

Bienvenido a Primary Care Plus/Metairie

Gracias por depositar su confianza en Primary Care Plus para sus necesidades de cuidado de la salud. Quisiéramos aprovechar esta oportunidad para darle la bienvenida a nuestros consultorios y esperamos proporcionarle un cuidado de la salud personalizado e integral.

Para satisfacer sus necesidades de cuidado de la salud, es esencial contar con información actualizada. Le agradeceríamos que llene los formularios que se indican a continuación a fin de tener sus registros médicos al día:

- **Formulario de Información del Paciente** - proporciona a su médico un detalle completo de sus problemas de salud actuales, una lista de medicamentos precisa y un historial médico familiar. Además, incluye su información de contacto actual (número de teléfono, correo electrónico, mensajes de texto) para que podamos comunicarnos con usted en relación a su cuidado de la salud.
- **Formulario de Responsabilidad de Pago y Recepción del Aviso de HIPAA** – nos permite facturar a su compañía de seguros los servicios que le prestaron a usted y es su acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad.
- **Formulario de Consentimiento para el Tratamiento** - le da a nuestro personal médico el permiso para proporcionar la evaluación básica y el tratamiento de sus condiciones médicas.
- **Formulario de Designación de Representante Personal** - concede a un familiar o amigo el permiso para analizar información médica o de facturación en nombre de usted. Para poder hablar de los aspectos de su cuidado con otra persona, necesitamos un permiso por escrito.
- **Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida** - nos permite obtener sus registros médicos de otros proveedores de cuidado de la salud.

Una parte importante de cada visita con su médico es revisar todos los medicamentos que está tomando de TODOS los proveedores, tanto de cuidado primario como especialistas. Lleve todos sus medicamentos a cada visita.

Primary Care Plus es reconocido como una institución médica centrada en el paciente, lo cual es un reflejo de nuestro compromiso de proporcionar el mejor cuidado de calidad para nuestros pacientes. Ofrecemos cuidado proactivo para promover el bienestar y prevenir enfermedades, y nos comunicaremos con usted por teléfono, mensaje de texto (con su permiso) y nuestro portal para pacientes. Asegúrese de proporcionar información de contacto actualizada en el *Formulario de Información del Paciente*.

Como paciente de Primary Care Plus, nos comprometemos a ayudarle a *estar bien y disfrutar de la vida a pleno*. Revise la información adicional sobre Primary Care Plus que está en esta carpeta. En caso de que tenga preguntas o comentarios, no dude en comunicarse conmigo directamente al **504-836-1575**

Atentamente,

Colette Iteld
Gerente de la Clínica (Clinic Manager)

Referido por: Familia__ Amigo/a__ Internet__ Television__ Radio__ Correo__ Media Social__ FECHA DE HOY: _____

Formulario de Información del Paciente (Llene en Letra de Molde)

PACIENTE <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro	Médico de Cuidado Primario: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1; margin-right: 10px;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </div> <div style="flex: 1;"> ¿Fue paciente de Primary Care Plus o Stanocola en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </div> </div>					
INFORMACIÓN ADICIONAL	Apellido	Nombre	Inic. 2. ^o Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	
	Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal
	Número de Seguro Social:			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
	Dirección Física (si es diferente a la dirección postal)			Ciudad	Estado	Código Postal
	Teléfono (Particular)	Nombre del Empleador		Número de Teléfono del Empleador		
	Teléfono (Móvil)	Dirección del Empleador				
	¿Método preferido de contacto? <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Teléfono móvil ¿Podemos enviar recordatorios de citas y tratamientos por mensaje de texto y correo de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	Correo Electrónico:					
	Nombre del Cónyuge			Fecha de Nacimiento		
	Raza: <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se niega a responder					
Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano		¿Qué idioma prefiere? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español				
Nombre de su Farmacia			Dirección			
Ciudad		Estado	Código Postal		Número de Teléfono	
PARTE RESPONSABLE <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro	Apellido		Nombre		Inic. 2. ^o Nombre	Número de Teléfono:
EN CASO DE EMERGENCIA, NOTIFICAR A	Dirección					
	INFORMACION DEL SEGURO					
	Seguro Primario		Dirección			
	N. ^o de Contrato de la Póliza	N. ^o de Grupo	Ciudad		Estado	Código Postal
	Nombre del Titular de la Póliza			Fecha de Nacimiento		
	Seguro Secundario			Dirección		
	N. ^o de Contrato de la Póliza	N. ^o de Grupo	Ciudad		Estado	Código Postal
	Nombre del Titular de la Póliza			Fecha de Nacimiento		

