



STONY BROOK
Community Medical, PC

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:	



Nuevo historial médico del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Años: _____ Sexo: _____

¿Cómo se enteró de nuestra práctica? _____

Nombre de farmacia: _____ **Dirección de su farmacia:** _____

Indique brevemente en el cuadro a continuación el motivo de su visita

--

Historial médico pasado			
<i>Enfermedad / Condición</i>	<i>Comenzó el año</i>	<i>Enfermedad / Condición</i>	<i>Comenzó el año</i>
<input type="checkbox"/> Cáncer de mama		Otro(s)	
<input type="checkbox"/> Cáncer de ovarios			
<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio			
<input type="checkbox"/> COPD, enfisema o asma			
<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides			
<input type="checkbox"/> Hipertensión			
<input type="checkbox"/> Diabetes			
<input type="checkbox"/> Depresión			

Procedimientos Quirúrgicos Pasados / Hospitalizaciones / Lesiones o Fracturas Graves			
<i>Operación / Hospitalización / Lesión</i>	<i>Mes / año</i>	<i>Operación / Hospitalización / Lesión</i>	<i>Mes / año</i>

Historial médico familiar				
<i>Enfermedad / Condición</i>	<i>Madre</i>	<i>Padre</i>	<i>Hermana</i>	<i>Hermano</i>
<input type="checkbox"/> Cáncer de mama				
<input type="checkbox"/> Cáncer de ovarios				
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva				
<input type="checkbox"/> Hipertensión				
<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio				
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral				
<input type="checkbox"/> Cardiopatía				
<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides				
<input type="checkbox"/> Asma				
<input type="checkbox"/> Depresión				

Otros medicos y especialistas

--

Medicamentos / Alergias o intolerancias alimentarias

Enumere a continuación los medicamentos o alimentos que causan una reacción alérgica (es decir, erupción cutánea, hinchazón) o intolerancia (es decir, náuseas)

Medicación / Comida	Reacción	Medicación / Comida	Reacción

Medicamentos actuales

Medicación	Dosis	Medicación	Dosis

Historia social

Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	Situación laboral: Empleado
Desempleados Retirado Discapacitado	Horas trabajadas por semana:
¿Bebes alcohol? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cantidad de bebidas por semana?
¿Eres fumador? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día?
¿Eres un ex fumador? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿en qué año renunció?
¿Hacer ejercicio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo duración / frecuencia?

GYN OB Historia

Primer día / mes del último período menstrual:	Es tu periodo dolorosa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Edad del primer período menstrual:	#de días dura el período: Duración del ciclo:
Fecha de la última prueba de Papanicolaou / Resultados:	Fecha de la última Mammo / Resultados:
Edad en la que tuvo la primera relación sexual:	Número de parejas sexuales:
Alguna vez has estado embarazad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	# de embarazos:
Tipo de entrega:	Complicaciones:
Alguna vez has tenido una STD: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si ha tenido una STD, explique:
Método de control de natalidad:	Terapia hormonal: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estás en una relación abusiva? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Te sientes amenazada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Notas adicionales

Firma del proveedor: _____

Fecha: _____

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 University Associates in Obstetrics & Gynecology, 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 University Associates in Obstetrics & Gynecology, 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: _____

University Associates in Obstetrics & Gynecology
P.O. Box 1559
Stony Brook, NY 11790

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 University Associates in Obstetrics & Gynecology 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