

REGISTRO DE PACIENTES
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: (Apellido, Primero, MI)			
Dirección:			
Ciudad:	Estado/Provincia:	Zip:	País:
Dirección postal (si es diferente de la anterior):			
Teléfono del hogar:		Trabajo:	Móvil:
Correo electrónico:	SSN:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F
Estado civil:	Soltero Casado	Divorciado Separados	Viuda Desconocido
Carrera:	Blanco Hispana	Negro/Afroamericano	Otros isleños del Pacífico
	Otro Asiático	Nativo hawaiano	Indio Americano
Origen étnico:	Hispano/Latino	No hispano/latino	Otro Lengua:
Contacto preferido:	Casa Trabajo	Móvil	Mensaje de dejar: Sí No
Permitir recordatorio de cita: En caso afirmativo, elija un método: Llamada De texto No			
Médico de Atención Primaria:		Médico de referencia:	
Nombre/Dirección/Teléfono de la Farmacia:			

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del empleador:	Número de teléfono:		
Dirección:			
Ciudad:	Estado/Provincia:	Zip:	País:

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:	Relación con el paciente:
Teléfono:	Correo electrónico:

INFORMACIÓN DE LA POLÍTICA

El paciente es el Asegurado:	Sí	No	(si no se completan los campos Asegurados a continuación)	
Nombre asegurado:		Relación con el paciente:		
Dirección del asegurado:				
Ciudad:		Estado:	Zip:	País:
Teléfono de casa asegurado:		Trabajo:		Móvil:
Fecha de nacimiento del asegurado:	Sexo Asegurado: M F		SSN asegurado:	
Nombre del empleador asegurado:			Número de teléfono del empleador asegurado:	
Dirección del empleador asegurado:				
Ciudad:		Estado:	Zip:	País:
Seguro Primario				
Número de póliza:		Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de entrada en vigor:	Fecha de caducidad:		Copago de política:	
Seguro Secundario				
Número de póliza:		Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de entrada en vigor:	Fecha de caducidad:		Copago de política:	
Seguro Terciario				
Número de póliza:		Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de entrada en vigor:	Fecha de caducidad:		Copago de política:	

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Propósito de este aviso: Para describir cómo se utiliza su información médica, a quién se divulga y cómo obtiene acceso a ella.

Stony Brook Community Medical como proveedor de atención médica está autorizado por ley a recopilar, usar y divulgar su "información médica protegida"

o registro médico con fines de tratamiento, pago, operaciones comerciales internas o según lo exija la ley para fines de marketing.

Usted tiene ciertos derechos, incluyendo el acceso a su información y cierto control sobre quién tiene acceso a su información.

Stony Brook Community Medical, PC acepta cumplir con los términos de este aviso, pero se reserva el derecho de cambiar los términos en cualquier momento. En caso de que lo hagamos, se lo notificaremos por escrito.

Uso y divulgación de información médica protegida (PHI): Cuando usted firma un formulario de consentimiento para ser tratado, su información médica protegida se utiliza para tratarlo, para facturarle a usted o a su compañía de seguros por su atención y para tomar decisiones sobre cómo proporcionar servicios de atención médica para usted, su familia y la comunidad que cuidamos. Usted médico, personal de oficina y otros fuera de Stony Brook Community Medical es decir, su aseguradora se les permite el acceso a esta información.

Algunos ejemplos de usos y divulgaciones de su información médica protegida son para:

- Tratamiento por su médico
- Aplicación de la ley
- Compensación de los trabajadores
- Recordatorios de citas
- Pago por su tratamiento por usted o su seguro
- Reportar eventos adversos de medicamentos o dispositivos médicos a la FDA
- Notificación de riesgos para la salud
- Respuesta a procedimientos judiciales
- Donación de órganos o tejidos
- Forenses, directores funerarios
- Stony Brook Community Medical para determinar si satisfacemos las necesidades de nuestros pacientes

Cualquier otro uso y divulgación no especificado requiere una autorización, incluso con fines de marketing y divulgaciones que constituyan la venta de PHI.

