

**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:
<b>Seguro Primario</b>				
Número de póliza:		Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de entrada en vigor:	Fecha de caducidad:		Copago de política:	
<b>Seguro Secundario</b>				
Número de póliza:		Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de entrada en vigor:	Fecha de caducidad:		Copago de política:	
<b>Seguro Terciario</b>				
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: \_\_\_\_\_

**MATTITUCK FAMILY MEDICINE | FECHA:**

**IMPRIMA Y COMPLETE TODAS LAS INSCRIPCIONES**

<b>ESTRUCTURA FAMILIAR:</b> <b>¿Con quién vives?</b>	<b>NECESIDADES DE COMUNICACIÓN:</b> <input type="checkbox"/> Sordo/a <input type="checkbox"/> Mudo/a <input type="checkbox"/> Ciego/a <input type="checkbox"/> Cognitivo/a <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otra:
---	--

<b>CUIDADOR PRIMARIO</b> <b>(Nombre / Relación)</b>  <input type="checkbox"/> N/A	<b>TUTOR LEGAL</b> <b>(Nombre / Relación)</b>  <input type="checkbox"/> N/A	<b>DIRECTIVAS AVANZADAS / PROXY DE ATENCIÓN MÉDICA</b>  <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (por favor vea la recepción para los formularios) <input type="checkbox"/> Disminución
--	--	--

**BARRERAS A CUIDAR:**    Ninguno    Transporte    Alojamiento    Vivir solo    Deambulacion    Financiero    InSeguro  
 Falta de apoyo    Dificultad para leer o comprender las instrucciones  
 Otro:

**OTROS PROVEEDORES MÉDICOS (Nombre / Teléfono)**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

**DOCTOR PRIMARIO ANTERIOR**

**ALERGIAS**

Ninguno/a

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Comida: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE VACUNAS**

Si lo sabe, inserte las fechas de su última inmunización contra:

Influenza (Gripe): \_\_\_\_\_ Neumonía: \_\_\_\_\_ TDAP (tétanos): \_\_\_\_\_ Hepatitis: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA: ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?**

<input type="checkbox"/> alergias	<input type="checkbox"/> dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> hepatitis	<input type="checkbox"/> condiciones sinusales
<input type="checkbox"/> anemia	<input type="checkbox"/> insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> hipertensión	<input type="checkbox"/> accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> condiciones de artritis	<input type="checkbox"/> síndrome de fatiga crónica	<input type="checkbox"/> hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> temblores
<input type="checkbox"/> fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> depresión	<input type="checkbox"/> insomnio	<input type="checkbox"/> enfermedad relacionada con garrapatas
<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> síndrome del intestino irritable	Última colonoscopia: _____
<input type="checkbox"/> problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> abuso de drogas / alcohol	<input type="checkbox"/> problemas renales	Resultado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
<input type="checkbox"/> coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> disfunción eréctil	<input type="checkbox"/> migrañas / dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> <b>Otro:</b>
<input type="checkbox"/> enfermedad de la arteria coronaria	<input type="checkbox"/> fibromialgia	<input type="checkbox"/> neuropatía	
<input type="checkbox"/> cáncer	<input type="checkbox"/> GERD	<input type="checkbox"/> osteoporosis	
<input type="checkbox"/> paro cardíaco	<input type="checkbox"/> infarto de miocardio	<input type="checkbox"/> problemas de próstata	
<input type="checkbox"/> enfermedad celíaca	<input type="checkbox"/> colesterol alto	<input type="checkbox"/> trastornos convulsivos	

**HISTORIAL DE LA FAMILIA: Indique (X) si alguno de sus familiares inmediatos ha tenido alguno de los siguientes síntomas:**

	MADRE	PADRE	HERMANO/HERMANA
Cáncer			
Diabetes			
Infarto de miocardio			
Cardiopatía			
Hipertensión			
Salud mental			
Abuso de sustancias			
Carrera			
Enfermedad de tiroides			
<b>Otra:</b>			

**HISTORIAL QUIRÚRGICO: indique cualquier hospitalización, cirugía, fractura o enfermedad grave que haya tenido.**

TIPO DE CIRUGÍA	AÑO o FECHA	MÉDICO/A	HOSPITAL

**HISTORIA DE OB-GYN**

**El último periodo menstrual:** \_\_\_\_\_  Regular  Irregular **Última prueba de Papanicolaou:** \_\_\_\_\_  
 Result:  Normal  Anormal **Numero de embarazos:** \_\_\_\_\_ Vivo/a \_\_\_\_\_ Abortos espontáneos \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_  
**Última mamografía:** \_\_\_\_\_ Result:  Normal  Anormal  
**Última densidad ósea:** \_\_\_\_\_ Result:  Normal  Anormal

