

**HOJA DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE**

¡Bienvenido a Capital Area Health Network! Le agradecemos haber escogido a CAHN para atender sus necesidades de atención de salud y servirle como su nuevo *Centro Médico y Dental*. Nuestra meta consiste en brindarle la atención de salud de calidad excepcional e individualizada que usted necesita y se merece.

La familia CAHN considera un honor y un privilegio el que le permitan servirle a usted y su familia.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**(POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre anterior: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre I.I.

Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Grupo étnico:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino ¿Es usted gemelo(a) (múltiples)?  Sí  No

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal (+4): \_\_\_\_\_

Teléfono casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Estado de empleo:  Empleado  Desempleado  Jubilado  Estudiante  Estudiante a tiempo parcial

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

Marque todo lo que corresponda:  Obrero migratorio  Obrero temporero  Sin hogar  Veterano

Ingreso anual estimado:  \$0.00 -\$10,000  \$10,001 -\$20,000  \$20,001 -\$30,000  \$30,001 o más

¿Cómo supo de nosotros? \_\_\_\_\_ Farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Método preferido para recordarle citas y/o de comunicación:  Teléfono  Mensaje de texto (SMS)  Email

**CONTACTO EN CASOS DE EMERGENCIA**

Contacto en una emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE /GARANTE (si el paciente es menor de edad)**

Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_ FdN: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. Postal (+4): \_\_\_\_\_

No. Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Tel. casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

**SIN SEGURO**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

FdN del asegurado: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Tel. del asegurado: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ No. de la póliza: \_\_\_\_\_ ID del Grupo: \_\_\_\_\_

**➔ ¿TIENE USTED INSTRUCCIONES ANTICIPADAS SOBRE ATENCIÓN MÉDICA?**

Sí  Tengo una hecha para incluirla en mi expediente  No, quisiera llenar una  Declino por ahora

*\*\*Las Instrucciones Anticipadas sobre Atención Médica le permiten a una persona indicar sus preferencias en situaciones al final de su vida.*

Estoy de acuerdo con que, a mi buen saber y entender, la información aquí suministrada es fiel y actualizada.

Firma del paciente o parte responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ FdN: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para recibir tratamiento

- Por la presente doy mi consentimiento y autorización para recibir tratamiento y atención del médico/dentista, personal clínico, empleados y agentes autorizados de Capital Área Health Network.
- Entiendo que tengo el derecho y la oportunidad de tomar decisiones fundamentadas sobre mi atención y tratamiento. Tengo el derecho a discutir los riesgos y beneficios de cualesquiera procedimientos y/o ciclos terapéuticos, así como con otras alternativas disponibles. Este derecho también incluye el de rehusar cualquier otro tratamiento que me recomienden.
- Autorizo a mi proveedor, personal clínico y todos los empleados técnicos, a administrar cualquier tratamiento o realizar cualesquiera procedimientos médicos que consideren necesarios para mi atención y tratamiento.
- Estoy de acuerdo con, entiendo y prometo cumplir con lo siguiente: De conformidad con el Consentimiento Considerado para la Prueba del VIH (Ley del Estado de Virginia) 32.1-45.1, autorizo a Capital Area Health Network para que examine mi sangre para determinar si contiene el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el virus de Hepatitis A y el Virus de Hepatitis C **en el caso de que alguien se vea expuesto** a cualquiera de mis fluidos corporales de una manera tal que pudieran transmitir los virus arriba mencionados. En el caso de una exposición, consiento a que se hagan pruebas para determinar estas infecciones y que se divulguen los resultados de las mismas a los empleados de Capital Area Health Network que se hayan visto expuestos. Entiendo que la ley exige que se notifiquen estos resultados al Departamento de Salubridad de Virginia.

\_\_\_\_\_ Iniciales – He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones arriba indicadas.

### Contrato de Pago

- Acepto hacerme responsable del pago de todos los servicios que me presten a mí o a mis dependientes en Capital Area Health Network. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos.
- Autorizo la divulgación de la información protegida sobre mi salud a las compañías de seguros o a terceros pagadores.
- Entiendo que mi compañía de seguro médico tal vez no pague la cantidad total de los honorarios cargados por Capital Area Health Network. Yo acepto pagar todos los co-pagos, co-seguros y deducibles requeridos, además de los cargos por servicios no cubiertos por mi seguro, en el momento de prestarme el servicio, a menos que se hayan aprobado otros arreglos previamente.
- Entiendo que si no le proporciono a Capital Area Health Network la información correcta de mi seguro médico, seré responsable de pagar todos los cargos requeridos por mi atención.
- Entiendo que podrán imponerse cargos adicionales que mi compañía de seguro tal vez no cubra. Acepto pagar todos esos cargos.
- Entiendo que se hará un **cargo de \$35** por cada cheque devuelto, además del importe del cheque. Las personas que den dos (2) cheques devueltos perderán el derecho a pagar con cheque los servicios prestados.
- Entiendo que si Capital Area Health Network no puede obtener el pago dentro de un periodo de tiempo razonable, enviará mi cuenta a una agencia de cobros. Entiendo que seré responsable de todos los cargos del cobro, honorarios conexos de abogados, y el saldo completo de mi cuenta.
- Con mi firma en este documento, entiendo y acepto que las fotocopias de este documento son tan válidas como el original.
- Con mi firma en este documento, reconozco que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones contenidas en esta planilla. Entiendo que me veré obligado por estas condiciones.