Derechos del Paciente:

- A. Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una **copia** de su información médica protegida mientras el grupo mantenga su registro.
*La ley de NYS nos permite cobrarle una tarifa de 75 centavos por página
- B. Usted tiene derecho a restringir o limitar el uso de su información médica protegida que utilizamos para el tratamiento, el pago u operaciones.
*Stony Brook Community Medical se reserva el derecho de denegar el tratamiento en caso de que restrinja el uso de su información médica protegida para el tratamiento, el pago u operaciones, a menos que la restricción solicitada se relacione con las divulgaciones a un plan de salud y la Información de salud protegida se relacione con un servicio de atención médica o artículo que haya pagado en su totalidad y fuera de su bolsillo.
- C. Puede restringir la divulgación de su información de salud a familiares o amigos **a menos** que tengan su **de** permisión escrita o verbal.
- D. Usted tiene derecho a solicitar una contabilidad de las divulgaciones hechas de su información médica.
*Su solicitud debe presentarse por escrito, especificando fechas y periodos de tiempo desde hace seis años a partir de hoy, siempre y cuando los eventos en cuestión ocurrieron después del 12 de abril de 2003.
- E. Usted tiene derecho a modificar su información médica protegida.
*Para modificar su información de salud, su solicitud debe ser dada por escrito junto con una razón para hacerlo. Su solicitud puede ser denegada si la información originó outside Stony Brook Community Medical, PC.

F. as **Usted** tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales **siempre y cuando** se haga por escrito

*Por ejemplo, puede especificar que solo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo, en casa o por correo, etc.

- G. Usted tiene derecho a recibir notificaciones cada vez que se produzca una violación de su PHI no segura.

Si siente que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja, que será enviada a nuestro Oficial de Cumplimiento.

Acuse de Recibo de
Stony Brook Community Medical's Prácticas de Privacidad

Yo, el abajo firmante, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Stony Brook Community Medical. Si tengo alguna pregunta sobre la política, la discutiré con mi médico o el oficial de cumplimiento del grupo.

Imprimir nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Autorización para la divulgación de información médica del paciente a una segunda parte

*Autorizo la divulgación de mi Información de salud del paciente a mi
(Escriba el (los) nombre (s) de todos los que correspondan)*

Esposo/a, _____ Ph: _____
Miembro de la familia, _____ Ph: _____
Amigo, _____ Ph: _____
Servicios de salud para escuelas / universidades, _____ Ph: _____
Otro, _____ Ph: _____

Al firmar a continuación, reconozco que esta autorización es válida hasta que sea revocada por mí.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor (si el paciente es menor de edad): _____

Escriba en letra de imprenta el padre/madre/ tutor: _____

Group #: _____ Patient Name: _____ MR#: _____ Date: _____

CLINICAL PRACTICE MANAGEMENT PLAN

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por medio de este documento autorizo y le doy instrucciones a Stony Brook Internists, University Faculty Practice Corporations que me han tratado, para divulgar a entidades gubernamentales, compañías aseguradoras u otras partes que tengan responsabilidad financiera por los cuidados médicos que recibo, toda la información necesaria para fundamentar el pago de dichos cuidados médicos y permitir que representantes de las mismas revisen y hagan copias de todos los registros relacionados con dichos cuidados y tratamiento.

X _____
Firma del paciente o representante autorizado Fecha

CESIÓN UNIFORME

Por medio de este documento cedo y transfiero a Stony Brook Internists, las University Faculty Practice Corporations, suficientes fondos y/o beneficios a los cuales puedo tener derecho de parte de entidades gubernamentales, compañías aseguradoras u otras partes que tengan responsabilidad financiera por los cuidados médicos que recibo, para cubrir el costo de los cuidados y tratamiento brindados a mí o mi dependiente.

Además, igualmente cedo y transfiero a todas las University Faculty Practice Corporations que me hayan podido brindar cuidados médicos, suficientes fondos y/o beneficios a los cuales puedo tener derecho. Estas otras University Faculty Practice Corporations son las siguientes: Stony Brook Anaesthesiology, Stony Brook Dermatology, Stony Brook Family Medical Group, Stony Brook Internists, New York Spine and Brain Surgery, Neurology Associates of Stony Brook, University Associates of Obstetrics and Gynecology, Stony Brook Preventative Medicine Services, Stony Brook Ophthalmology, Stony Brook Orthopaedic Associates., Stony Brook Children's Services, Stony Brook Psychiatric Associates., Stony Brook Radiation Oncology, Stony Brook Radiology, Stony Brook Surgical Associates, y Stony Brook Urology.

