



Raincross Medical Group, Inc.
The Cure For The Common Practice

REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

Nombre:

Nombre *Segundo nombre* *Apellido*

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ **Género:** Masculino o Femenino o No Binario
Mes *Día* *Año*

Estado civil: _____ **Número de Seguro Social:** _____ - _____ - _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono celular: _____ **Teléfono de casa:** _____

***Dirección de correo electrónico:** _____

**Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted elige recibir comunicaciones por correo electrónico de Raincross Medical Group y sus afiliados..*

Idioma principal: _____

Raza: (Círculo uno) Indio americano Asiático Afroamericano Blanco Otro: _____

Situación laboral: (Círculo uno) Trabajo a tiempo completo, trabajo a tiempo parcial, Desempleado, Jubilado

Empleador: _____ **Ocupación:** _____
Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono de casa: _____

Por la presente doy mi permiso para contactar a la persona mencionada anteriormente si no puedo ser localizado. Además, doy mi permiso a cualquier médico tratante o representante del médico para hablar con esta persona sobre mí o mi condición médica, incluidos, entre otros, el resultado de la prueba de laboratorio / patología / diagnóstico. **Círculo uno: SÍ o NO**

Seguro medico primario: _____

Número de grupo: _____

Número de póliza/identificación: _____

Seguro medico secundario:

Número de grupo: _____ Número de póliza/identificación:

Suscriptor de seguro principal: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Por la presente asigno mis beneficios de seguro para que se hagan directamente a mi médico y a cualquier médico asistente, por los servicios prestados. Por la presente doy fe de que la información de seguro anterior es precisa y que soy un miembro elegible y entiendo que soy responsable de saber que mis beneficios / cobertura y las pruebas ordenadas por mi médico NO pueden estar cubiertas. Seré financieramente responsable de todos los cargos que no estén cubiertos por mi compañía de seguros. Entiendo que se me cobrará un cargo financiero del 1% mensual en todas las cuentas durante 90 días. También autorizo la divulgación de toda la información a otros médicos y compañías de seguros a solicitud con el fin de pagar el servicio médico y el tratamiento adicional de la atención por parte de otro médico. Además, acepto que una fotocopia de este acuerdo sea tan válida como el original. El pago vence en el momento en que se prestan los servicios. Todos los cargos son responsabilidad directa del paciente. Raincross Medical Group no puede prestar servicios en el supuesto de que los cargos serán pagados por la Compañía de Seguros. El seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. Si Raincross Medical Group tiene problemas para cobrarle el pago, también agregaremos honorarios de abogados, costos de agencia de cobro y cualquier tarifa relacionada a su factura. Por la presente, reconozco que he leído, entiendo y acepto dar mi consentimiento para el tratamiento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Historial De Salud

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Médico de atención primaria anterior: _____

Ciudad: _____ Teléfono #: _____ Fax #: _____

ALERGIAS: Cualquier alergia conocida a medicamentos? (Círculo Uno) SÍ NO

Por favor, enumere todas las alergias, incluidos los alimentos, los medicamentos y el medio ambiente y la reacción.

FARMACIA PREFERIDA: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

¿Actualmente toma algún **medicamento** regularmente?? (Círculo Uno) SÍ NO

En caso afirmativo, enumere los medicamentos que actualmente toma regularmente (incluidos los medicamentos sin receta).

MEDICACIÓN

DOSIS

FRECUENCIA

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nota: Si actualmente está tomando más medicamentos de los que permite el espacio anterior, enumere los medicamentos adicionales en la parte posterior de este formulario.

