

EASTERN SHORE RURAL HEALTH SYSTEM, INC. REGISTRO/CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		Haz los cambios aquí, y ponga los iniciales al final de la línea	
Nombre del Paciente			
Número de Seguro Social			
Fecha de Nacimiento			
Sexo			
Dirección de la Casa			
Dirección de Correo			
Teléfono de la Casa			
Teléfono del trabajo			
¿Dejar Recados?			
PCP			
Avalista (Persona Responsable)			
Ponga los iniciales si está todo correcto ----->			
Información financiera/Otra información del paciente		Haz un cheque en cada línea	
Raza	Nativo Americano o de Indio de Alaska Negro o Africano-Americano Información Negado	Asiático Blanco	Nativo de Hawai De otras islas en el mar pacifico
Origen Étnico	Hispano Migrante	No-Hispano Temporal	Información Negado Ninguno de los anteriores
Veterano	Si	No	
Ingreso de la casa (cada año)	Más de \$50,000 Más de \$15,000	Más de \$35,000 Mas de \$10,000	Más de \$25,000
Personas soportadas por el ingreso :	1	2	3 4 5 6 7 8 9+
Información de Seguro Médico		Haz los cambios aquí, y ponga los iniciales al final de la línea	
Seguro Principal	Nombre del Seguro Médico Primario		
Número de Identificación			
PrePago			
Seguro Secundario			
Número			
Prepago			
Ponga los iniciales si está todo correcto ----->			
Información del Empleador		Haz los cambios aquí, y ponga los iniciales al final de la línea	
Nombre de Empresa			
Teléfono del Trabajo			
Dirección del Trabajo			
Ponga los iniciales si está todo correcto ----->			
Información Adicional:		Haz los cambios aquí, y ponga los iniciales al final de la línea	
Contacto para Emergencias:			
:Teléfono			
Farmacia:			
:Teléfono			
Ponga los iniciales si está todo correcto ----->			

Información del Paciente	
Nombre del Paciente	

Autorización y cesión:

- A. Autorizo a el cesión de información incluyendo el diagnóstico y la historia medica de cualquier tratamiento o análisis proveídos a mi (o a mi niño o la persona bajo mi custodia) durante el período de atención médico a terceros pagadores (incluyendo la compañía de seguro medico). Autorizo y pido que los terceros pagadores (incluyendo las compañías de seguro medico) pagan el médico o grupo de médicos los beneficios que pagarían a mi. Entiendo que es posible que los terceros pagadores (incluyendo las compañías de seguro medico) pagarán menos que la factura actual. Estoy de acuerdo que tengo la responsabilidad de pagar la factura para todos los servicios proveídos a mi (o a mi niño o la persona bajo mi custodia). Acepto la responsabilidad completa para cualquier multa legal o de agencia de colección, que no será más del 40% en caso que mi cuenta se atrasa.
- B. Autorizo a Eastern Shore Rural Health System, Inc. (ESRHS) por parte de sus empleados o médicos a proveer, recetar, o hacer o mandar proveer, recetar o hacer: a mi o por mi (o a mi niño o la persona bajo mi custodia) tales análisis, pruebas, inmunizaciones, inyecciones o procedimientos diagnosticas como el médico crea necesario. Yo tengo el derecho de reusar tratamiento. También juro que la información puesto en esta documento es cierto y correcto y no creo que he dejado ningún dato.
- C. Entiendo que la partida 32.1-45 del Código de Virginia establece que un medico u otro empleado de la oficina del medico (o una persona que sea indicado por un medico), Hospital o Doctor esta expuesto a alguna fluida corporal de una manera que puede transmitir el Virus de Inmunodeficiencia Humano (el virus de SIDA) según las recomendaciones del Center for Disease Control, el paciente estará considerado de acuerdo en hacer un análisis para el virus de SIDA sin el consentimiento actual. Los resultados de esta prueba también pueden ser compartidas con la persona expuesta a los fluidos corporales del paciente sin el consentimiento actual del paciente.
- D. Sólo por servicios dentales: Autorizo ESRHS en hacer un chequeo dental ordinario, como exámenes, restauraciones (rellenar o calzar un diente), conductos radiculares, coronas de acero inoxidable, limpieza ordinaria, mantenimiento del espacio, y sacar dientes. Si aplica, también autorizo ESRHS usar técnicas de atención dental pediátrica como control de voz, tiempo fuera, y restricciones pasivas de acuerdo con la póliza de ESRHS (disponible al solicitarlo) por el propósito de proveer servicio dental a mi niño o la persona bajo mi custodia). Este autorizacion incluye el cuidado de rutina dental como descrito arriba en ESRHS o sitios fuera de la clinica con o sin mi presencia fisico
Ponga las iniciales aquí _____
- E. Entiendo que ESRHS tiene una póliza si uno no se presenta a citas (entregada si es pedida) y yo soy responsable por mantener mis citas apropiadamente.
Ponga las iniciales aquí _____