X _____
Firma del paciente o representante autorizado Fecha

Representante de la cuenta: _____

Sólo para uso oficial

Group #: _____ Patient Name: _____ MR#: _____ Date: _____

**Stony Brook Internists
P.O. Box 417978
Boston, MA 02241-7978**

GARANTÍA DE PAGO

Muchas compañías de seguro, incluso las organizaciones de cuidado gestionado, requieren de previa autorización escrita para el tratamiento y las citas de seguimiento. Es su responsabilidad como paciente obtener todas las autorizaciones necesarias de su compañía de seguro antes de recibir los servicios médicos. Si no ha recibido aprobación previa para el servicio o le han rechazado la autorización, usted es totalmente responsable de todos los cargos si su seguro no está de acuerdo en pagarlos. Además, será responsable de todos los deducibles, coseguros, copagos, cualquier pago que no esté cubierto por su plan de seguro, y cualquier servicio que la compañía de seguro determine que no es "médicamente necesario".

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

He leído y entiendo esta información. Entiendo que mi compañía de seguro podría negar cobertura y solicito que de todas formas Stony Brook Internists preste este servicio médico. Estoy de acuerdo en ser total y personalmente responsable por todos los cargos. Entiendo que el proveedor mencionado anteriormente depende de esta promesa y está prestando servicios sin requerir pago en el momento del servicio basado en dicha confianza.

Firma del Paciente o representante
/ fiador legalmente autorizado

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Testigo

Nombre en letra de imprenta

Fecha

All Inclusive Primary Care

300 East Main Street, Suite 6 Smithtown, NY 11787 Teléfono (631) 257-5290 Fax (631) 257-5295

Nuevo Historial Médico del Paciente

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Edad: _____	Sexo: _____
¿Cómo tiene oído hablar de nuestra práctica? _____	

Por favor, indique brevemente en el cuadro debajo del motivo de su visita:

--

Historia Médica Pasada

<i>Condición / Enfermedad</i>	<i>Año comenzó</i>	<i>Condición / Enfermedad</i>	<i>Año comenzó</i>
Presión arterial alta		Otros(s):	
Colesterol alto			
Hiper/hipotiroidismo			
EPOC, enfisema o asma			
Diabetes			
Gerd			
Depresión o ansiedad			
Condiciones cardíacas			

Procedimientos Quirúrgicos Anteriores / Hospitalizaciones / Lesiones Graves o Fracturas

<i>Operación / Hospitalización / Lesiones</i>	<i>Mes / Año</i>	<i>Operación / Hospitalización / Lesiones</i>	<i>Mes / Año</i>

Otros médicos y especialistas

Lista debajo de sus otros médicos (es decir, Gyn, Dermatología, GI, Ortopedia, Urología,

--

Medicamentos/Alergias alimentarias o intolerancias

Lista debajo de medicamentos o alimentos que causan una reacción alérgica (es decir, erupción cutánea, hinchazón) o intolerancia (es decir, náuseas)

<i>Medicamentos / Alimentos</i>	<i>Reacción</i>	<i>Medicamentos / Alimentos</i>	<i>Reacción</i>

All Inclusive Primary Care

300 East Main Street, Suite 6 Smithtown, NY 11787 Teléfono (631) 257-5290 Fax (631) 257-5295

Historia de la salud familiar

<i>Relativa</i>	<i>Vivoo o Fallecido</i>	<i>Edad o edad actual al morir</i>	<i>Causa de la muerte</i>	<i>Problemas de salud</i>
Padre:				
Madre:				
Hermano(s):				
Hermana(s):				
Niños:				

<i>Prueba realizada</i>	<i>Fecha</i>	<i>Anormal?</i>
Lípidos (Colesterol)		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Colonoscopia		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Mamografía		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Papanicolau		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Densidad ósea		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Examen Dental		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Examen de ojos		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Vacunas

	<i>Fecha</i>
Tétanos (Tdap)	
Influenza (gripe anual)	
Neumovax-23 / Prevnar-13 (Neumonía)	
Zostavax / Shingrix (Shingles)	

Medicamentos actuales

<i>Medicación</i>	<i>Dosificación</i>	<i>Medicación</i>	<i>Dosificación</i>

All Inclusive Primary Care

300 East Main Street, Suite 6 Smithtown, NY 11787 Teléfono (631) 257-5290 Fax (631) 257-5295

Historia Social, Educativa y Laboral	
Estado civil:	
Estado del trabajo (circule uno): Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/>	Horas trabajadas por semana:
¿Bebes alcohol?	¿Número de bebidas por semana?
¿Eres fumador?	En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes al día?
¿Eres un ex fumador?	En caso afirmativo, ¿en qué año renunciaste?
¿Haces ejercicio?	¿Duración y frecuencia?