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Nombre del tutor (si es menor de 18 años): _____

ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS o AMBIENTALES

<u>Medicamentos u Oros Factores (Ambientales)</u>	<u>Reacción</u>

ANTECEDENTES FAMILIARES

(Marque si su familia tiene antecedentes de alguna de estas enfermedades)

<u>Condición</u>	<u>Madre</u>	<u>Padre</u>	<u>Abuelos Maternos</u>	<u>Abuelos Paternos</u>	<u>Hermano</u>	<u>Hermano</u>	<u>Hermana</u>	<u>Hermana</u>	<u>Hermanos Adicionales</u>
Cáncer									
Diabetes									
Ataque cardíaco									
Presión arterial alta									
Colesterol alto									
Derrame cerebral									
Otra									

Si su madre, padre, hermanos o hermanas fallecieron, indique la edad al momento de la muerte y la causa:

<u>Relación</u>	<u>Causa de muerte</u>	<u>Edad al morir</u>	<u>Relación</u>	<u>Causa de muerte</u>	<u>Edad al morir</u>

SUS ANTECEDENTES DE SALUD

(Marque si ha tenido alguna de las siguientes condiciones)

Frecuencia cardíaca anormal	Dolor crónico	Acidez estomacal/reflujo gástrico	Obesidad
Alergias (cualquiera)	Enfermedad renal crónica	Soplo cardíaco	Osteoporosis
Anemia	Depresión	Hepatitis	Enfermedad vascular periférica
Ansiedad/estrés	Diabetes	Presión arterial alta	Convulsiones/epilepsia
Asma	Enfisema/EPOC	Colesterol alto	Apnea del sueño
Artritis	Enfermedad vesicular	VIH/sida	Úlceras estomacales
Fibrilación auricular	Gota	Síndrome del intestino irritable	Derrame cerebral
Colitis o enfermedad de Crohn	Dolor de cabeza/migrañas	Insuficiencia renal	Enfermedad de tiroides
Cáncer	Ataque cardíaco/insuficiencia cardíaca	Cálculos renales	

ANTECEDENTES DE SALUD PREVENTIVA

Complete si se hizo alguno de los siguientes exámenes de detección de salud preventiva (mes/año)

<u>Prueba</u>	<u>Fecha</u>	<u>Resultados</u>	<u>Médico</u>	<u>Tipo de Vacuna</u>	<u>Fecha</u>
Colonoscopia				Tétano (Td)	
Ánalisis de colesterol				Pulmonía	
Prueba de esfuerzo cardíaco				Hepatitis B	
Densidad ósea				Gripe	
Mamografía				Herpes zóster	
Examen de senos				Otra	

ANTECEDENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Cantidad de embarazos	
Cantidad de bebés a término	
Cantidad de bebés prematuros	
Cantidad de abortos/abortos espontáneos	
Cantidad de hijos vivos	

ACCIDENTES - TRAUMATISMOS:

¿Alguna vez tuvo un accidente grave? SÍ NO ¿Tiene clavos o placas en el cuerpo? SÍ NO Si respondió que sí, describa

CIRUGÍAS ANTERIORES

<u>Fecha</u>	<u>Cirugía</u>	<u>Fecha</u>	<u>Cirugía</u>

Indique cualquier información médica adicional:

ANTECEDENTES DE HÁBITOS SALUDABLES

¿Fuma o ha fumado alguna vez? SÍ NO (marque con un círculo) Si respondió que sí, ¿durante cuánto tiempo fumó/desde cuándo hace que fuma? _____ ¿Cuántos paquetes por día? _____

¿Dejó de fumar? **SÍ** **NO** (marque con un círculo) Si respondió que sí, ¿en qué año dejó?