Consentimiento del Paciente sobre La Información Protegido de Salud:

Eastern Shore Rural Health System, Inc. provee esta información para cumplir con los requisitos del Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). ESRHS protegerá Información Protegido de Salud (IPS) según las reglas de HIPAA.

- F. Entiendo que ESRHS advertencia de prácticas de privacidad (APP) provee información sobre el uso y revelación por parte de ESRHS de la información protegido de salud mió (o de mi niño o de la persona bajo mi custodia). He tenido la oportunidad de repasar y leer ésta noticia. La APP contiene una sección de Derechos del Paciente la cual describe sus derechos bajo la ley. ESRHS se reserva el derecho de cambiar la APP. Si ESRHS cambia la APP, entiendo que puedo conseguir una copia al pedirla a ESRHS
- G. Tengo el derecho de pedir que ESRHS restrinja el uso o la revelación de IPS mió (o de mi niño o de la persona bajo mi custodia) para tratamientos, pagos, y operaciones de atención médico. No es requerido que ESRHS se conforme con esta restricción, pero si esté de acuerdo, ESRHS honorará éste acuerdo.
- H. Doy mi consentimiento al uso y revelación de Información Protegido de Salud de ESRHS mió (o de mi niño o de la persona bajo mi custodia) con el propósito de tratamientos, pagos, u otras operaciones de atención médico. Ejemplos de “otros operaciones” incluyen, pero no necesariamente están limitados a: recetas, análisis de laboratorio, rayos-x, referencias, y consultas con otros proveedores de atención médico. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito; sin embargo, tal revocación no afectará alguna revelación ya hecho por parte de ESRHS con el consentimiento previo. Tal revocación empeorará la puntualidad de su atención medica.
- I. Autorizo ESRHS a pedir y revelar cualquiera y todas las historias médicas del Virginia Department of Health Professions con relación de las sustancias controladas de Schedule II-V recetados a mi (o a mi niño o a la persona bajo mi custodia).
- J. Autorizo a ESRHS a reveler y recibir información privada de salud de RxHub National Patient Health Information Network y/o farmacias como sea necesario para proveer servicios de recetar medicinas a mi (o de mi niño o de la persona bajo mi custodia).
- K. He recibido la Advertencia de Practicas de Privacidad de ESRHS y doy mi consentimiento a tratamientos al terminar este consentimiento.
- L. Si aplica: autorizo la cesión de toda la información protegida de salud mió (o de mi niño o de la persona bajo mi custodia) a las siguientes personas y también les doy el permiso de participar en otras actividades de atención médica: (por ejemplo, llevar la persona a citas, participar en los exámenes) y dar consentimiento para tratamiento cuando sea necesario (exámenes, análisis, vacunas, inyecciones, o procedimientos diagnósticos). Yo soy responsable por avisarle a ESRHS si quiero revocar este permiso/privilegio. Privilegios solo son permitidos por un año después de la fecha de la firma.

Nombre: _____ Parentesco: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____

Firma del Paciente o del Padre/Tutor Legal de Menor de Edad

Fecha