

Formulario de admisión de pacientes de Premium Life Medical Center



Información demográfica del paciente:

Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo (circule uno): M F

Pronombres preferidos: _____

Estado civil: _____

DIRECCIÓN: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono : _____

Contacto de emergencia:

Nombre : _____

Relación: _____

Número: _____

Información médica y de salud:

Médico de atención primaria (si corresponde): _____

Número de contacto del médico de atención primaria: _____

Por favor indique cualquier condición médica:

Por favor indique cualquier medicamento actual:

¿Razón de la visita de hoy?

--

Para mujeres: ¿Estás embarazada?

Sí ☐

No ☐

***En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo?**

Información del seguro (si corresponde)

Compañía de seguros:

Plan de seguro:

Número de contacto:

Número de póliza:

Número de grupo:

Número de seguro

social:

Estado de Empleo

<input type="checkbox"/> Empleado(a)	<input type="checkbox"/> Empleado(a) por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Desempleado(a)	<input type="checkbox"/> Otro:
--------------------------------------	---	---	--------------------------------

Ocupación: Industria:

Nombre de la empresa:

Dirección de la empresa:

Ciudad:

Estado:

Código postal:



Historial médico
CENTRO MÉDICO PREMIUM LIFE
639 Beaver Ruin Rd Suite "A" Lilburn Ga 30047
678-395-3443
premiumlifemedical@gmail.com

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Médico de cabecera: _____

El médico que solicitó la visita de hoy: _____

Enumere los médicos actuales o anteriores y su especialidad: _____

ALERGIAS Y REACCIONES **MEDICAMENTOS** (enumere la dosis y cómo los toma, __ incluyendo medicamentos de venta libre, hierbas, anticonceptivos)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

ENFERMEDADES MÉDICAS PASADAS (verifique si ha tenido lo siguiente):

- ☐ Adicción al alcohol/drogas ☐ Cáncer (tipo): ☐ Gota ☐ Cálculos renales ☐ Golpe
- ☐ Anemia ☐ Seno ☐ Ovárico ☐ Fiebre del heno ☐ Enfermedad hepática ☐ Enfermedad de la tiroides
- ☐ Aneurisma ☐ Colon ☐ Uterino ☐ enfermedad cardíaca ☐ Convulsiones ☐ Tuberculosis
- ☐ Trastorno de ansiedad ☐ _____ ☐ Soplo cardíaco ☐ Transmisión sexual ☐ (Positivo) Prueba cutánea de tuberculosis
- ☐ Artritis ☐ Enfermedad de Crohn ☐ Hepatitis B o C Enfermedad (tipo): ☐ Colitis ulcerosa
- ☐ Asma ☐ EPOC/Enfisema ☐ Colesterol alto _____ ☐ Otro: _____
- ☐ Trastorno sanguíneo ☐ Depresión ☐ VIH ☐ Enfermedad de células falciformes _____
- ☐ Coágulo de sangre ☐ Diabetes ☐ Hipertensión ☐ Apnea del sueño _____
- ☐ Transfusión de sangre ☐ Glaucoma ☐ nefropatía ☐ Úlcera estomacal _____

OPERACIONES

FECHAS

HOSPITALIZACIONES

FECHAS

ANTECEDENTES DE SALUD FAMILIAR ☐ Adoptados

Familiares	Problemas médicos importantes	Si falleció, causas	Edad en el momento de la muerte
Abuela materna			

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente autorizo a esta práctica a hacer uso y divulgación de mi información de salud protegida (PHI) (información sobre mí en mis registros médicos y/o registros financieros) según sea necesario para procedimientos, órdenes y otros fines de comunicación relevantes.

Firma del paciente _____

Firma del representante/tutor legal del paciente _____
Título o relación con el paciente _____

Fecha _____

Para uso clínico

Por la presente autorizo a esta práctica a hacer uso y divulgación de mi información de salud protegida (PHI) (información sobre mí en mis registros médicos y/o registros financieros) como se indica a continuación.

Para divulgar a: (Nombre y dirección de la persona o agencia que posee la información)

Nombre: Teléfono:
Dirección: Fax:
Código postal:
Para obtener de: (Nombre y dirección de la persona o agencia que posee la información)
Nombre: Teléfono:
Dirección: Fax:
Código postal:
Descripción de la información a revelar:
REGISTROS MÉDICOS

Toda la información que autorizo a ser divulgada por esta agencia se mantendrá estrictamente confidencial. Entiendo que esta autorización permanecerá vigente para:

Noventa (90) días, a menos que especifique aquí una fecha de vencimiento anterior _____ Un (1) año a partir de la fecha de la firma

X Firma del paciente _____

Firma del representante/tutor legal del paciente _____
Título o relación con el paciente _____

X Fecha _____

ENTIENDO LO SIGUIENTE:

- . Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la práctica.
- . Es posible que no pueda revocar esta autorización si la práctica ya ha tomado medidas utilizando esta autorización o si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro.
- . La práctica no condicionará el tratamiento o el pago basado en mi firma de esta autorización.
- . Firmo esta autorización libremente.
- . La información divulgada en esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la práctica y ya no estar protegida por la ley federal.
- . Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar la autorización y comprender la intención y el uso y que he recibido una copia de la autorización.
- . Al tomar posesión de los registros médicos de Premium Life Medical Center, acepto liberar a PLMC de toda responsabilidad por los registros y seré responsable si los registros se pierden, son robados o se dejan en cualquier lugar.

✕ Firma del paciente _____

Firma del representante/tutor legal del paciente _____

Título o relación con el paciente _____

✕ Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA MENORES

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

_____ Tutor legal: _____

Contacto de emergencia : _____

¿Se comparte la custodia compartida? ☐ Sí ☐ No

Enumere las siguientes personas que pueden traer y/o hablar sobre la atención médica de su hijo con Premium Life Medical Center:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Entiendo que el pago de todos los casos médicos se debe al tiempo de los servicios. En caso de padres divorciados, la responsabilidad y el pago corresponderán al tutor que trae al niño para su tratamiento.

Entiendo que es mi responsabilidad pagar cualquier deducible, coseguro o cualquier otro saldo no pagado por mi compañía de seguros.

Entiendo que soy responsable de cualquier costo.

Doy mi consentimiento a Premium Life Medical Center para administrar cualquier vacuna recomendada por la Academia Estadounidense de Pediatría.

Por la presente doy permiso a Premium Life Medical Center para divulgar cualquier información pertinente a mi compañía de seguros u otros médicos cuando lo soliciten, y también autorizo el pago directamente a Premium Life Medical Center.

Reconozco que he revisado y entiendo el Aviso de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPPA) en nuestra sala de espera y cómo se aplica a la Información de salud protegida de mi hijo.

Una copia de los Avisos de Privacidad de HIPPA está disponible previa solicitud. Una copia fotográfica de esta autorización se considera efectiva y tan válida como el original.

✕ Nombre en letra de imprenta: _____

✕ Firma: _____

Fecha: _____

CENTRO MÉDICO PREMIUM LIFE

IMPORTANTE: NO FIRME ESTE FORMULARIO SIN LEER Y ENTENDER SU CONTENIDO. Por la presente solicito y doy mi consentimiento para el tratamiento por parte de este Centro y su personal médico, y autorizo todas las actividades, tratamientos, exámenes y servicios de diagnóstico de rutina de la Clínica. Durante mi atención y tratamiento, entiendo que pueden ser necesarios varios tipos de pruebas y tratamientos de diagnóstico (Procedimientos). Estos procedimientos pueden ser realizados por médicos, enfermeras, técnicos, asistentes médicos u otros profesionales de la salud ("Profesionales de la salud"). Si bien se realizan de manera rutinaria sin incidentes, pueden existir riesgos materiales asociados con cada uno de estos Procedimientos. Entiendo que no es posible enumerar todos los riesgos para cada Procedimiento y que este formulario solo intenta identificar el riesgo material más común y la alternativa (si corresponde) asociada con los Procedimientos. También entiendo que varios profesionales de la salud pueden tener opiniones diferentes sobre lo que constituye riesgos materiales y procedimientos alternativos.