Historial De Salud:

Enfermedades y condiciones Historia clínica u hospitalizaciones

HISTORIA GINECOLÓGICA (solo mujeres)

HISTORIA SEXUAL:

Último período menstrual: _____ ¿Tiene relaciones sexuales con: Hombres o Mujeres

¿Número de embarazos? _____ ¿Te has hecho una prueba de VIH? SI NO

¿Número de hijos? _____

¿Has tenido una prueba de Papanicolaou anormal? _____

¿Te has sometido a una histerectomía? _____

¿Se han extirpado los ovarios? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

¿Tiene antecedentes familiares de enfermedades graves? En caso afirmativo, indíquelos a continuación e indique qué miembro de la familia. (es decir. Hipertensión, diabetes, cáncer de colon, cáncer de mama)

HISTORIA SOCIAL:

Estado civil: (*Circle One*) Soltero o Casado o Asociado o Cohabitando o Separados o Divorciado o Viudo

¿Tiene hijos/dependientes en casa? (*Círculo uno*) SÍ NO ¿Cuántos? _____

¿Está empleado? (*Círculo uno*) SÍ NO, ocupación? _____

¿Cuál es su nivel más alto de educación? (*Círculo Uno*) Escuela Primaria, Escuela Secundaria, Escuela de Graduados Universitarios

¿Alguna vez has fumado, vapeado o masticado tabaco? (*Círculo uno*) SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ Fecha de salida: _____ # paquetes por día _____
por cuantos _____ años

¿Bebe alcohol? (*Círculo Uno*) SÍ NO Tipo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Bebe cafeína? (*Círculo Uno*) SÍ NO Tipo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Haces ejercicio? (Círculo uno) SÍ NO ¿Tipo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Tiene un testamento vital o una directiva anticipada?(Círculo Uno) SÍ NO

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su salud? _____

HIPAA Aviso de prácticas de privacidad

Usted tiene un recurso si siente que sus protecciones de privacidad han sido violadas. Usted tiene derecho a presentar una queja por escrito ante nuestra oficina o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Oficina de Derechos Civiles, sobre violaciones de las disposiciones del aviso o las políticas y procedimientos de nuestra oficina. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Para obtener más información sobre HIPAA o para presentar una queja, puede comunicarse con:

*Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
Oficina de Derechos Civiles
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 www.hhs.gov*

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Derechos	Responsabilidades
<ul style="list-style-type: none">• Recibir el servicio en un período de tiempo razonable.• Para recibir el servicio médicamente necesario.• Ser tratado con respeto y cortesía.• Recibir información disponible sobre su atención y tratamiento, incluidos los riesgos y las opciones.• Que le expliquen su cobertura médica.• Participar en las decisiones de tratamiento.• Rechazar el tratamiento.• Recibir acceso imparcial al tratamiento.• Recibir una segunda opinión con respecto a cualquier plan de tratamiento.• Revisar o recibir una copia de su registro médico sujeto a restricciones legales y cargos razonables por copia.• Solicitar la revisión de su registro médico por parte del médico, y para solicitar correcciones si es necesario.• Recibir información sobre cómo presentar una queja.• Formular una directiva anticipada si tiene una enfermedad o lesión potencialmente mortal.	<ul style="list-style-type: none">• Tener la identificación adecuada, tarjetas de membresía del seguro, etc. en el momento de la cita.• Cumplir con las citas o comunicarse con la oficina con anticipación para cancelar una cita.• Cumplir con las obligaciones financieras en el momento del servicio, como las tarifas de deducible o copago.• Proporcionar información completa y precisa.• Seguir el plan de salud que usted y el médico acuerdan.• Ser considerado con los demás.• Proporcionar documentación legal de tutela para un menor que está siendo tratado.• Proporcionar una lista de la(s) persona(s) que pueden recibir información médica sobre usted, en su nombre, en una emergencia.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Su información médica personal **NO** será divulgada a nadie, excepto como se detalla en el Aviso de prácticas privadas de HIPAA a menos que usted dé permiso por escrito que indique lo contrario.

Doy permiso para divulgar mi información médica a lo siguiente:

1. **Nombre del destinatario:** _____

Relación: _____ **Teléfono:** _____

2. **Nombre del destinatario:** _____

Relación: _____ **Teléfono:** _____

3. **Nombre del destinatario:** _____

Relación: _____ **Teléfono:** _____

He leído y entiendo el Aviso de prácticas de privacidad y *derechos y responsabilidades del paciente de HIPAA* como se indicó anteriormente. Estas políticas pueden cambiar de vez en cuando. Puedo solicitar una copia actual de este formulario en cualquier momento. También acepto divulgar (o no divulgar) información según la Sección de Autorización para Divulgar Información.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____