

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

ANTECEDENTES DE SALUD FAMILIAR Adoptados

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

Abuela paterna		
Abuelo materno		
Abuelo paterno		
Madre		
Padre		
Hermanos y hermanas	1) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	2) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	3) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Hijos e hijas	1) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	2) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	3) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

125842P Rev. 08/13

Página 1 de 2

HISTORIA SOCIAL

MANTENIMIENTO DE LA SALUD

REVISIÓN DE SUS SÍNTOMAS (compruebe si ha tenido recientemente los siguientes síntomas):

- Aumento de peso Tos persistente Sangre en las heces Cefaleas

Pérdida de peso Molestias en el pecho Dificultad para orinar Pérdida de memoria

Sudores nocturnos Palpitaciones Dificultad para retener la orina Entumecimiento/hormigueo

Debilidad Desmayo Frecuencia de la micción Temblor

Fatiga Cambio en la tolerancia al ejercicio Secreción del pene Cambios de humor incontrolables

Insomnio Dificultad para tragar Secreción/sangrado vaginal Ansiedad

Cambio en la audición Indigestión o acidez estomacal Secreción del pezón Depresión

Cambio en la visión Náuseas Dolor en los senos Erupción

Nariz que moquea Vómito Bulto en el seno Dolor de espalda

Sangrado nasal Estreñimiento Dolor durante las relaciones sexuales Dolor en la pierna

Fiebre Diarrea Sensación de demasiado calor Hinchazón de las piernas

Sangre en el esputo Cambio en el hábito intestinal Sensación de demasiado frío Otro: _____

Dificultad para respirar Sangre en el vómito Mareos

Por favor, enumere todas sus razones para visitar hoy en orden de prioridad:

1. _____
2. _____
3. _____

Firma del paciente/persona designada

Nombre del paciente (IMPRESIÓN)

Fecha

Hora

Relación con el paciente

Razón por la que el paciente no puede firmar

CENTRO MÉDICO PREMIUM LIFE
639 Beaver Ruin Rd Suite A
Lilburn, GA 30047
Teléfono: 678-395-3443
Fax: 770-837-2426

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente autorizo a esta práctica a hacer uso y divulgación de mi información médica 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:
Ciudad: Estado: Código Postal:
Para obtenerla de: (Nombre y dirección de la persona o agencia que posee la información)
Nombre: Teléfono:
Dirección: Fax:
Ciudad: Estado: Código Postal:
Descripción de la información que debe divulgarse: REGISTROS MÉDICOS

Con el fin de :

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 el consultorio 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 en función de 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 está protegida por la ley federal.
- . Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar la autorización y comprender la intención y el uso y 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.

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 una fecha de vencimiento anterior aquí _____

Un (1) año a partir de la fecha de firma

El período necesario para completar todas las transacciones en cuentas relacionadas con los servicios que se me prestan.

Firma del paciente:	Fecha:
---------------------	--------

Firma del representante del paciente:	Fecha:
---------------------------------------	--------

Firma del testigo:	Fecha:
--------------------	--------

Título o relación con el paciente:

Fecha:

CENTRO MÉDICO PREMIUM LIFE
639 Beaver Run Rd Suite A
Lilburn, GA 30047

Fecha: _____ Contacto Dirección de correo electrónico:

Nombre del paciente: _____ Relación con el garante:

Fecha de nacimiento: _____ Sex: Masculin Femenino Número de Seguro Social:

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Referido por: _____ Médico anterior: _____

Tutor legal: _____ ¿Es compartida la custodia compartida?

Contacto de emergencia (nombre/teléfono):

===== Autorización para traer a un menor =====

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

Nombre: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Nombre: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Nombre: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Entiendo que el pago de todos los casos médicos se debe al momento de los servicios, en el caso de padres divorciados, la responsabilidad y el pago serán del tutor que trae al niño para el 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 las vacunas recomendadas por la Academia Americana de Pediatría.

Por la presente otorgo permiso a Premium Life Medical Center para divulgar cualquier información pertinente a mi compañía de seguros u otros médicos que lo soliciten, y también autorizo el pago directamente a Premium Life Medical Center. Una copia fotográfica de esta autorización se considera efectiva y tan válida como el original. Reconozco que he revisado y entiendo el Aviso de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA, por sus siglas en inglés) en nuestra sala de espera y cómo se aplica a la Información Médica Protegida de mi hijo. Una copia de los Avisos de Privacidad de HIPPA está disponible a pedido.