Los Procedimientos pueden incluir, entre otros, lo siguiente:

Pinchazos con agujas, como inyecciones, inyecciones, vías intravenosas o inyecciones intravenosas (IV). El riesgo material asociado con este tipo de Procedimiento incluye,

entre otros, daño a los nervios, infección, infiltración (que es una fuga de líquido hacia los tejidos circundantes), cicatrices desfigurantes, pérdida de la función de las extremidades, parálisis o parálisis parcial o muerte. La alternativa a los pinchazos con agujas (si están disponibles) incluye medicamentos orales, rectales, nasales o tópicos (cada uno de los cuales puede ser menos efectivo) o el rechazo del tratamiento.

Exámenes físicos, evaluaciones y tratamientos, como signos vitales, exámenes corporales internos, limpieza de heridas, vendajes para heridas, controles del rango de movimiento y

otros procedimientos similares. Los riesgos materiales asociados con este tipo de Procedimientos incluyen, entre otros, reacción alérgica, infección, pérdida severa de sangre, lesiones músculo-esqueléticas o internas, daño a los nervios, pérdida de función de las extremidades, parálisis o parálisis parcial, cicatriz desfigurante, empeoramiento de la condición y muerte. Aparte de utilizar Procedimientos modificados y/o rechazar el tratamiento, no existen alternativas prácticas.

Administración de Medicamentos ya sea por vía oral, rectal, tópica o a través del ojo, oído o nariz. Los riesgos materiales asociados a este tipo de Procedimientos

incluyen, entre otros, perforación, punción, infección, reacción alérgica, daño cerebral o muerte. Aparte de variar el método de administración y/o rechazar el tratamiento, no existe ninguna alternativa práctica.

Extracción, sangre, fluidos corporales o muestras de tejido, como las que se realizan mediante pruebas y análisis de laboratorio. Los riesgos materiales asociados con este tipo de

Los procedimientos incluyen, entre otros, parálisis o parálisis parcial, nunca daño, infección, sangrado y pérdida de la función de las extremidades. Aparte de la observación a largo plazo y/o el rechazo del tratamiento, no hay otra alternativa práctica.

Entiendo que:

La práctica de la medicina no es exacta y NO SE ME HAN OFRECIDO GARANTÍAS CON RESPECTO A LOS RESULTADOS Y/O RESULTADOS DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO. La participación del profesional de atención médica en mi atención se basará en mi historial médico documentado, así como en otra información obtenida de mí, mi familia u otras personas que tengan conocimiento sobre mí, para determinar si realizar o recomendar los procedimientos; por lo tanto, acepto proporcionar y completar información sobre mi historial médico y mis condiciones.

Puedo retirar mi consentimiento para cualquier prueba o procedimiento y en cualquier momento.

Al firmar este formulario:

- Doy mi consentimiento para que los profesionales de atención médica realicen los procedimientos que consideren necesarios o deseables en el ejercicio de su criterio profesional, incluidos aquellos procedimientos que puedan ser imprevistos o que no se sepa que son necesarios en el momento en que se obtiene este consentimiento.
- Reconozco que he sido informado en términos generales de la naturaleza y propósito de los Procedimientos; los riesgos materiales de los Procedimientos; y alternativas prácticas a los Procedimientos.
- Doy mi consentimiento para la observación y participación del personal en formación y de los estudiantes en mi atención y tratamiento.
- Doy mi consentimiento para que las autoridades del hospital eliminen cualquier muestra, tejido o parte que pueda extraerse del cuerpo durante mi tratamiento.

Si tengo alguna pregunta o inquietud con respecto a estos Procedimientos, le pediré a mi médico que me brinde información adicional. También entiendo que mi médico puede pedirme que firme un documento de Consentimiento Informado adicional.

AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD PARA Premium Life Medical Center

639 Beaver Ruin Rd Suite A, Lilburn GA 30047
770-837-2426

Aviso de prácticas de información de salud

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE SALUD DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN
POR FAVOR REVISARLO DETENIDAMENTE

Introducción

Es importante para nosotros que comprenda qué información recopilamos sobre usted y cómo se utiliza. Queremos que sepa que limitamos la recopilación y divulgación de información solo a la que creemos que es necesaria para servirle y administrar nuestro negocio. Este Aviso entra en vigor el 1 de noviembre de 2007 y

se aplica a toda la información de salud protegida según lo definen las regulaciones federales.

Comprender su registro/información de salud

Cada vez que visita la clínica, se realiza un registro de su visita. Este registro contiene sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y plan para atención o tratamiento futuro, y plan para atención o tratamiento futuro. Esta información, a menudo denominada su historial médico o de salud, sirve como:

1. Una base para planificar su atención y tratamiento.
2. Un medio de comunicación entre los numerosos profesionales de la salud que contribuyen a su atención.
3. Un documento legal que describa la atención que recibió.
4. Una manera en la que usted o un tercero pagador puedan verificar que los servicios facturados fueron los realmente brindados.
5. Una herramienta en la formación de profesionales de la salud.
6. Una fuente de datos para la investigación médica.
7. Fuente de información para la salud pública, funcionarios encargados de mejorar la salud de este estado y de la nación.
8. Una fuente de datos para nuestra planificación y marketing.
9. Una herramienta con la que podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que brindamos y el resultado que logramos.
10. Una fuente de datos de respaldo, que nos permite recibir fondos estatales y federales para brindar servicios de salud pública.

Comprender lo que hay en su registro y cómo se utiliza su información de salud le ayuda a garantizar su exactitud. Podrás entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a su información de salud. Le permite tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación a otros.

Sus derechos de información de salud

Aunque su expediente médico es propiedad del Centro Médico Premium Life la información le pertenece a usted. Tienes los siguientes derechos:

1. Recibir una copia impresa de este aviso de prácticas de información previa solicitud.
2. Inspeccionar y/o recibir una copia de su expediente médico.
3. Modificar su expediente médico.
4. Recibir un informe de las divulgaciones de su información.
5. Solicitar comunicaciones de su información de salud por otros medios o en otros lugares.
6. Para solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información.
7. Revocar su autorización para enviar o divulgar su información de salud, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción.

Nuestras responsabilidades

Premium Life Medical Center debe:

1. Mantener la privacidad de su información de salud.
2. Proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted.

3. Cumplir con los términos de este aviso.
4. Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada.
5. Aceptar una solicitud razonable por su parte para entregar información de salud de otra manera o en otros lugares.
Nos reservamos el derecho de cambiar nuestra práctica y hacer que esos cambios sean efectivos para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, publicaremos el aviso revisado en nuestra familia y le proporcionaremos una copia si la solicita.
No usaremos ni divulgaremos su información de salud sin su permiso, excepto como se describe en este aviso. También dejaremos de usar o divulgar su información de salud después de haber recibido una revocación por escrito de la autorización de acuerdo con los procedimientos incluidos en la autorización.

Firma del Paciente:	Fecha:
<div></div>	

Política de cancelación/no presentación

Las citas perdidas (no presentarse) afectan nuestra capacidad de brindar atención oportuna a nuestros pacientes. Si no puede asistir a su cita, le solicitamos respetuosamente que notifique a nuestra clínica con al menos 24 horas de anticipación. Si no asiste a su cita, se le cobrará una tarifa de \$20.00 por no presentarse. Se pueden facturar al paciente cargos por “no presentarse”. Esta tarifa no está cubierta por el seguro.
Premium Life Medical Central puede renunciar al cargo por no presentarse si se programa una nueva cita dentro de los 10 días.
Gracias por su comprensión y cooperación mientras nos esforzamos por satisfacer mejor las necesidades de todos nuestros pacientes.
Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido este aviso y comprende esta política.

Firma del Paciente:	Fecha:
<div></div>	