¿Cuántas bebidas alcohólicas consume por semana? ¿Cuántos días por semana hace ejercicio?

En los últimos 6 meses, ¿sintió dolor con regularidad? Sí NO ¿Dónde?

¿Usa anteojos/lentes correctivos? Sí _____ NO _____ ¿Usa un aparato auditivo? Sí _____ NO _____

¿Usa alguno de los siguientes equipos?

<u>Dispositivo</u>	<u>Sí/No</u>	<u>Dispositivo</u>	<u>Sí/No</u>	<u>Dispositivo</u>	<u>Sí/No</u>
Bastón		Andador		Bi-pap (apnea del sueño)	
Escúter eléctrico		Silla de ruedas		C-pap (apnea del sueño)	

¿Sigue una dieta saludable? Sí No (marque con un círculo) Describa qué tipo de dieta sigue: bien balanceada, pocos carbohidratos, pocas grasas, etc.

INDIQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS CON RECETA, VITAMINAS Y SUPLEMENTOS A BASE DE HIERBAS

LISTA DE MÉDICOS

(Indique cualquier otro médico que le esté prestando servicios)

<u>Especialidad</u>	<u>Médico</u>	<u>Especialidad</u>	<u>Médico</u>	<u>Especialidad</u>	<u>Médico</u>
Alergia/inmunología		Hematología		Manejo del dolor	
Cardiología		Nefrología		Podiatría	
Quiropráctica		Neurología		Psiquiatría/salud mental	
Dental		Obstetricia y ginecología		Medicina pulmonar	
Dermatología		Oncología		Reumatología	
Endocrinología		Oftalmología		Medicina para el sueño	
Gastroenterología		Optometrista		Urología	
Cirugía general		Ortopedia		Otra especialidad	

¿Tiene instrucciones por anticipado o un testamento vital? SÍ NO (marque con un círculo)

Si respondió que sí, suministre una copia al consultorio para incorporar en su historia clínica. Si respondió que no, ¿quisiera tener uno? **SÍ** **NO** (marque con un círculo)

Responsabilidad de Pago/Recepción del Aviso de HIPAA/Comunicación del Paciente

Entiendo que soy plenamente responsable de todas las tarifas adeudadas a Primary Care Plus o cualquier proveedor médico asociado (denominados de forma colectiva, la "Clínica"), como resultado de los servicios que he recibido, y que todas las tarifas son exigibles y pagaderas al momento del servicio, a menos que la Clínica esté de acuerdo en aceptar la asignación de mis beneficios de Medicare, Medicaid u otros seguros de salud.

Si tengo cobertura de seguro distinta de Medicare:

Entiendo que la asignación de beneficios a la Clínica y la presentación de un reclamo de seguro en mi nombre es una cortesía para mí y que no me absuelve de mi responsabilidad de pagar los servicios si la compañía de seguros no paga estos servicios o si se adeudan deducibles o copagos. Entiendo que mi póliza de seguro podría no cubrir el costo total de los servicios o podría considerarlo un servicio no cubierto o médicalemente innecesario, o yo podría no tener beneficios de cobertura por estos servicios. Por lo tanto, acepto la responsabilidad de los cargos incurridos, así como de mi copago o el deducible que no se haya alcanzado.

