

**Registro de Paciente Nuevo**

Fecha \_

Nombre Fecha de Nacimiento

Género Identifica: Masculino Femenino  Transgénero  Transexual  No Sabe Estatus

Dirección de Casa

Teléfono de Casa Celular

¿En qué teléfono podemos dejar mensajes confidenciales?

Correo Electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Correo para Envíos (Si es diferente a la dirección de la casa)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal |
| Seguro Primario | Seguro Secundario |  |  |

Nombre de Compañía 1: Nombre de Compañía 2:

# de Suscriptor: # de Suscriptor:

Nombre del Suscriptor:

Fecha de Nacimiento del Suscriptor:

Relación del Paciente con el Suscriptor:

¿Quién es responsable por la factura de las visitas médicas?

Raza (encerrar en circulo): Indio Americano/Nativo de Alaska, Asiático, Negro/Afro-Americano, Hispano, Nativo de Hawái, Blanco, Otro, Prefiero no decir

Etnicidad (encerrar en circulo): Hispano No Hispano

Contacto de Emergencia #1:

Relación: Teléfono #

Contacto de Emergencia #2:

Relación: Teléfono #

¿A quién debemos llamar para hacerle una cita?

Farmacia (con el # de teléfono): Local:

Por Correo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por las presente yo autorizo que se comparte mi información médica lo necesario para procesar los beneficios médicos y yo autorizo el pago de estos beneficios médicos a Kronos Health, PLLC por los servicios prestados por esta oficina.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Abogado o Poder Legal Fecha

(o similar) si el paciente no puede firma

 

**Consentimientos**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HIPAA Aviso de la Practica de Privacidad del Paciente**

Confirmo que he revisado el aviso del la Practica de Privacidad del Paciente. Yo puedo pedir una copia del aviso de privacidad en cualquier momento. Este aviso está disponible en la oficina.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Permiso para comunicarnos con otro medicaos, otros proveedores de la comunidad y/o proveedores de salud mental que usted haya visito o que vera, para coordinar su cuidado médico:**

Para poder asegurar la continuidad y coordinación de su cuidado médico es necesario comunicarse con otros médicos y/o su compañía de seguro. Estas comunicaciones pueden incluir información de los tratamientos médicos, salud mental y/o de abuso de sustancias. Esta información esta limitada al lo que sea necesario para determinar la cobertura o el compartir de información crítica con los médicos que están cuidando de usted. Muchas compañías de seguro requieren que documentemos si usted permitirá que su médico se comuniqué con otros médicos involucrados en su cuidado, lo cual tiene la libertad de hacer.

Yo autorizo a Kronos Health que comparta mi información medica con otros médicos, así como está mencionado en este párrafo, para proveer continuidad y coordinación de mi cuidado médico.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento Para Uso de Información de Mis Prescripciones Electrónicamente.**

Yo autorizo a Kronos Health, PLLC que obtenga mi historial de prescripciones/ medicinas por el network de Sure-Scripts RX. Entiendo que esta investigación proveerá a mi medico con un historial de mis medicinas y prescripciones, informado por el administrador de beneficios de la farmacia. También entiendo que Sure-Scripts-RX certificado que cualquier historial compartido seguirá un protocolo estricto lo cual se alineará con los requisitos de HIPAA con el respecto la privacidad del paciente. Toda comunicación será hecha automáticamente por el sistema de seguridad.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en Letra Molde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 

**Autorización para el Uso y/o Entrega de Información Médica del Paciente.**

Yo autorizo a Kronos Health, PLLC para usar y/o entregar información medica protegida (PHI) mia a la persona delegada aquí.

**Información del Paciente:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Cuidad Estado Código Postal

**Persona delegada/a:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del delegado/a Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Cuidad Estado Código Postal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del delegado/a Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Cuidad Estado Código Postal

La siguiente información medica especifica de mi puede ser entregada o discutida con la persona delegada (como, por ejemplo: fechas de servicios médico, tipos de servicios, nivel de detalle, origen de la información, etc.)

Descripción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta clínica \_\_\_ recibirá / \_\_\_\_\_ No recibirá pago por parte de un tercer grupo a cambio de usar o compartir mi información médica.

Yo no tengo que firmar esta autorización para poder recibir tratamiento de Kronos Health. Tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización. Información que es usada y/o compartida por el recipiente ya no puede ser protegida por la Regia de Privacidad HIPAA federal. Tengo el derecho de revocare esta autorización por escrito, excepto en el caso que la clínica haya actuado basando sus hechos en esta autorización. La revocación escrita debe ser entregada al Oficial de Privacidad en Kronos Health, PLLC.

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_