perlmanclinic++

Registración de Paciente

Fecha:	Nombre Legal: Apellido Primer Nombre Segundo nombre	
Fecha de Nacimiento: Número de Seguro social:	Sexo a Nacimiento: ☐ Femenino ☐Masculino Identificación de Genero (opcional):_____ Orientación de Sexo (opcional): _____ Pronombre Preferido (opcional): _____	Estado Civil: ☐ Casado ☐Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Legalmente Separado
Correo Electrónico: Número de Teléfono: ¿Se pueden dejar mensajes confidenciales detallados en este número? ☐Si ☐ No	Idioma Preferido: ☐ Inglés ☐Español ☐ ASL (gestual americano) ☐ Otra_____ ¿Necesitas un intérprete? ☐ Si ☐No	Raza: ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Nativo de Hawái u otra Isla del Pacifico ☐ Blanco o Caucásico ☐ Rechazar a especificar ☐ Otra _____
Dirección Postal: Calle Ciudad Estado Código Postal		Etnia: ☐ Hispano/Latino ☐ Non-Hispano/Latino ☐ Rechazar a especificar
Farmacia Preferida:	Número de Teléfono de la Farmacia:	
Dirección Postal de la Farmacia:		
¿Quién es el Suscriptor de Seguro? ☐ Yo Mismo ☐Esposo(a) ☐Padre/Guardián ☐Otra_____ Si no es "Yo Mismo", llene lo siguiente por favor: Nombre del Suscriptor y Fecha de Nacimiento: _____ Si el seguro es TriCare, cual es el Número de Seguro Social del Suscriptor: _____		
Contacto de Emergencia:	Teléfono de Emergencia:	
Relación con el Paciente: ☐Esposo(a) ☐ Madre/ Padre/ Guardián (circule uno) ☐ Amigo(a) ☐ Otra_____		
¿Autoriza que se discuta la Información de Salud Protegida (PHI) con esta persona? ☐Si ☐No		
¿Hay alguien más con quien le gustaría autorizar que se analice la PHI? ☐Si ☐No En caso afirmativo, indique: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____		

He ingresado toda la información a lo mejor de mi conocimiento y verifico que la información enumerada sea precisa y verdadera. He revisado y acepto permitir que Perlman Clinic discuta mi información médica y de medicamentos pasado, presente y futuro, así como toda otra PHI con las personas mencionadas anteriormente. Entiendo que es mi responsabilidad contactar a Perlman Clinic directamente para eliminar a una persona mencionada anteriormente y acepto que todas las adiciones futuras deben hacerse por escrito y firmadas por mí o un representante autorizado.
CONSENTIMIENTO MÉDICO: Doy mi consentimiento para recibir tratamientos y procedimientos médicos según las indicaciones generales y específicas de los médicos u otros profesionales de la salud que participen en mi atención.

_____ _____

Nombre del Paciente Su Nombre y Relación con Paciente *(si el paciente es menor de 18 años de edad)**

_____ _____

Firma *(Firma de padre/tutor legal / cuidador si el paciente es menor de 18 años de edad)** Fecha

**Si no es un padre o tutor legal, el cuidador debe completar y ejecutar un Formulario de Autorización del Cuidador. Si es un menor sin un padre o tutor legal, se debe completar el formulario de Consentimiento de menor para servicios de atención médica calificada. El formulario aplicable debe mostrarse al proveedor médico, quien puede o no aceptarlo.*

La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en https://openpaymentsdata.cms.gov.

perlmanclinic++

Póliza de Responsabilidad Financiera del Paciente

Su tarjeta de seguro actual y correcta debe presentarse en el momento en que se prestan los servicios. Si su tarjeta no está presente en el momento en que recibe los servicios, es posible que no podamos facturar su cobertura hasta que se reciba. Si no recibimos su tarjeta de seguro dentro de los 90 días de servicio, muchos seguros ya no nos permitirán facturarlos. Es posible que deba solicitar un reembolso directamente de ellos en ese momento. Si no se puede verificar su cobertura al momento del servicio, usted será responsable del pago de todos los servicios por adelantado. Es su responsabilidad notificarnos si hay algún cambio en su seguro, dirección, número de teléfono o estado familiar al momento del check-in o antes. Es su responsabilidad pagar su copago y / o coseguro al momento del servicio. Si no tiene seguro, es su responsabilidad pagar su factura en su totalidad al momento del servicio.

Partes responsables: si usted es un adulto (mayor de 18 años), legalmente es su propia parte responsable. No puede nombrar a otro adulto (como su cónyuge o padre) como financieramente responsable por usted. En el caso de que otro adulto acepte asumir la responsabilidad financiera por usted, debe firmar la política financiera en su nombre. Si está firmando por un hijo menor o un hijo adulto discapacitado, usted es la parte responsable de cualquier tratamiento que ocurra hasta que una nueva política financiera esté vigente. La responsabilidad financiera debe revocarse por escrito y una nueva parte responsable debe firmar una nueva política financiera que acepte la responsabilidad en ese momento.

