

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

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		INFORMACIÓN DEL SEGURO	
Nombre del paciente		Seguro primario	
Número de Seguro Social		Identificación del afiliado	
Fecha de nacimiento		Seguro secundario	
Sexo		Identificación del afiliado	
Dirección		CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
Dirección postal		Nombre del contacto	
Teléfono de casa/celular		Teléfono del contacto	
Médico de atención primaria (PCP)			
Nombre de la farmacia		INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Teléfono de la farmacia		Nombre del empleador	
Correo electrónico		Registro en el portal del paciente <input type="checkbox"/>	Teléfono del trabajo
Parte responsable		Dirección del empleador	
		Escriba sus iniciales si está correcto ----->	
OTRO PACIENTE/INFORMACIÓN FINANCIERA			
La información a continuación nos ayudará a adaptar nuestros servicios para satisfacer mejor sus necesidades y para obtener subsidios y otros fondos para seguir mejorando nuestra práctica. Agradecemos de antemano su ayuda.			
Raza	<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Se negó a informar <input type="checkbox"/> Más de una raza		
Etnia	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Se negó a informar		
Agricultura/Acuicultura	<p>En los últimos dos años, ¿usted o alguien de su familia trabajó en la agricultura o la acuicultura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>El empleo agrícola/en la acuicultura significa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - preparar, irrigar o rociar los campos, viveros o huertos; - plantar, recolectar, clasificar, empacar o transportar frutas, papas, tomates, otros vegetales, granos, nueces, plantas, tabaco, lúpulo, flores, alfalfa, heno u algún otro producto agrícola; - sembrar árboles, flores, arbustos o trabajar en un vivero; - trabajar en <u>granjas</u> que producen/crían animales como gallinas, patos, pavos, vacas, cabras, ovejas, caballos, gatos o perros; - trabajar en la acuicultura <u>cultivando</u> almejas, ostras, vieiras o peces. <p>¿Usted o alguien en su familia vivieron temporalmente lejos de casa en los últimos dos años debido a un empleo agrícola/en la acuicultura? Algunos ejemplos son la vivienda proporcionada por el empleador, hotel/motel, apartamento, casa de alquiler, campamento de trabajadores o automóvil/camión/vehículo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Usted o alguien en su familia trabajan en la agricultura/acuicultura de forma temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Empleo temporal significa lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - su horario cambia de una semana para otra; - sus ingresos cambian de una semana para otra; - a usted se le despidió durante una parte del año y tuvo que hacer otros trabajos durante ese tiempo. 		
Veterano	¿Prestó servicios previamente en alguna rama del ejército (Fuerzas Armadas, Fuerza Aérea, Servicio de Guardacostas, Infantería de Marina, Marina de Guerra, Guardia Nacional y Reservistas)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Situación de vivienda	¿Se considera a sí mismo como una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que "Sí" a la pregunta anterior, indique lo que mejor describa su situación actual: <input type="checkbox"/> Calle/a la intemperie (Auto/barco/parque/tienda de campaña/edificio abandonado) <input type="checkbox"/> Vivienda compartida <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Otro		
Ingresos familiares (anuales)	<input type="checkbox"/> Mayores de \$50,000 <input type="checkbox"/> \$35,000 a 49,999 <input type="checkbox"/> \$25,000 a 34,999 <input type="checkbox"/> \$15,000 a 24,999 <input type="checkbox"/> \$10,000 a 14,999 <input type="checkbox"/> Menores de \$10,000		
Número de miembros del grupo familiar que se sustenta con estos ingresos:			
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9+			

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre del paciente	

Autorización y divulgación de información:

- A.** Yo autorizo que se divulgue a los pagadores terceros (incluidas las compañías de seguros) cualquier información, incluido el diagnóstico y los expedientes de algún tratamiento o examen que se le haga al paciente (a mí o mi hijo menor de edad o mi protegido nombrado en el presente documento) durante el período de dicho tratamiento. Autorizo y solicito que los pagadores terceros (incluidas las compañías de seguros) paguen directamente al médico o grupo de médicos los beneficios que de otra forma me sean pagaderos. Entiendo que es posible que mis pagadores terceros (incluidas las compañías de seguros) paguen un monto menor al de la factura actual por servicios. Estoy de acuerdo en responsabilizarme del pago de todos los servicios que se le prestaron al paciente. Acepto toda la responsabilidad por cualquier honorario de la agencia de cobro o agencia legal, que no exceda el 40 % si mi cuenta llegara a ser morosa.
- B.** Autorizo a Eastern Shore Rural Health System, Inc. (ESRHS) a que a través de su personal adecuado o personal médico lleve a cabo, administre o recete los exámenes, las pruebas, las inmunizaciones, las inyecciones y los procedimientos de diagnóstico que se consideren necesarios. Tengo derecho de rechazar el tratamiento. También certifico que toda la información contenida en este documento es verdadera y correcta según mi leal saber y entender y creo que no se ha omitido ningún dato.
- C.** Estoy informado de que la sección 32.1-45 del Código de Virginia determina que cuando algún médico o alguna persona contratada por (o bajo la dirección y control de) el hospital o los médicos esté expuesta directamente a los fluidos corporales del paciente de forma tal que puedan transmitir el virus de inmunodeficiencia humana (el virus del SIDA), se considerará que el paciente ha dado su consentimiento para que se le hagan pruebas de infección por el virus del SIDA sin su consentimiento real. Los resultados de esta prueba se pueden divulgar a la persona que estuvo expuesta a los fluidos corporales del paciente, también sin el consentimiento real del paciente.
- D.** Para los servicios dentales prestados en los consultorios dentales de ESRHS: autorizo a ESRHS a prestar servicios de atención dental de rutina, como exámenes, restauraciones (rellenos), tratamiento de canales, coronas de acero inoxidable, limpiezas, mantenedor de espacio y extracciones. Si corresponde, autorizo a ESRHS a usar técnicas pediátricas de atención dental, como el control por la voz, tiempo de espera y estabilización según la política de ESRHS (disponible a solicitud) para la atención dental de mi hijo o protegido menor de edad mencionado en este documento. Esta autorización incluye el servicio de atención dental de rutina como se describió anteriormente en todos los entornos de ESRHS con o sin mi presencia física. Entiendo que dentistas estudiantes pueden participar en mi atención dental o en la atención dental de mi hijo y que un dentista de ESRHS certificado los supervisará directamente. Además, entiendo que le informaré a ESRHS si no quiero que dentistas estudiantes me brinden tratamiento o le brinden tratamiento a mi hijo. Escriba sus iniciales _____
- E.** Para servicios dentales proporcionados por el Programa Traveling Oral Health (TOP) de ESRHS: entiendo que la atención que se me proporcione a mí o a mi hijo por parte de un higienista dental de ESRHS que ejerza bajo supervisión remota no sustituye la necesidad de que un dentista lleve a cabo exámenes dentales regulares.
- F.** Entiendo que ESRHS tiene una política de 'Citas perdidas' (disponible a solicitud) y que el paciente es responsable de cumplir adecuadamente con las citas. Entiendo que ESRHS tiene una lista de los derechos y las responsabilidades de los pacientes que está disponible a solicitud. Entiendo mis derechos y acepto mis responsabilidades. Escriba sus iniciales _____

Consentimiento del paciente sobre la información protegida de salud (Protected Health Information, PHI):

ESRHS brinda esta sección para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). ESRHS protegerá la PHI de acuerdo con los reglamentos de HIPAA.

- G.** Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices, NPP) de ESRHS proporciona información sobre la manera en que ESRHS puede usar y divulgar la información protegida de salud (PHI) del paciente. Tuve la oportunidad de revisar este aviso. El Aviso de Prácticas de privacidad (NPP) contiene una sección sobre los Derechos del Paciente en la que se describen los derechos del paciente de conformidad con la ley. ESRHS se reserva el derecho de cambiar el NPP. Si ESRHS cambia el aviso, puedo obtener una copia revisada si me comunico con ESRHS.
- H.** Doy mi consentimiento para que ESRHS use y divulgue la PHI del paciente para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los ejemplos de operaciones de atención médica incluyen, pero no se limitan a recetas médicas, pruebas de laboratorio, rayos X, remisiones, intercambio electrónico de información de salud y consultas con otros proveedores de atención médica. Tengo derecho a restringir/revocar este consentimiento, por escrito; sin embargo, tal solicitud no afectará ninguna divulgación que ESRHS ya haya hecho en un consentimiento previo. Las restricciones pueden afectar negativamente la oportunidad de recibir atención médica. ESRHS no está obligado a cumplir con todas las solicitudes de restricción/revocación.
- I.** Autorizo a ESRHS a solicitar y recibir todos los expedientes que tenga el Departamento de Profesiones de Salud de Virginia (Department of Health Professions) u otros programas estatales adecuados relacionados con las sustancias controladas de la Lista II-V que se le dispensan al paciente.
- J.** Autorizo a ESRHS para que divulgue y reciba información confidencial de salud a o de RxHub National Patient Health Information Network o de farmacias según se necesite para prestar servicios para surtir recetas médicas al paciente.
- K.** Doy mi consentimiento para recibir mensajes de ESRHS que utilizan un sistema automático de marcado telefónico para enviar un mensaje de texto, un mensaje de voz o un mensaje grabado previamente que puedan contener información relacionada con la salud o asesoramiento de la administración de la atención médica en los números de teléfono que proporcioné. Puedo solicitar a ESRHS que modifique mis preferencias de comunicación en cualquier momento.
- L.** Tutela: si corresponde, entiendo que soy el tutor legal de este paciente y proporcioné la documentación oficial a ESRHS.
- M.** Si corresponde: autorizo la divulgación de toda la PHI del paciente a las siguientes personas, así como les permito participar en las actividades de atención médica del paciente (es decir, transporte hacia y desde una cita, ayuda en los exámenes, etc.) y doy mi consentimiento para que se brinde tratamiento como se considere necesario (exámenes, pruebas, inmunizaciones, inyecciones y procedimientos de diagnóstico). Soy responsable de notificar a ESRHS si quiero revocar estos privilegios. Los privilegios son válidos solamente por un año a partir de la fecha de la firma.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
 Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

 Firma del paciente o padre/madre/tutor legal del menor de edad

 Nombre en letra de molde

 Fecha