\_\_\_\_\_ Iniciales – He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones arriba mencionadas.

### Políticas y Procedimientos de CAHN

Nuestras políticas y procedimientos indican las medidas que tomaremos durante las circunstancias indicadas. Con su firma al pie, usted admite que ha recibido una copia de las siguientes políticas y procedimientos de Capital Area Health Network. Si tiene alguna pregunta, usted tiene el derecho a pedir cualquier información adicional.

- Política sobre Llegar Tarde
- Política sobre No Presentarse/Cancelación
- Política sobre la Determinación de Tarifas Variables (si corresponde)

\_\_\_\_\_ Iniciales – He recibido, leído y acepto las condiciones arriba mencionadas.

**PRIVACIDAD Y DIVULGACIÓN**

Nuestro Aviso de Prácticas sobre Privacidad (APP) proporciona información acerca de la manera en que nosotros podremos usar y divulgar la información personal sobre su salud. Tal como se estipula en nuestro Aviso de Prácticas sobre Privacidad, las condiciones de nuestro aviso pueden cambiar; no obstante, usted puede obtener una copia actualizada en cualquier momento en cualquiera de nuestros centros o llamándonos al 804-780-0840. Con su firma al pie usted admite que ha recibido una copia de nuestro APP.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Garante                      Nombre Impreso del Paciente                      Parentesco con el Paciente                      Fecha

El paciente rehúsa firmar la parte de la planilla sobre Privacidad y Divulgación      Razón: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ FdN: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE SALUD**

Exigida por la Ley sobre Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA)

**I. PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PRIVADA SOBRE SALUD A FAMILIARES Y AMIGOS**

Con mi firma al pie, doy permiso a la persona o personas indicadas en la lista documentada para recibir información privada de salud sobre mi atención u otra autorización que figure en la sección de comentarios de Capital Area Health Network y sus proveedores de atención médica afiliados. Entiendo que podré revocar mi autorización en cualquier momento enviando por escrito mi solicitud para cambiar, agregar o dar por terminado este permiso.

Fecha del Permiso	Nombre de la Persona y Parentesco con el Paciente	Número de Teléfono	Comentarios/Instrucciones (por ej., puede recoger medicinas, divulgar resultados de pruebas, etc.)	Iniciales del Paciente/ Tutor Legal

Para obtener información por teléfono, la persona que llame a CAHN tiene que decirle al personal el siguiente identificador del paciente:

Identificador/Contraseña Escogido por el Paciente: \_\_\_\_\_

**II. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PRIVADA SOBRE SALUD**

- Autorizo a Capital Area Health Network, sus agentes o subsidiarias para divulgar/recibir todos los expedientes confidenciales de atención de salud del paciente arriba mencionado.
- Entiendo que tengo el derecho a revocar/cancelar esta autorización o a limitarla a proveedores/instituciones específicas en cualquier momento, excepto en la medida que se haya tomado una acción anterior basada en esta autorización. Entiendo que para revocar esta autorización, tengo que comunicárselo por escrito a Capital Area Health Network antes de que se tome cualquier acción o se hagan solicitudes relacionadas con mi información.
- Autorizo la entrega de toda información que pudiera incluir aquella relacionada con una enfermedad transmitida sexualmente, SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), tratamiento o uso de alcohol/drogas, servicios de salud mental o del comportamiento (incluyendo notas de psicoterapia) y otras enfermedades transmisibles. \_\_\_\_\_ Iniciales

- Entiendo que la autorización para divulgar esta información de salud es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Ni Capital Area Health Network ni ninguno de sus proveedores de atención de salud afiliados pueden obligarme a firmar esta autorización como una condición para obtener tratamiento, hacer pagos de cualquier factura, o adquirir el derecho a recibir beneficios, a menos que lo permita la ley.
- Entiendo que al autorizar la divulgación de esta información de salud protegida, todos mis expedientes, incluyendo, aunque sin limitarse a ello, el historial y exámenes físicos, notas sobre progreso alcanzado, informes de laboratorio, informes de radiografías, registros de inmunizaciones, registros de facturación y cualquier otra información relacionada con mi salud, podrán ser entregados a la persona o personas/instituciones especificadas.
- Entiendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización, podrá estar expuesta a ser divulgada nuevamente por la persona que la reciba, en cuyo caso a partir de ese momento dejará de esta protegida por los reglamentos federales.
- Entiendo que hay un costo por cada copia de mi información de salud. En cumplimiento del Estatuto de Virginia, estoy de acuerdo en pagar un cargo administrativo de \$10.00 por mis expedientes de salud, además de un cargo de \$.50 por página hasta las primeras 25 y de \$.25 por cada página adicional.
- Esta autorización expirará un (1) año a partir de la fecha de la firma si no la cancelo por escrito antes de la fecha de expiración. Esta información no será divulgada sin la firma apropiada.
- Con mi firma al pie, confirmo que he recibido una copia de esta autorización para divulgar mi información. Entiendo que los cargos por copias se aplicarán de conformidad con las políticas y procedimientos de Capital Area Health Network.

Firma del Paciente o Parte Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente o Parte Responsable (en letra de molde): \_\_\_\_\_ Parentesco (si no es el paciente): \_\_\_\_\_