Si su seguro no cubre ninguna visita al consultorio, específicamente, pero sin limitarse a, exámenes anuales y / o pruebas de diagnóstico y / o tratamiento, comprende que es responsable del pago del servicio y que hará arreglos inmediatos y satisfactorios para liquidar su cuenta. Aunque le facturaremos a su compañía de seguros por los servicios prestados, usted es financieramente responsable de todos los servicios prestados. Si el pago no se ha recibido dentro de los 60 días posteriores a la facturación de su plan de salud, nos pondremos en contacto con usted para solicitar asistencia. Si su plan de salud niega la cobertura por algún motivo, usted será responsable del pago dentro de los treinta días de su estado de cuenta. Si no se presenta o cancela la cita, se le cobrara una tarifa de $30 por una cita perdida.

Autorización para Mantener una Tarjeta de Crédito o Débito en el Archivo: Como una conveniencia para nuestros pacientes, estos pueden optar por mantener de forma segura una tarjeta de crédito o débito en el archivo de Perlman Clinic. Proporcionar una tarjeta para mantener en el archivo es completamente voluntario. Al elegir mantener una tarjeta en el archivo, usted autoriza a Perlman Clinic a cargar a dicha tarjeta cualquier monto correspondiente a su responsabilidad financiera como paciente, incluyendo, entre otros, copagos, coseguros, deducibles, cargos por consultas de pago directo (self-pay), saldos pendientes después del procesamiento por parte de su seguro, cargos por no presentarse a una cita (no-show) y cualquier otro monto adeudado conforme a esta Política de Responsabilidad Financiera del Paciente. Usted es responsable de mantener actualizada su información de pago. Puede solicitar la eliminación de su tarjeta del archivo en cualquier momento notificando a la clínica; sin embargo, seguirá siendo responsable del pago de cualquier saldo pendiente.

El artículo 1785.27 del Código Civil prohíbe al titular de este contrato de deuda médica proporcionar cualquier información relacionada con esta deuda a una agencia de informes crediticios del consumidor. Además de cualquier otra sanción permitida por la ley, si una persona infringe deliberadamente dicho artículo al proporcionar información sobre esta deuda a una agencia de informes crediticios del consumidor, la deuda se considerará nula y no exigible.

Reconocimiento y Acuerdo:

He ingresado toda la información a lo mejor de mi conocimiento y verifico que la información sea precisa y verdadera. He leído y entiendo la Política de responsabilidad financiera del paciente. Acepto estar sujeto a los términos de la misma, incluida, entre otros, la Política de cancelación. También entiendo que Perlman Clinic puede modificar dichos términos de vez en cuando. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a Perlman Clinic. También autorizo a Perlman Clinic y a mi compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

_____ _____

Nombre del Paciente Fecha de nacimiento del paciente

_____ _____

Firma *(Firma de padre/tutor legal si el paciente es menor de 18 años de edad)** Fecha

Información del garante (si la persona que firma no es el paciente)

_____ _____

Nombre completo de la persona que firma Fecha de nacimiento

_____

Relación al paciente

**Si no es un padre o tutor legal, el cuidador debe completar y ejecutar un Formulario de Autorización del Cuidador. Si es un menor sin un padre o tutor legal, se debe completar el formulario de Consentimiento de menor para servicios de atención médica calificada. El formulario aplicable debe mostrarse al proveedor médico, quien puede o no aceptarlo.*

perlmanclinic++

HIPAA Forma de Requerimientos de Cumplimiento
Notificación sobre Practica de la Privacidad de Perlman Clinic

ESTE DOCUMENTO DESCRIBE COMO INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA
Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.
POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE

La Regla de Privacidad, de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA") requiere que nosotros le informemos a nuestros pacientes nuestra Notificación sobre Prácticas de Privacidad. Perlman Clinic debe tomar ciertos pasos para proteger la privacidad de su Información de Salud ("PHI") de acuerdo con HIPAA. PHI incluye información que nosotros creamos o recibimos referente a su cuidado de salud, incluyendo pagos y facturas para su cuidado de salud. Adicional a su archivo medical, PHI incluye información personal como su nombre, número de seguro social, dirección y número de teléfono.

