



REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)						
Dirección:						
Ciudad:	Estado/Provincia:	Código postal:	País:			
Dirección postal (si difiere de la anterior):						
Teléfono residencial:		Trabajo:	Móvil:			
Email:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Estado civil:	Soltero/a <input type="checkbox"/>	Casado/a <input type="checkbox"/>	Divorciado/a <input type="checkbox"/>	Separado/a <input type="checkbox"/>	Viudo/a <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>
Raza:	Blanco/a <input type="checkbox"/>	Hispano/a <input type="checkbox"/>	Afroamericano/a <input type="checkbox"/>	Otra de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/>		
	Otra <input type="checkbox"/>	Asiático/a <input type="checkbox"/>	Nativo/a de Hawái <input type="checkbox"/>	Indígena Americano/a <input type="checkbox"/>		
Origen étnico:	Hispano/Latino <input type="checkbox"/>	No Hispano/Latino <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Idioma:		
Método de contacto preferido:	Residencia <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Móvil <input type="checkbox"/>			
Permite que lo llamemos para recordarle citas médicas:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dejar mensaje:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Médico general:	Médico que lo refiere:					

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

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

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:	Relación con el paciente:
Teléfono:	Email:



INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA

El paciente es garante (asegurador)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	(Si el paciente es garante la información es la misma que en la página 1)	
Nombre del garante:		Relación con el paciente:		
Dirección del garante:				
Ciudad:		Estado:	Código postal:	País:
Teléfono residencial del garante:		Trabajo:		Móvil:
Fecha de nacimiento del garante:	Género del garante: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Número de Seguro Social del garante:	
Nombre del empleador del garante:			Número de teléfono:	
Dirección del garante:				
Ciudad:		Estado:	Código postal:	País:
Seguro principal				
Número de póliza:		Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de vigencia:	Fecha de vencimiento:		Co-pago de la póliza:	
Seguro secundario				
Número de póliza:		Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de vigencia:	Fecha de vencimiento:		Co-pago de la póliza:	
Seguro terciario:				
Número de póliza:		Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de vigencia:	Fecha de vencimiento:		Co-pago de la póliza:	



NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Propósito de esta notificación: Describir cómo se utiliza su información médica, a quien la divulgamos y de qué forma usted puede acceder a dicha información.

Stony Brook Community Medical como proveedor de atención médica está autorizado por ley a recabar, utilizar y divulgar su "información médica protegida" o archivo médico con propósitos de tratamiento, pago, operaciones comerciales internas o según lo requiera la ley con propósitos informativos.

Usted tiene ciertos derechos dentro de los que se incluyen el acceso a su información y cierto control sobre quién puede acceder a su información.

Stony Brook Community Medical, PC se compromete a regirse según los términos de esta notificación pero se reserva el derecho de modificar los términos en cualquier momento. En caso de que dichos términos se modifiquen, le notificaremos por escrito.

Utilización y Divulgación de la Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés): Cuando firma un formulario de consentimiento para recibir tratamiento, su información médica protegida se utiliza para su tratamiento, para facturarle los cargos por sus servicios de atención médica a usted o a su compañía de seguros y para tomar decisiones sobre cómo proporcionarle los servicios de atención médica a usted, a su familia y a la comunidad de la cual nos ocupamos. Nuestros médicos, el personal administrativo y otras partes externas a Stony Brook Community Medical, por ejemplo su aseguradora, están autorizados a acceder a esta información.

A continuación encontrará algunos ejemplos de usos y divulgaciones de su información médica protegida:

- Tratamiento por su doctor
- Orden público
- Compensación a empleados
- Recordatorios sobre citas médicas
- Pago de su tratamiento a su cargo o a cargo de su seguro
- Informes a FDA sobre reacciones adversas de medicaciones o de dispositivos médicos
- Informes sobre riesgos de salud
- Respuesta a procedimientos legales
- Donación de órganos o tejidos
- Forenses, directores de funerales
- Stony Brook Community Medical para determinar si suplimos las necesidades de nuestros pacientes

Cualquier otra utilización y divulgación no especificada requiere una autorización, inclusive con propósitos de mercadeo y divulgaciones que constituyan la venta de información médica protegida.