Revisión de sistemas

Marque los síntomas persistentes que haya tenido en los **últimos meses**. Lea cada sección y marque "**sin problemas**" si ninguno de los síntomas se aplica a usted.

General

- Pérdida/ganancia de peso inexplicable
- Fatiga/debilidad inexplicable

- Fiebre/escalo fríos

- Sin problemas**

Piel

- Nuevo o cambio en el lunar

- Rash/picching

- Sin problemas**

seno

- Dolor de mama/secreción de bulto/pezón

- Sin problemas**

Orejas/Nariz/Garganta

- Hemorragias nasales

- Dificultad para tragar

- Dolor frecuente de garganta, ronquera

- Pérdida de audición/anillo en los oídos

- Sin problemas**

Ojos

- Cambio en la visión

- Dolor ocular

- Enrojecimiento de los ojos

- Sin problemas**

Cardiovascular

- Dolor/incomodidad en el pecho

- Palpitaciones (rápidas o irregulares latidos del corazón)

- Sin problemas**

Respiratoria

- Tos/Wheeze

- Ronquidos fuertes /respiración alterada durante el sueño

- Falta de aliento con esfuerzo

- Sin problemas**

Gastrointestinal

- Acidez estomacal/reflujo/indigestión

- Sangre o cambio en el intestino movimiento

- Estreñimiento

- Sin problemas**

Genitourinarias

- Fuga de orina

- Sangre en la orina

- Micción nocturna o aumento frecuencia

- Descarga del pene o la vagina

- Preocupación por la función sexual

- Sin problemas**

Musculoesqueléticos

- Dolor de cuello

- Dolor de espalda

- Dolor muscular/articular

- Sin problemas**

Endocrino

- Sensibilidad al calor o al frío

- Sin problemas**

Hematológico/Linfático

- Glándulas inflamadas

- Hematomas fáciles

- Sin problemas**

Neurológicos

- jaqueca

- Pérdida de memoria

- Desmayos

- Mareos

- Entumecimiento/hormigueo

- Marcha inestable

- Caídas frecuentes

- Sin problemas**

Alérgico/inmune

- Fiebre del heno/alergias

- Infecciones frecuentes

- Sin problemas**

Psiquiátrico

- Ansiedad/estrés/irritabilidad

- Problemas de sueño

- Falta de concentración

- Sin problemas**

Solo para mujeres

- Síntomas premenstruales (distensión abdominal, calambres, irritabilidad)

- Problema con los períodos menstruales

- Sofocos/sudores nocturnos

- Sin problemas**

Por favor, enumere cualquier otra inquietud aquí: _____

ALL INCLUSIVE PRIMARY CARE

Portal del Paciente

Nombre del paciente: _____

Apellido del paciente: _____

Dirección de correo electrónico del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Pregunta de Seguridad:

Código postal del paciente: _____

Política de Recarga de Recetas

Efectivo 12/10/18

Actualmente, nuestra práctica ha tenido un aumento en la cantidad de llamadas que solicitan recargas de medicamentos. En un esfuerzo por brindar atención de calidad de manera eficiente y administrar de manera segura las solicitudes de reabastecimiento, nuestra práctica ha implementado una nueva política de reabastecimiento de recetas. Si bien entendemos que este cambio lo afectará, esperamos que al mantenerlo informado sobre el cambio de política, continúe trabajando juntos para garantizar una atención médica segura y de alta calidad.

1. Antes de su próxima visita, debe revisar sus medicamentos y determinar cuál de ellos necesitará volver a llenar. Si tiene preguntas sobre los medicamentos, debe discutirlos en su cita.
2. Es su responsabilidad notificar a AIPC de manera oportuna cuando sea necesario rellenarlos. No espere hasta que se quede sin medicamentos. Las solicitudes de recarga pueden tardar hasta 48 horas en procesarse. Si usa una farmacia de pedidos por correo, debe avisar con 2 semanas de anticipación antes de que se acaben los medicamentos.
3. Todas las solicitudes de recarga se manejarán durante el horario comercial de lunes a viernes. No se repondrán medicamentos los sábados, domingos ni feriados.
4. Solo se proporcionarán repuestos para los medicamentos recetados por los proveedores de AIPC.
5. Debe cumplir con sus visitas de seguimiento para volver a llenar el medicamento.
6. Si solicita un reabastecimiento y requiere análisis de laboratorio o una visita de seguimiento, su proveedor puede solicitar una cantidad limitada de medicamentos hasta que ingrese o tenga las pruebas necesarias. Esto no debe exceder el tiempo de medicación de una semana.
7. Es su responsabilidad programar sus citas antes de irse después de su visita, y / o antes de que se acabe la receta.
8. Si solicita una sustancia controlada, debe cumplir con su atención de seguimiento.
9. Es su responsabilidad informar al personal sobre el nombre de la receta, la concentración, la dosis y la información correcta de la farmacia.
10. Algunos medicamentos requieren autorización previa, esto puede llevar varios días. Tenga en cuenta que AIPC procesará estas solicitudes lo más rápido posible. Le informaremos una vez que se haya obtenido la aprobación.
11. Los nuevos síntomas o problemas requieren una cita.