Esta Notificación sobre Práctica de la Privacidad de Perlman Clinic esta también disponible en nuestro sitio de internet de Perlman Clinic, www.perlmanclinic.com, bajo en enlace HIPAA/Privacy Practices. Si necesitas una copia, por favor pregúntanos por ella para proporcionártela. Bajo la Ley Federal, nosotros estamos obligados para: (i) Proteger la Privacidad de su PHI (Perlman Clinic requiere a nuestros empleados mantener confidencialidad de tu PHI); (ii) Proporcionarte la Notificación sobre Prácticas de Privacidad de Perlman Clinic, explicando nuestras responsabilidades y practicas sobre su PHI; y (iii) Seguir las prácticas y procedimientos establecidos en esta Notificación sobre Practica de la Privacidad de Perlman Clinic.

Perlman Clinic participa en un Acuerdo de Atención Médica Organizada (OHCA) con el Sistema de Salud de la Universidad de California en San Diego (UCSD) para cumplir con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Este aviso es utilizado conjuntamente y describe conjuntamente las prácticas de todos los participantes dentro de la OHCA, incluido, entre otros, cualquier profesional de atención médica autorizado para ingresar información en su registro médico. Su información de salud está integrada en el sistema electrónico de mantenimiento de registros de salud de UCSD. La OHCA seguirá los términos de este aviso conjunto. Los participantes de OHCA pueden compartir información médica entre sí para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica relacionadas con OHCA, así como para fines relacionados con investigaciones realizadas en UCSD y en todos los grupos médicos y hospitales de UCSD relacionados. UCSD también tiene su propio aviso de prácticas de privacidad al que se puede acceder en http://health.ucsd.edu/hipaa/Pages/hipaa.aspx.

Podemos divulgar su PHI a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes u otro personal del sistema de salud que esté involucrado en su cuidado en el sistema de salud. Por ejemplo, un médico que lo esté tratando por una fractura en la pierna puede necesitar saber si tiene diabetes, ya que la diabetes puede retardar el proceso de curación. Es posible que un médico que lo esté tratando por una afección mental necesite saber qué medicamentos está tomando actualmente, ya que los medicamentos pueden afectar los medicamentos que le receten. También podemos compartir la PHI sobre usted con otros proveedores que no sean de Perlman Clinic y/o de UCSD. La divulgación de su PHI a proveedores que no pertenecen a Perlman Clinic y/o que no pertenecen a UCSD puede realizarse electrónicamente a través de un intercambio de información de salud que permite a los proveedores involucrados en su atención acceder a algunos de sus Perlman Clinic y/o UCSD registros, incluida la PHI, para coordinar los servicios para usted.

Yo entiendo que es parte de mi cuidado de salud, Perlman Clinic creará y mantendrá en papel y/o archivo electrónico describiendo mi historia de salud, síntomas, examinaciones y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para mi cuidado y tratamiento futuro. Yo entiendo que esta información sirve para lo siguiente:

Una base para planear mi cuidado y tratamiento;
Una manera de comunicación para los profesionales de salud quienes contribuyen a mi cuidado;
Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico y tratamiento para mi factura;
Una manera como una tercera parte responsable de pago pueda verificar servicios facturados;

Una herramienta para cuidados de salud de rutina, evaluándose la calidad y revisando la competencia de cuidado de salud de profesionales.

Yo entiendo que es parte del tratamiento de Perlman Clinic, facturación y/o cuidado de salud, que pueda ser necesario revelar mi PHI para otra entidad y yo consiento revelar para estos permitidos usos incluyendo revelar vía fax y compartir mi archivo medico electrónico. Adicionalmente, PHI puede ser liberado sin mi autorización para (i) Legal y/o propósitos gubernamentales según lo requerido por la ley y (ii) ciertas circunstancias, como a una persona acampanando para un tratamiento o para una agencia pública autorizada para asistencia por desastre, todo lo autorizado bajo HIPAA.

Excepto por las situaciones listadas anteriormente, nosotros usaremos y revelaremos su PHI solo con su autorización escrita. Nosotros no revelaremos su PHI en los siguientes casos, a menos su nos des un permiso escrito: (i) propósitos de ventas; (ii) venta de su información; y (iii) compartir notas de psicoterapia. Leyes Federales y Estatales proveen especial protección para específicos tipos de PHI y requieren autorización de usted antes que nosotros podamos revelar tal PHI. En estas situaciones, nosotros lo debemos contactar para la autorización necesaria. En algunas situaciones, usted puede revocar tu autorización. Si tú tienes preguntas acerca de estas leyes, favor de contactar el Oficial de Privacidad al (858) 554-1212.

Correo Electrónico y Mensajes de Texto: Usted esta avisado que el correo electrónico y los mensajes de texto no son métodos de comunicación seguro. Si usted nos envía un correo electrónico o un mensaje de texto, usted está de acuerdo en comunicarnos por medio de correo electrónico o mensaje de texto y está de acuerdo en los riesgos. Si usted prefiere no intercambiar información de salud por correo electrónico o mensaje de texto, por favor háganoslo saber enviándonos un correo electrónico a info@perlmanclinic.com o un mensaje de texto al 858.554.1212.

