



FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOMBRE DEL

PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_ SEXO: M F

DIRECCIÓN DE CASA: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA #: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL TRABAJO #: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

TELÉFONO MÓVIL #: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

SEGURIDAD SOCIAL #: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

LENGUAJE PRIMARIO: \_\_\_\_\_

CARRERA: \_\_\_\_\_

ETNICIDAD: \_\_\_\_\_

¿TIENE UN TUTOR LEGAL O UN PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN  
MÉDICA? SÍ NO EN CASO SÍ,

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

N.º DE TELÉFONO: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO #: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

MÉDICO DE ATENCIÓN

PRIMARIA: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:



TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FARMACIA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO

#:(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

¿HAY ALGÚN FAMILIAR U OTRA PERSONA CON LA QUE DESEA QUE COMPARTAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA? SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO,

NOMBRE(S) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿QUIÉN ES RESPONSABLE DEL

PAGO? \_\_\_\_\_ ¿RELACIÓN CON EL

PACIENTE? \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD/ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ N.º

DE TELÉFONO:(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ ¿CÓMO SE ENTERÓ DE LA

PRÁCTICA? (marque uno con un círculo)

INTERNET/GOOGLE \_\_\_\_ AMIGO/FAMILIAR \_\_\_\_ REFERENCIA AL

MÉDICO (¿quién?) \_\_\_\_\_ COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_

FACEBOOK \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO:

\_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD/ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ N.º

DE TELÉFONO:(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ NOMBRE DEL

ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO  
\_\_\_\_\_  
EMPLEADOR \_\_\_\_\_ N.º DE  
CONTRATO \_\_\_\_\_ N.º DE GRUPO  
\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO SECUNDARIO:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD/ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

N.º DE TELÉFONO:(\_\_\_\_)\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL

ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO  
\_\_\_\_\_  
EMPLEADOR \_\_\_\_\_ N.º DE  
CONTRATO \_\_\_\_\_ N.º DE GRUPO  
\_\_\_\_\_

INDICE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE  
ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE (INCLUYA RECETAS,  
MEDICAMENTOS DE SIN RECETA Y SUPLEMENTOS A HIERBAS):  
NOMBRE DOSIS ¿CON QUE FRECUENCIA SE TOMA?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

POR FAVOR INDIQUE TODAS LAS HOSPITALIZACIONES ANTERIORES  
(QUE NO SEA POR CIRUGÍA): MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN  
FECHA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Formulario de consentimiento del paciente para el cumplimiento de HIPAA**

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted confirmó con su firma que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar; de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Usted tiene derecho a restringir cómo se utiliza y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. · La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones completas. · La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarlo, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas? SI NO ¿Podemos dejarle un mensaje en el contestador de su casa o en su celular? SÍ NO ¿Podemos hablar sobre su condición médica con algún miembro de su familia? SÍ o NO En caso afirmativo, nombre los miembros permitidos:

---

---

---

Este consentimiento fue firmado por:

\_\_\_\_\_ (NOMBRE EN  
IMPRESA POR FAVOR)

Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Testigo:

\_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_