Entiendo, además, que cualquier verificación de mis beneficios del seguro que haga la Clínica no es una garantía de pago de parte de mi compañía de seguros. Si mi compañía de seguros no paga los servicios que recibí, o si no paga dentro de los 60 días del servicio, entiendo que la Clínica me facturará estos servicios y acepto pagar la cantidad adeudada dentro de los 10 días de la recepción de la factura de tales servicios. Asimismo, si se presenta un reclamo en mi nombre como reclamo no asignado, también seré responsable de la diferencia entre la cantidad pagada por mi compañía de seguros y el cargo real de ese servicio.

Si estoy cubierto por un plan de salud de Medicare o Medicare Advantage:

Entiendo que seré responsable de pagar mi copago o el deducible que no se haya alcanzado a través de mi cobertura de Medicare o de cualquier póliza complementaria que también pudiera tener. Asimismo, si se presenta un reclamo en mi nombre como reclamo no asignado, también seré responsable de la diferencia entre la cantidad pagada por Medicare y el cargo real de ese servicio.

Entiendo, además, que seré notificado con antelación mediante un Aviso Anticipado de No Cobertura para el Beneficiario si es probable que Medicare no vaya a pagar los artículos o servicios. Luego, tendré el derecho a tomar una elección informada sobre recibir o no los artículos o servicios. Si elijo recibir los artículos o servicios, soy consciente de que seré responsable de pagar dichos artículos o servicios.

Solicito que ese pago de beneficios autorizados de Medicare, Medicaid o de otro seguro se hagan en mi nombre a la Clínica por los servicios que me prestan, sujeto a todas las normas relativas a la asignación de beneficios de estos seguros de salud. Autorizo a quienes poseen mi información médica a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; la Administración del Seguro Social y sus agentes, intermediarios u operadores; o a cualquier otra fuente externa o compañía de seguros y sus agentes cualquier información o documentación que sea necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Puede utilizarse una copia de esta autorización en lugar del original y esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito.

Certifico que la información del seguro que se me proporcionó es actual y exacta a mi leal saber y entender, y entiendo y acepto acatarla según las condiciones detalladas más arriba.

Asimismo, acuso el recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica.

Acepto recibir recordatorios de citas y tratamientos por medio de mensaje de texto y correo de voz:

SÍ NO

Nombre del paciente (en letra de molde)	Fecha	Firma del paciente o parte responsable
Relación con el paciente	Motivo por el que el paciente no puede firmar (si corresponde)	

Consentimiento para el Tratamiento

Yo, _____, solicito voluntariamente cuidado de la salud y, por
(Nombre del paciente)

medio del presente documento, doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico, procedimientos médicos, pruebas de laboratorio y otros servicios para el cuidado de la salud. Entiendo que tengo derecho a rehusarme a tratamientos o procedimientos específicos. Sin embargo, al firmar abajo, acepto en general, permitir pruebas de laboratorio y exámenes de diagnóstico, tratamiento médico de rutina (por ejemplo, medicamentos, inyecciones, extracción de sangre para análisis, asesoramiento, pruebas de detección, información educativa sobre la salud y otros procedimientos de diagnóstico), procedimientos de emergencia según sean necesarios y servicios hospitalarios prestados a solicitud del médico tratante u otros médicos que asistan en mi cuidado.

El consentimiento dado será válido y vinculante, y los médicos pueden confiar en esta autorización y aceptar cualquier consentimiento dado por el paciente hasta el momento en que el médico reciba un aviso por escrito de la revocación de la autorización.

Nombre del paciente (en letra de molde)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o representante legal

Relación

Fecha

Designación de Representante Personal

Según lo exigido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996, usted tiene derecho a designar a una o más personas para que actúen en nombre de usted con respecto a la protección de la información de salud que le pertenece. Al llenar este formulario, usted nos informa de su deseo de designar a la o las personas nombradas como su "representante personal". Puede revocar esta designación en cualquier momento si firma y fecha la sección de revocación de su copia de este formulario y la devuelve a esta oficina.

SECCIÓN DE DESIGNACIÓN:

Yo, _____ fecha de nacimiento _____ (nombre en letra de molde y fecha de nacimiento), por medio del presente documento, nombro a la o las siguientes personas para que actúen como mis representantes personales con respecto a las decisiones que involucren el uso o la divulgación de información de salud que me pertenece.