Sin limitación, usted tiene el derecho de requerir: (i) restricciones sobre la revelación de su PHI; (ii) preguntar por una específica manera de comunicación; (iii) requerir una copia electrónica o de papel de su PHI; (iv) un arreglo para su PHI; (v) mirar un desglose de las revelaciones hechas de su PHI; (vi) una copia de papel de este aviso; y (vii) una notificación escrita de cualquier incumplimiento de la confidencialidad de su PHI. Todos los requerimientos deben ser por escrito y en ciertas circunstancias un requerimiento puede ser negado o requerir el pago de una cuota. En cualquier tal circunstancia nosotros explicaremos nuestra respuesta. Usted puede presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad están siendo violados. Usted puede presentar una queja escrita con nosotros y/o con el U.S Departamento de Salud y Servicios Humanos Oficina de Derechos Civiles. La dirección es 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C 20201. Usted puede también contactarlos llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

Por el presente acepto lo anterior y doy consentimiento a Perlman Clinic para obtener mi pasada, presente y futura información médica y de medicamentos, así como todos los PHI:

_____ _____

Nombre del Paciente Su Nombre y Relación con Paciente *(si el paciente es menor de 18 años de edad)*

_____ _____

Firma *(Firma de padre/tutor legal si el paciente es menor de 18 años de edad)* Fecha

**Si no es un padre o tutor legal, el cuidador debe completar y ejecutar un Formulario de Autorización del Cuidador. Si es un menor sin un padre o tutor legal, se debe completar el formulario de Consentimiento de menor para servicios de atención médica calificada. El formulario aplicable debe mostrarse al proveedor médico, quien puede o no aceptarlo.*

ESTO SERÁ PRESENTADO CON SUS REGISTROS MÉDICOS

Cuestionario de Historia Médica

Fecha:	Nombre Legal: Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre

Por favor, indique la(s) razón(es) de su visita:

Enumere cualquier medicamento que usted sea alérgico a:

_____ reacción _____ _____ reacción _____

_____ reacción _____ _____ reacción _____

Enumere todos los medicamentos que usted está tomando actualmente, incluyendo los productos sin receta / herbolarios:

_____ dosis _____ frecuencia _____ _____ dosis _____ frecuencia _____

_____ dosis _____ frecuencia _____ _____ dosis _____ frecuencia _____

Enumere cualquier cirugía previa (tipo y año)

Enumere cualquier hospitalización previa (por qué y por cuánto tiempo)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer cosas	☐ Ningún día	☐ Varios días	☐ Más de la mitad de los días	☐ Casi todos los días
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	☐ Ningún día	☐ Varios días	☐ Más de la mitad de los días	☐ Casi todos los días

Fecha y resultado de su última prueba de Papanicolaou: _____

Fecha y resultado de su última mamografía: _____

Fecha y resultado del último examen de detección de cáncer de colon: _____

Actividad sexual personal (marque todo lo que corresponda)

Sexualmente activo:	☐ Si	☐ No actualmente	☐ Nunca	
Control de la natalidad /Protección:	☐ Ligadura de Trompas	☐ Pastillas		☐ DIU con hormonas
	☐ Inyección	☐ Nexplanon	☐ Abstinencia	☐ Condón
	☐ Diafragma		☐ Anillo Vaginal	☐ Espermaticida
Parejas Sexuales:	☐ Femeninas	☐ Masculinas		

Historial médico personal (marque todo lo que corresponda)

☐ Anemia	☐ Enfermedad del corazón	☐ Trastorno de coagulación	☐ Trombosis venosa profunda
☐ Artritis	☐ Fibrilación auricular	☐ Migraña	☐ VIH/SIDA
☐ Asma	☐ Glaucoma	☐ Neumonía	☐ Insuficiencia cardíaca congestiva
☐ Convulsiones	☐ Hipercolesterolemia	☐ Obesidad	☐ Pulmonar obstructiva crónica
☐ Depresión	☐ Hipertensión	☐ Apnea obstructiva del sueño	☐ Enfermedad de la arteria coronaria
☐ Diabetes	☐ Hipotiroidismo	☐ Reflujo gastroesofágico	☐ Inflamatoria intestinal

Historial médico familiar (marque todos los que correspondan)

	No hay problemas conocidos	Cáncer	Diabetes	Enfermedad del corazón	Hipertensión	Psiquiatría	Embolia Cerebral	Tiroides	Otra
Madre									
Padre									
Hermana									
Hermano									
Abuela Materna									
Abuelo Materna									
Abuela Paterna									
Abuelo Paterna									