con este medicamento.
13. Autorizo a esta oficina a entregar una copia (o el original) de este acuerdo de sustancia controlada a la policía si violo cualquiera de los términos indicados o a solicitud de ellos.
14. **¿Ha recibido algún medicamento recetado de otro médico en los últimos treinta días?**

☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, por favor indique a continuación el nombre del médico y el medicamento.

Nombre del médico

Número de teléfono

Acuerdo de Sustancias Controladas por el Paciente

Medicamento(s):

15. Entiendo que puedo ser llamado(a) en cualquier momento a la oficina para un conteo de todos mis medicamentos restantes. Acepto presentarme el día que se me notifique y seré responsable de cualquier costo que esto pueda generar.

16. Renuncio a mi derecho de privacidad y autorizo a mi médico a comunicarse con cualquier proveedor de atención médica, autoridad legal, amigo y/o familiar con el fin de obtener o proporcionar información sobre mi atención (incluyendo abuso de sustancias controladas).

17. No se autorizarán resurtidos los fines de semana, días festivos o fuera del horario laboral. Se podrá hacer una excepción a discreción del médico si usted es atendido en una cita con copia de un informe policial completo.

18. Solo la persona para quien está escrita la receta (anteriormente conocida como receta en triplicado) podrá recogerla.

Firma del paciente

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento
