Clínica Médica Four Oaks

Registro de pacientes/Demografía

Licencia de conducir/identificación proporcionada: Sí No | **Tarjeta de seguro proporcionada** Sí No

Fecha de hoy:	**Proveedor de atención primaria:**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	**Primer Nombre:**	**Segundo Nombre:**
¿Es este su nombre LEGAL? Si no, ¿cuál es su nombre LEGAL?		**Sexo: M F**
Fecha de nacimiento:	**Número de seguro social:**	
Número de teléfono:		
Estado civil (marque uno): Soltero Casado Divorciado Separado Viudo		

DIRECCIÓN FÍSICA/POSTAL

Dirección: (Apartamento, Suite, Unidad, Edificio, Piso, Número de remolque)	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección postal: apartado postal	Ciudad:	Estado:	Código postal:

RAZA/ETNICIDAD:

Raza:	Afroamericano	Indio americano	Asiático	Caucásico	Hispano	Otro
Etnicidad:	Hispana	No hispana				
Cuidadano de EEUU:	Si	No				

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR:

Ocupación:	Empleador:	Número de teléfono:
¿Lesión en el trabajo?		
¿Tiene usted un poder notarial? Sí No	¿Tiene una directiva anticipada?: Sí No	
Dirección de correo electrónico:		
Farmacia preferida:		

EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre de Contacto de Emergencia:	Relacion:
Número de teléfono de casa:	Número de obra:

INFORMACIÓN SOBRE PADRES Y MENORES DE EDAD

Nombre:	Relación:	Número de teléfono:	
Número de seguro social:	Fecha de nacimiento:		
Dirección postal: apartado postal	Ciudad:	Estado:	Código postal:

CLÍNICA MÉDICA FOUR OAKS
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

_____ Iniciales	Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para recibir atención que incluya procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico por parte de mi médico, sus asistentes o las personas que él designe, según sea necesario a su juicio. Reconozco que no se ha ofrecido ninguna garantía en cuanto al resultado de los tratamientos y exámenes. Acepto recibir atención y tratamiento médico.
_____ Iniciales	Acepto los servicios prestados por estudiantes de medicina y/o residentes. Los estudiantes de medicina y los residentes trabajan bajo la supervisión directa de un médico. Acepto los servicios prestados por estudiantes de ciencias de la salud. Los estudiantes de ciencias de la salud trabajan bajo la supervisión del gerente de departamento correspondiente. Los estudiantes/residentes pueden participar en su atención médica según su nivel de formación.
_____ Iniciales	Acepto que me realicen pruebas de VIH y otras enfermedades transmisibles en caso de que un trabajador de la salud esté expuesto a mi sangre o fluidos corporales.
_____ Iniciales	Acepto que me tomen fotografías de las partes adecuadas de mi cuerpo para respaldar mi condición médica. Entiendo que cualquier fotografía que se tome se incluirá y formará parte de mi historial médico.
_____ Iniciales	Acepto los servicios prestados por profesionales de nivel medio. Un profesional de enfermería o auxiliar médico no es un médico, pero trabaja bajo su supervisión, ya sea directamente o mediante protocolos establecidos por este.
_____ Iniciales	Clínica Médica Four Oaks puede utilizar tecnología de transcripción generativa con IA para generar notas médicas y actualizar el historial clínico del paciente en tiempo real. El procesamiento del lenguaje natural permite que el software de transcripción analice y dicte conversaciones humanas en tiempo real, como si fueran un escribano médico. Esta tecnología puede utilizarse durante o después de la consulta del paciente, cuando el médico prepara resúmenes posteriores a la consulta y actualiza el historial del paciente.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Doy mi consentimiento para que se divulgue mi información médica protegida con el fin de diagnosticarme o proporcionarme tratamiento, obtener el pago de mi atención médica y realizar operaciones de atención médica. Entiendo que mi tratamiento puede estar sujeto a mi consentimiento, como lo demuestra mi firma en este documento.

Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este documento. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los usos y divulgaciones de mi información médica protegida que se realizarán durante mi tratamiento, el pago de mis facturas o la realización de las operaciones de atención médica. Esto puede incluir la divulgación de mi información médica protegida a otro proveedor en caso de consultas o derivaciones. El Aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y obligaciones con respecto a mi información médica protegida.

ACUERDOS, AUTORIZACIONES Y CESIONES IRREVOCABLES

Acuerdo financiero y cesión de beneficios:
Prometo pagar los servicios prestados en el Columbus Community Hospital (en adelante, CCH) de acuerdo con las tarifas y condiciones vigentes en este hospital, en la medida en que sea legalmente responsable de dicho pago. Por la presente, cedo a CCH la prestación de atención y tratamiento, todos los beneficios, intereses y derechos (incluyendo las causas de acción y el derecho a exigir el pago de los servicios prestados bajo cualquier póliza de seguro o cualquier plan de reembolso o prepago de atención médica). Asimismo, entiendo y acepto que todas las condiciones para la recuperación de los beneficios son de mi exclusiva responsabilidad, y esto no me exime de mi obligación personal de pagar los servicios prestados en CCH.

Se me ha explicado este formulario y certifico que entiendo su contenido.

_____ _____
Paciente o representante legalmente autorizado/relación Fecha

_____ _____
Testigo Fecha