



Consentimiento y registro del

paciente Información del paciente:

PT CUENTA # _____ **enviamos un Fecha:** _____

Farmacia y ubicación: _____ **(e-scribe RX)**

SSN: _____ **Mujer o hombre (circule uno)**

Nombre: _____ Apodo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección primaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Primario #: _____ Tipo: Casa / Celular / Trabajo (circule uno)

****** podemos dejar un mensaje en lo que respecta a ¿Su PHI? **** SÍ O NO (marque uno)**

Dirección de correo electrónico:

Identidad de género: _____

Etnicidad: (circule uno) **Hispano / Latino / No Hispano / Latino**

Raza: (circule uno) **Americano Indio-Nativo de Alaska / Asiático / Negro-Africano Americano / Blanco / Otro** _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Ph #: _____

Información adicional para el paciente:

Médico de atención primaria: _____ Número de teléfono:

Compañía de seguros: _____

Parte responsable / Garante: _____ Relación: _____ Número de

teléfono: _____

¿TIENE UN VIVIR? SÍ O NO (circule uno)



Consentimiento del paciente:

- Me han proporcionado un Aviso de prácticas de privacidad del paciente que brinda una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información médica protegida.
- Consiento voluntariamente a todos y cada uno de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento de atención médica proporcionados por Total Care Plus Urgent Care y sus proveedores asociados, médicos clínicos y otro personal. Entiendo que no se ha garantizado ni puede hacerse ninguna garantía en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes de Total Care Plus Urgent Care.
- Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi / la información médica protegida del paciente con el fin de obtener el pago por los servicios prestados a mí / al paciente, el tratamiento y las operaciones de atención médica de conformidad con el Aviso de prácticas de privacidad del paciente.
- Autorizo el pago de beneficios médicos directamente a Total Care Plus Urgent Care o su representante por los servicios prestados.
- Doy permiso para obtener todo mi historial de medicamentos / recetas cuando uso un sistema electrónico para procesar las recetas de mi tratamiento médico.

Paciente (nombre en letra de molde): _____

Firma del paciente / persona autorizada: _____

Relación: _____ **Fecha:** _____

Divulgación de información:

Total Care Plus se reserva el derecho de comunicar la información de salud protegida (PHI) con la familia o amigos cuando se considere más conveniente para los pacientes como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Paciente. Para poder compartir su PHI en otras circunstancias con miembros de su familia o amigos, indique a continuación las personas a las que estamos autorizados para divulgar información y el tipo de información que podemos divulgar.

Nombre y número de teléfono: _____ Relación: _____ Financiero / médico / Ambos: _____

Nombre y número de teléfono: _____ Relación: _____ Financiero / médico / Ambos: _____

Nombre y número de teléfono: _____ Relación: _____ Financiero / Médico / Ambos: _____

Paciente Reconocimiento del paciente: Entiendo que tengo el Derecho de revocar la autorización en cualquier momento. Entiendo que una revocación no está vigente en los casos en los que la información ya se ha compartido, pero seguirá avanzando. Entiendo que la información utilizada y divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización, y mi tratamiento no estará condicionado a la firma. Esta autorización estará vigente hasta que sea revocada por la patente.

Paciente (letra de imprenta): _____

Paciente / Firma la persona autorizada: _____

Relación: _____ **Fecha:** _____



paciente Historia clínica:

Alergias Todos los artículos (si usted tiene una lista que podemos hacer una copia para usted)

Medicamentos Todos los artículos (si usted tiene una lista podemos hacer una copia para usted)

CONDITION	PERSONAL (X en caso afirmativo)	MOM (X en caso afirmativo)	PAPÁ (X en caso afirmativo)	CONDITION	PERSONAL (X en caso afirmativo)	MOM (X en caso afirmativo)	DAD (X en caso afirmativo)
Anemia				Colesterol alto			
Artritis				Riñón / vejiga			
Cáncer				Hígado / Hepatitis			
depresión / Ansiedad				Ataques			
Diabetes				ACV			
trastorno del ojo				tiroides			
Los dolores de cabeza				úlceras			
del corazón la enfermedad				coágulos desangre			
la acidez				de Alzheimer/ demencia			
Presión arterial alta				Asma/ EPOC			

¿ha estado hospitalizado / cirugías / enfermedad grave en su historial? En caso afirmativo, indique:

Consumo de tabaco? (circule uno) ¿ Nunca uso diario previo de alcohol? (marque una con un círculo) Nunca diariamente Ocasional

Paciente (nombre en letra de molde): _____

Firma del paciente / persona autorizada: _____

Relación: _____

Fecha: _____