**HISTORIA SOCIAL**

<p><b>¿Bebes alcohol?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Cantidad</b> _____ oz  <b>Frecuencia</b> <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Recuperación</p>	<p><b>¿Usa tabaco / nicotina?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Fumar (_____ cigarrillos por día) <input type="checkbox"/> Masticar  <input type="checkbox"/> Humo de segunda mano  <input type="checkbox"/> cigarrillos electrónicos</p>
<p><b>El consumo de drogas:</b>  <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No          En caso afirmativo, qué sustancias:</p>	<p><b>Salud bucal:</b> ¿Cuándo fue su último examen dental?: _____          Si tiene algún problema dental, por favor especifique:</p>

**MEDICAMENTOS:** Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los medicamentos de venta libre y los suplementos herbales (o proporcione una lista reciente que podamos copiar)

MEDICAMENTO	DOSIS / FRECUENCIA	MEDICAMENTO	DOSIS / FRECUENCIA

**OBJETIVOS DE SALUD PERSONAL**

**Un objetivo/s de salud en el que me gustaría trabajar:**




AD2N547

## ACUERDOS PARA PRÁCTICAS MÉDICAS

### ACUERDOS PARA PRÁCTICAS MÉDICAS

**Acuerdo Financiero/Garantía de Pago:** Yo, el paciente o persona responsable abajo firmante, asumo la responsabilidad total por el pago a Stony Brook University Hospital/University Faculty Practice Corporations por los cuidados y tratamientos del paciente cuyo nombre aparece en este formulario.

Entiendo que esto incluye pagos de costos compartidos al proveedor (incluyendo los copagos y los deducibles) por los cuidados y tratamientos, según lo dispuesto en el contrato y los beneficios del seguro de salud del paciente. Entiendo que el paciente es responsable de garantizar que se obtengan todas las autorizaciones y aprobaciones exigidas por su compañía de seguro. En caso de no obtener la aprobación previa en el momento requerido o de que se haya denegado la autorización, soy totalmente responsable por todos los cargos que no pague la compañía de seguro, según lo especificado en las disposiciones de mi contrato y en la medida permitida por la ley.

Entiendo que soy responsable de proporcionar información correcta al proveedor sobre: contactos, datos demográficos, seguro de salud y otra información pertinente solicitada para la facturación de los servicios del hospital/profesional y que debo notificar al proveedor a la brevedad posible sobre cualquier cambio en esta información. Acepto proporcionar cualquier otra información razonablemente solicitada por el proveedor con el fin de facturar los cuidados y el tratamiento proporcionados.

Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre mis facturas, puedo llamar a los siguientes números:

- 631-444-4151 por Cuentas de Pacientes/Facturación del Hospital
- 631-444-4800 por Facturación de Médicos del Plan de Gestión de Práctica Médica (Clinical Practice Management Plan, CPMP)

**Divulgación de Información:** Doy mi consentimiento para la divulgación parcial o total de mi historia clínica, incluido mi número del Seguro Social, a compañías de seguros, organismos gubernamentales y otros responsables de pago externos, con el objetivo de que se le reembolsen a Stony Brook University Hospital/University Faculty Practice Corporations los fondos correspondientes a mi atención. También entiendo que es posible que mi número de seguro social se entregue al Departamento de Salud de Nueva York de acuerdo con los requisitos de informe de incidentes y otros requisitos regulatorios hospitalarios del Estado de Nueva York, a los fabricantes de dispositivos médicos y a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration/FDA) con el propósito de realizar el seguimiento de dispositivos médicos. Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida, ya que entiendo que esto es necesario para tratar mi condición, obtener el pago para mi tratamiento y llevar a cabo las operaciones necesarias para el cuidado de mi salud.

### Divulgación de Información al Médico de Atención Primaria y Cesión General

**Divulgación de Información al Médico de Atención Primaria:** Autorizo al personal de Stony Brook University Hospital y de University Faculty Practice Corporations a divulgar información relacionada con mi atención médica a mi médico de atención primaria (PCP) a los efectos de la continuidad de mis cuidados de salud. Entiendo que esto incluirá información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

**Cesión General:** Por la presente transfiero, cedo y traspaso a Stony Brook University Hospital/University Faculty Practice Corporations suficientes fondos y/o beneficios que me correspondan de agencias gubernamentales, compañías de seguro u otros que sean responsables, desde el punto de vista financiero, de mi hospitalización y atención médica para cubrir los costos del cuidado y el tratamiento que me fueron brindados a mí o a mi dependiente.



AD2N547



Stony Brook  
Medicine

Stony Brook, NY 11794

## ACUERDOS PARA PRÁCTICAS MÉDICAS

**La siguiente sección corresponde SOLO a pacientes de Medicare.  
Los pacientes que firman este formulario y tienen Beneficios de Medicare  
entienden que se incluye esta información para su firma.**

### MEDICARE

**Cesión de Beneficios de Medicare:** Certifico que la información por mí suministrada en la solicitud de pago conforme al Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a toda persona que cuente con información médica o de otro tipo acerca de mi persona a divulgar a la Administración del Seguro Social y a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o a sus intermediarios o compañías de seguro, cualquier información necesaria para este o para cualquier reclamo de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre directamente al médico u organización que proporciona los servicios. Cedo, transfiero y traspaso todos los beneficios pagaderos por los servicios médicos al médico o a la organización y los autorizo a presentar un reclamo ante Medicare en mi nombre.





AD2N547



Stony Brook, NY 11794

# ACUERDOS PARA PRÁCTICAS MÉDICAS

## Aceptación de las Prácticas de Confidencialidad

**Aceptación de las Prácticas de Confidencialidad:** Declaro que he recibido una copia del Acuerdo Organizado de Atención Médica de Stony Brook y de la Notificación de Prácticas de Confidencialidad conjuntas y que he recibido información sobre cómo el hospital y las entidades nombradas al comienzo de la notificación de confidencialidad utilizarán y divulgarán la información acerca de mi condición, y sobre cómo puedo obtener acceso a esta información y control sobre la misma. También reconozco y entiendo que puedo solicitar información adicional sobre protección de privacidad especial para otras áreas como información relacionada con el VIH, salud mental y asesoramiento genético. He recibido la Notificación de Prácticas de Confidencialidad Conjunta en una fecha, o en una visita previa, no anterior al 14 de abril de 2003.

**He leído y entendido todo el documento. Se me ha dado la oportunidad de formular preguntas y entiendo que puedo hacer más preguntas en cualquier momento.**

Este establecimiento, los empleados, directivos y médicos quedan eximidos de toda responsabilidad legal u obligación por divulgar la información detallada anteriormente según se indica y autoriza en el presente. Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmar.

X  
Firma del paciente (o del representante)      Relación (si quien firma no es el paciente)      Hora      Fecha

Nombre del testigo en letra de imprenta      Cargo o relación con el paciente

X  
Firma del testigo      Hora      Fecha

### Mi firma indica que apruebo lo relacionado a mi atención y tratamiento por parte de University Faculty Practice Corporations (UFPCs), detalladas a continuación:

- Stony Brook Anaesthesiology, UFPC
- Stony Brook Children's Service, UFPC
- Stony Brook Dermatology Associates, UFPC
- Stony Brook Emergency Physicians, UFPC
- Stony Brook Family and Preventive Medicine, UFPC
- Stony Brook Internists, UFPC
- Neurology Associates of Stony Brook, UFPC
- New York Spine & Brain Surgery, UFPC
- University Associates in Obstetrics & Gynecology, UFPC
- Stony Brook Ophthalmology, UFPC
- Stony Brook Orthopaedic Associates, UFPC
- Stony Brook Pathologists, UFPC
- Stony Brook Psychiatric Associates, UFPC
- Stony Brook Radiation Oncology, UFPC
- Stony Brook Radiology, UFPC
- Stony Brook Surgical Associates, UFPC
- Stony Brook Urology, UFPC



AD2N547



Stony Brook  
Medicine

Stony Brook, NY 11794

## ACUERDOS PARA PRÁCTICAS MÉDICAS (AGREEMENTS FOR PHYSICIAN PRACTICES)

### Documentación sobre Intérprete o Asistencia Especial (Documentation of Interpreter or Special Assistance)

Se han utilizado los servicios de un intérprete o asistencia especial para obtener el consentimiento del paciente, según se detalla a continuación (An interpreter or special assistance was used to obtain consent from this patient as follows):

- Idioma extranjero (*especifique*) Foreign Language (*specify*) \_\_\_\_\_  Lenguaje de señas Sign Language
- Problemas de visión Visually Impaired  Otro (*especifique*) Other (*specify*) \_\_\_\_\_

Persona que prestó el servicio de interpretación o asistencia especial \_\_\_\_\_  
(Interpretation or special assistance provided by) \_\_\_\_\_  
(Complete el nombre del/de la intérprete y el cargo o relación con el paciente)  
(Fill in name of interpreter and title or relationship to patient)

X \_\_\_\_\_  
 Firma del testigo Hora Fecha  
 Signature of Witness Time Date

### Consentimiento Verbal (Verbal Consent)

Cuando se presta consentimiento verbal, ya sea por teléfono o en persona, la persona que da el consentimiento/acuerdo/reconocimiento o rechazo debe indicar claramente su nombre, fecha de nacimiento y relación con el paciente. Esto queda claramente documentado en el formulario general de consentimiento y acuerdos.

(When verbal consent is given, whether by telephone or in person, the person giving consent/agreement/acknowledgment or refusal clearly states their name, date of birth and relationship to the patient. This is documented clearly on the general consent and agreements form.)

Yo/I, \_\_\_\_\_, confirmo que mi nombre está escrito correctamente/verify my name as stated.  
(Nombre/Name)

Mi dirección es/My address is \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. Mi número de teléfono es/  
(Dirección/Street Address) (Ciudad, pueblo, aldea/City, Village, Hamlet)

My phone number is \_\_\_\_\_, mi fecha de nacimiento es/my date of birth is \_\_\_\_\_,

y mi relación con el paciente es/and my relationship to the patient is \_\_\_\_\_.

**Además, dos miembros del personal que trabajan en cualquiera de las instalaciones de Stony Brook Hospital actúan como testigos de todos los consentimientos verbales, ya sea por teléfono o en persona.**

**(Further, all verbal consent, whether by telephone or in person is witnessed by two staff members working at any of the campus locations of Stony Brook Hospital.)**

\_\_\_\_\_  
 Nombre del testigo 1 en letra de imprenta Firma del testigo 1 Hora Fecha  
 Print Name of Witness 1 Signature of Witness 1 Time Date

\_\_\_\_\_  
 Nombre del testigo 2 en letra de imprenta Firma del testigo 2 Hora Fecha  
 Print Name of Witness 2 Signature of Witness 2 Time Date



PP2S697



Stony Brook  
Medicine

Stony Brook, NY 11794

## CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO CON PRÁCTICAS AMBULATORIAS

**Mi firma a continuación indica que acepto y comprendo el:**

1. **Consentimiento General para Tratamiento:** Doy mi consentimiento para que

\_\_\_\_\_ (nombre de la unidad médica)

y su personal, médicos y otros profesionales (denominados, en forma conjunta, la “Unidad médica”) lleven a cabo la atención médica, las pruebas, los procedimientos y otros servicios que la Unidad médica considere necesarios o beneficiosos para mi salud y bienestar. Comprendo que este consentimiento tendrá una validez de un (1) año.

2. **Servicios de Telehealth:** Comprendo que puedo optar por recibir ciertos servicios por Telehealth y que debería informar a mi médico en caso de estar interesado en esta opción.

3. **Responsabilidad por la Atención del Paciente:** Entiendo que mi atención está a cargo de un médico y que él/ella puede asignar a otros médicos, profesionales y miembros del personal cuando se considere apropiado para que me brinden atención. También entiendo que, dado que la Unidad médica es una institución educativa, es posible que estudiantes de medicina, enfermería, trabajo social y de otras ramas observen o asistan en mi atención, bajo las indicaciones de mi médico u otros miembros del personal.

4. **Fotografías/Videos/Grabaciones de Audio:** Entiendo que es posible que me tomen fotografías o se realicen videos o grabaciones de audio (en adelante, las “Grabaciones”) que podrían utilizarse con fines médicos, tales como documentación o planificación de mi tratamiento, así como para enseñanza o control de calidad. Entiendo que los videos, las fotografías y las grabaciones de audio que se realicen para registrar mi atención médica son parte de mi historia clínica y que aquellos que tengan otros propósitos no lo son. En la medida que dichas Grabaciones me identifiquen, entiendo que se me conferirán las mismas protecciones de confidencialidad de las que goza el resto de mi información sobre salud.

He leído en detalle y comprendido este formulario de consentimiento, y se me han respondido todas las preguntas.

**Firma del Paciente:** X \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## **Mattituck Family Medicine**

### ***Portal del Paciente***

*El Portal del paciente le permite ver partes de su registro de salud personal, incluidos los resultados, resúmenes de visitas, vacunas y medicamentos, y también le permite solicitar recargas de medicamentos.*

***La invitación para el portal llegará a su correo electrónico de IQHEALTH.***

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Género:      Masculino      Hembra

Dirección de correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_

#### *Pregunta de Seguridad*

Código postal del paciente: \_\_\_\_\_

Si no está interesado en el portal del paciente, consulte a continuación:

Rechazar Portal del Paciente