Reconocimiento de política:

Escriba el Nombre del Paciente: _____ Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma si no es Paciente: _____ Relación: _____

Fecha: _____



SOLICITUD DEL PACIENTE PARA DIVULGACIÓN

Por la presente autorizo _____ para divulgar la siguiente información de mi registro de salud

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Numero de historia clinica: _____

Fechas de tratamiento solicitadas: _____

Información solicitada:

- Resumen (subconjunto de registros), Resumen de alta, Informe Operativo, Radiología (rayos X, resonancia magnética, etc.), CD cardíaco, Registro de emergencia, Prueba de laboratorio, Consultas, Prueba cardiaca, Informe de autopsia, Informe de patología, Endoscopia / Colonoscopia, Registro completo, Otro (por favor especifique)

Entiendo que esto puede incluir información confidencial relacionada con:

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS) o infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), Servicios de salud conductual / atención psiquiátrica, Tratamiento para el trastorno por consumo de alcohol y / o sustancias

Esta información se divulgará a: _____

Por favor envíe por el siguiente método:

- Copia impresa a 75 centavos por página, Email para _____ @ \$6.50 (imprimir muy claramente), CD @ \$6.5, Descarga electrónica @ \$6.50

Tenga en cuenta que el correo electrónico no es un método seguro de transmisión de su información de salud. Stony Brook Medicine no es responsable de la privacidad de la información enviada por correo electrónico a su solicitud.

Firmado: _____ Fecha: _____ (Paciente)

Agente de atención médica: solo si el paciente no tiene capacidad para firmar por sí mismo

Cualquier divulgación de registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias se rige por la ley federal (ver 42 CFR Parte 2), y todas las divulgaciones de dichos registros deberán ir acompañadas de la siguiente declaración escrita: Esta información se le ha revelado de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben que usted divulgue más esta información a menos que el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o la autorización 42 CFR Parte 2 lo permitan expresamente. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con trastorno por uso de sustancias.

Fecha: _____
Nº de historia clínica: _____
Nº de expediente: _____

ACUERDO FINANCIERO

Por medio de la presente, yo acuerdo o nosotros acordamos lo siguiente:

1. Garantía de pago. Se ha prestado o se prestará atención médica al paciente cuyo nombre se indica abajo. Yo seré o nosotros seremos, tanto juntos como individualmente, totalmente responsables por el pago de la factura del paciente, que se basa en los cargos incurridos que yo acepto o nosotros aceptamos ahora como justos y razonables. Las *University Faculty Practice Corporations* (corporaciones de médicos profesionales de la facultad universitaria) podrían exigir el pago total de la factura del paciente en cualquier momento, pero las *University Faculty Practice Corporations* no están obligadas a hacerlo así. Incluso si las *University Faculty Practice Corporations* no exigen el pago inmediato, mi o nuestra obligación de hacer tal pago continúa siendo la misma.
2. Casos donde la cobertura del seguro del paciente sea insuficiente. Si cualquier cobertura de seguro que el paciente pudiera tener, tal como *Blue Shield, Medicare, Medicaid*, indemnización o alguna otra cobertura, rechazara el reclamo del paciente o autorizara solamente una parte del reclamo, yo seré o nosotros seremos responsables del pago inmediato del saldo a pagar en la medida permitida por la ley.
3. El Acuerdo. Yo he leído y entendido o nosotros hemos leído y entendido este Acuerdo, y también he recibido o hemos recibido una copia del mismo.

Nombre del paciente

Nombre de la persona que garantiza el pago

UNIVERSITY FACULTY PRACTICE
CORPORATIONS

Firma de la persona que garantiza el pago

Domicilio

Número de teléfono

Nombre del empleador

Dirección del empleador

Testigo