Derechos del paciente:

- A. Usted tiene derecho a examinar y a obtener una copia de su información médica durante el plazo que el grupo mantenga su archivo.
*Según la ley del Estado de Nueva York tenemos autorización para cobrar un cargo 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, pago u operaciones.
*Stony Brook Community Medical se reserva el derecho de denegar su tratamiento en caso de que restrinja el uso de su información médica protegida para el tratamiento, pago u operaciones, a menos que las restricciones solicitadas se refieran a las divulgaciones de un plan médico y la Información Médica Protegida se refiera a un servicio médico o ítem que haya pagado en su totalidad y con sus fondos propios.
- C. Usted puede restringir la divulgación de su información médica a sus familiares o amigos a menos que usted les proporcione una autorización por escrito o verbal.
- D. Usted tiene derecho a solicitar un registro de las divulgaciones efectuadas de su información médica.
*Debe enviar la solicitud por escrito, especificando las fechas y los plazos de hasta seis años atrás desde la fecha de hoy, siempre y cuando los acontecimientos en cuestión hayan sucedido luego del 12 de abril del 2003.
- E. Usted tiene derecho a modificar su información médica protegida.
*Para modificar su información médica protegida, debe enviar una solicitud por escrito en la cual explique el motivo por el cual desea modificarla. Su solicitud puede denegarse si la información se generó fuera de Stony Brook Community Medical, PC.
- F. Usted tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales siempre y cuando lo haga por escrito.
*Por ejemplo, usted puede especificar que solo desea que lo contactemos a su trabajo, hogar o por correo postal, etc.
- G. Usted tiene derecho a recibir notificaciones si se infringe su Información Médica Protegida que no esté segura.

Si cree que sus derechos de privacidad se han infringido, puede presentar una queja y la reenviaremos a nuestro Director de Cumplimiento.



**Declaración de Recibo de las
Prácticas de Privacidad de Stony Brook Community Medical**

Yo, quien suscribe, declaro que recibí una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de Stony Brook Community Medical. En caso de que tenga alguna pregunta sobre la política de privacidad, lo conversaré con mi Médico o con el *Director de Cumplimiento* del grupo.

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Autorización de divulgación de la información médica del paciente a un tercero

Autorizo la divulgación de mi Información Médica de Paciente a mi
(*Complete con el o los nombre que correspondan.*)

Esposo/a, _____

Familiar, _____

Amigo, _____

Servicios médicos de la escuela/universidad, _____

Otro, _____

Al firmar abajo, declaro que esta autorización es válida hasta que yo la revoque.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

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

Nombre en letra imprenta del padre/madre/tutor: _____



Sólo para uso oficial

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

Stony Brook Internists
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 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



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: _____



Nueva Historia Médica del Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/ 19___ Edad: ____ Sexo: ____
¿Cómo se enteró de nuestra práctica?

Por favor, explique brevemente en el cuadro debajo de la razón de su visita

Médico Historial			
<i>Condición/Enfermedad</i>	<i>Año de inicio</i>	<i>Condición/Enfermedad</i>	<i>Año de inicio</i>
<input type="checkbox"/> Hipertensión		Otros:	
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto			
<input type="checkbox"/> Hyper/Hipotiroidismo			
<input type="checkbox"/> EPOC, enfisema o asma			
<input type="checkbox"/> Diabetes			
<input type="checkbox"/> ERGE			
<input type="checkbox"/> La depression o ansiedad			
<input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón			

Procedimientos/Hospitalizaciones/Lesiones Graves quirúrgicas anteriores o fracturas			
<i>Operación/Hospitalización/Lesiones</i>	<i>Mes / Año</i>	<i>Operación/Hospitalización/Lesiones</i>	<i>Mes / Año</i>

Otros Médicos y Especialistas
Liste debajo de sus otros medicos (es decir, Gyn, Dermatológica, GI, Ortopedia, Urología, Psiquiatria)

Medicamentos o alergias o intolerancias alimentarias			
<i>Lista de abajo medicamentos o alimentos que causan una reacción alérgica (es decir, erupción cutánea, hinchazón) o intolerancia (es decir, náuseas)</i>			
<i>Medicamento / Almiento</i>	<i>Reacción</i>	<i>Medicamento / Almiento</i>	<i>Reacción</i>