Nombre del impresor: _____

Firma: _____ Fecha: _____

CENTRO MÉDICO PREMIUM LIFE

IMPORTANTE: NO FIRME ESTE FORMULARIO SIN LEER Y COMPRENDER 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 de rutina de la Clínica, tratamientos, exámenes y servicios de diagnóstico. 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 realiza de forma rutinaria sin incidentes, puede haber 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 la hubiera) 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, los siguientes:

Pinchazos con agujas, como inyecciones, inyecciones, vía intravenosa o inyecciones intravenosas (IV). Los riesgos materiales asociados con estos tipos de procedimientos incluyen, entre otros, daño a los nervios, infección, infiltración (que es la fuga de líquido en los tejidos circundantes), cicatriz desfigurante, pérdida de la función de las extremidades, parálisis o parálisis parcial o muerte. La alternativa a los pinchazos con agujas (si está disponible) 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, vendaje de heridas, controles de rango de movimiento y otros procedimientos similares. Los riesgos materiales asociados con este tipo de procedimiento incluyen, entre otros, reacciones alérgicas, infecciones, pérdida severa de sangre, lesiones músculo-esqueléticas o internas, daño a los nervios, pérdida de la función de las extremidades, parálisis o parálisis parcial, cicatriz desfigurante, empeoramiento de la condición y muerte. Aparte del uso de procedimientos modificados y/o la denegación del tratamiento, no existen alternativas prácticas.

Administración de medicamentos ya sea por vía oral, rectal, tópica o a través del ojo, el oído o la nariz. Los riesgos materiales asociados con este tipo de procedimiento incluyen, entre otros, perforación, punclure, infección, reacción alérgica, daño cerebral o muerte. Aparte de variar el método de administración y/o rechazar el tratamiento, no existe ninguna alternativa práctica.

Extracciones, muestras de sangre, fluidos corporales o tejidos, como las que se realizan en pruebas y análisis de laboratorio. Los riesgos materiales asociados con este tipo de procedimiento 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 alternativa práctica.

Lo entiendo:

La práctica de la medicina no es exacta y que NO se me han dado garantías ni SEGURIDADES CON RESPECTO A LOS RESULTADOS Y/O RESULTADOS DE NINGÚN PROCEDIMIENTO. La participación del profesional de la salud en mi atención se basará en mi historial médico documental, así como en otra información obtenida de mí, mi familia u otra persona que tenga 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 la Salud realicen los Procedimientos que consideren necesarios o deseables en el ejercicio de su juicio profesional, incluidos aquellos Procedimientos que pueden ser imprevistos o que no se sabe que son necesarios en el momento en que se obtiene este consentimiento.
- Reconozco que he sido informado en términos generales de la naturaleza y el 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 cuidado 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 proporcione información adicional. También entiendo que mi médico puede pedirme que firme un documento de consentimiento informado adicional.

Firma del paciente:

Fecha:

AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD PARA

Centro Médico Premium Life

639 Beaver Run 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 USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN Y CÓMO PUEDE OBTENER

ACCESO A ESTA INFORMACIÓN

POR FAVOR, REVÍSELO 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 lo que creemos que es necesario para servirle y administrar nuestro negocio. Este Aviso entra en vigencia el 1 de noviembre de 2007 y se aplica a toda la información de salud protegida según lo definido por las regulaciones federales.

Entendiendo Su Historial/Información de Salud

Cada vez que visita la clínica, se hace un registro de su visita. Este registro contiene sus síntomas, los resultados de exámenes y pruebas, el diagnóstico, el tratamiento y el plan para la atención o el tratamiento futuros, y el plan para la atención o el tratamiento futuros. 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 muchos profesionales de la salud que contribuyen a su atención.
3. Un documento legal que describa la atención que recibió.
4. Una forma en que usted o un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron los que realmente se proporcionaron.
5. Una herramienta en la formación de profesionales de la salud.
6. Una fuente de datos para la investigación médica.
7. Una 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 prestamos y el resultado que obtenemos.
10. Una fuente de datos de apoyo, 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. Puedes entender mejor quién, qué, cuándo,

Dónde y por qué otras personas pueden acceder a su información de salud. Le permite tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación a otros.

Sus derechos sobre la información de salud

Aunque su expediente médico es propiedad de Premium Life Medical Center, la información le pertenece a usted. Usted tiene los siguientes derechos:

1. Recibir una copia impresa de este aviso de prácticas de información si así lo solicita.
2. Inspeccionar y/o recibir una copia de su expediente médico.
3. Para enmendar 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 en ciertos usos, divulgaciones y divulgaciones de su información
7. Revocar su autorización para divulgar su información de salud, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna medida.

Nuestras responsabilidades

Premium Life Medical Center está obligado a:

1. Mantener la privacidad de su información de salud.
2. Proporcionarle este aviso de 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 de 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 entren en vigencia para toda la información médica protegida que mantenemos. En caso de que nuestras prácticas de información cambien, publicaremos el aviso revisado en nuestra familia y le proporcionaremos una copia si lo 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:



Política de Cancelación/No Show

Las citas perdidas (no presentarse) afectan nuestra capacidad de brindar atención oportuna a nuestros pacientes. Si no puede asistir a su cita, le pedimos 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**. Los cargos por "no presentarse" pueden ser facturados al paciente. Esta tarifa no está cubierta por el seguro. Premium Life Medical Central puede eximir el 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 atender 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:

Firma del paciente:	Fecha:
<input type="text"/>	