**Nombre de los Representantes
Personales EN LETRA DE MOLDE**

**Relación de cada uno con el
Paciente EN LETRA DE MOLDE**

La autoridad de esta persona cuando actúe como mi "representante personal" está restringida a las siguientes funciones:

Descripción:

- Se deben otorgar a esta persona todos los privilegios que se me otorgarían a mí con respecto a mi información de salud.
 - La autoridad de esta persona está restringida a la siguiente información sobre mi cuidado de la salud:
-

Entiendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento al firmar la sección de revocación de mi copia de este formulario y devolverlo a: Primary Care Plus
3625 Houma Blvd
Metairie, LA 70006
Attention: Clinic Manager

Asimismo, entiendo que dicha revocación no se aplica en la medida que las personas autorizadas para usar o divulgar mi información de salud ya hayan actuado en virtud de esta designación.

Firma

Fecha

SECCIÓN DE REVOCACIÓN:

Por medio del presente documento, revoco la designación de _____ como mi representante personal.

Firma del paciente

Fecha

Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida (PHI)

Nombre del paciente (apellido, nombre, 2.º nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ N.º del Seguro Social: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Números de teléfono de contacto: _____

**Por la presente, autorizo a la siguiente entidad a divulgar la Información de Salud Protegida
(Protected Health Information, PHI) a continuación a:**

Primary Care Plus, 3625 Houma Blvd, Metairie, LA 70006

Teléfono: (504) 836-1575 Fax: (504) 836-1599

Entidad en posesión de la Información de Salud Protegida: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Números de teléfono: _____ Fax: _____

Si esta autorización no se revoca, se cancelará en un año a partir de la fecha de mi firma, a menos que se indique una fecha de vencimiento diferente o un evento de vencimiento

Información de Salud Protegida y fechas autorizadas para el uso o la divulgación de dicha información

<u>Descripción</u>	<u>Fecha de inicio y fin de la Información de Salud Protegida</u>	<u>Descripción</u>	<u>Fecha de inicio y fin de la Información de Salud Protegida</u>
[] Todos los registros de Información de Salud Protegida	_____	[] Historial y examen médico	_____
[] Prueba de laboratorio	_____	[] Estudios/informes de radiografías	_____
[] Comentarios de evolución	_____	[] Resumen del alta	_____
[] Informes de consultas	_____	[] Resumen de cuenta detallado	_____
[] Otro _____			

****La siguiente información será divulgada a menos que usted indique NO DIVULGAR con una marca en la casilla correspondiente**

[] Tratamiento de sida/VIH o enfermedad de transmisión sexual [] Cuidado psiquiátrico/mental [] Abuso de alcohol/drogas/sustancias [] Examen genético

Otro, especifique: _____

Entiendo que:

- Puedo rehusarme a firmar esta autorización, que es estrictamente voluntaria.
- Mi tratamiento, el pago, la inscripción o el cumplimiento de los requisitos para recibir beneficios no pueden estar condicionados al hecho de que firme o no esta autorización.
- En cualquier momento, puedo revocar por escrito esta autorización al proveedor autorizado para divulgar la Información de Salud Protegida pero, si lo hago, la revocación no tendrá ningún efecto en ninguna de las acciones anteriores a la fecha en la que se reciba la revocación.
- Si el solicitante o el receptor no es un plan de salud o un proveedor de cuidado de la salud, es posible que la información divulgada deje de estar protegida por las normas federales de privacidad y podría ser divulgada.
- Tengo derecho a recibir una COPIA de este formulario después de firmarlo.
- Recibiré una fotocopia solamente de mi registro médico y el original permanecerá con Primary Care Plus

Firma del paciente o del representante del paciente (si corresponde): _____ Fecha: _____

Relación del representante personal con el paciente y descripción de la autoridad para actuar: _____