Historial de Salud Familiar				
<i>Relativa</i>	<i>Vivir o Difunto</i>	<i>Edad actual o a la edad de</i>	<i>Causa de muerte</i>	<i>Problemas de salud</i>
Padre:				
Madre:				
Hermano(s):				
Hermana(s):				
Niño/a(s):				

Mantenimiento de la Salud				
<i>Pruebas realizadas</i>	<i>Fecha</i>			
Lípidos (cholesterol)		¿Anormal?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Colonoscopia		¿Anormal?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mamografía		¿Anormal?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
PAP		¿Anormal?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Densidad ósea		¿Anormal?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Examen Dental				
Examen de Ojos				

Vacunas	
	<i>Fecha</i>
El Tétanos (Tdap)	
Influenza	
Pneumovax (Neumonía)	
Zostavax (Culebrilla)	

Medicamentos Actuales			
<i>Medicación</i>	<i>Dosis</i>	<i>Medicación</i>	<i>Dosis</i>



Social, Educación e Historia Trabajo

Estado civil:	
Estatus (marque uno): Empleado / Desempleado / Retirado / Desactivado	Horas trabajadas por semana:
¿Bebe alcohol?	¿Número de bebidas por semana?
¿Es usted un fumador?	Si sí, ¿cuántos paquetes por día?
¿Eres un ex fumador?	En caso afirmativo, ¿en qué año dejó de fumar?
¿Haces ejercicio?	Duración y Frecuencia?

Revisión de los Sistemas

Por favor, marque cualquier **persistente** síntomas que ha tenido en los **meses últimos**. Leer a través de cada sección y marcan "no hay problemas" si ninguno de los síntomas se aplica a usted.

General

- Péridida de peso inexplicable/ganancia
- Fatiga inexplicable/debilidad
- Fiebre/escalofríos
- No hay problemas**

Piel

- Nuevo o cambio en mole
- Rash/picor
- No hay problemas**

Seno

- Dolor de pecho/nudo/secreción
- No hay problemas**

Oídos/Nariz/Garganta

- Las hemorragias nasales
- Dificultad para tragar
- Frecuentes dolores de garganta
- La pérdid de audición/zumbido en los oídos
- No hay problemas**

Ojos

- Cambios en la visión
- Dolor ocular
- Enrojecimiento de los ojos
- No hay problemas**

Cardiovascular

- El dolor torácico/malestar
- Palpitaciones (rápido o irregular latidos del corazón)
- No hay problemas**

Respiratorio

- Tos/sibilancias
- Los ronquidos fuertes/respiración durante el sueño
- A falta de aliento con el esfuerzo
- No problems**

Gastrointestinal

- La acidez/reflujo/indegestión
 - Sangre o cambio en el intestino movimiento
 - Estreñimiento
 - No hay problemas**
- Genitourinario**
- Goteo de la orina
 - Sangre en la orina
 - La micción nocturna o aumento frecuencia
 - Secreción del pene o de la vagina
 - La preocupación con la función sexual
 - No hay problemas**

Musculoesqueléticos

- El dolor de cuello
- El dolor de espalda
- Músculo/dolor en las articulaciones
- No hay problemas**

Endocrino

- El calor o la sensibilidad al frío
- No hay problemas**

Hematológico/Linfático

- Glándulas inflamadas
- Fácil aparición de moretones
- No hay problemas**

Neurológico

- Dolor de cabeza
- Pérdida de la memoria
- Desmayo
- Mareos
- Entumecimiento/hormigueo
- Marcha inestable
- Caídas frecuentes
- No hay problemas**

Alérgica/Immuno

- Fiebre del heno/alergias
- Infecciones frecuentes
- No hay problemas**

Psiquiátrico

- La ansiedad/estrés/irritabilidad
- Los problemas del sueño
- Falta de concentración
- No hay problemas**

Sólo Mujeres

- Síntomas premenstruales (hinchazó, calambres, irritabilidad)
- Problema con períodos menstruales
- sofocos/sudores nocturnos
- No hay problemas**

Por favor, escribe cualquier otra preocupación aquí:
