

INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN PERSONAL

Sr. Sra. Srta. Primer Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F Estado civil: _____ Idioma preferido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono principal: _____ Tipo: Cel. Casa Trabajo Otro: _____ Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación con el paciente: Cónyuge Hijo(a) Otro: _____

Teléfono del contacto de emergencia: _____ Tipo: Cel. Casa Trabajo Otro: _____

¿Es el paciente también el garante? Sí No *En caso afirmativo, vaya directamente a INFORMACIÓN DEL MÉDICO.*

Nombre del garante: _____ Relación con el paciente: Cónyuge Hijo(a) Otro: _____

Teléfono del garante: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Médico Remitente: _____ Teléfono: _____

Médico Primario: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA CONDICIÓN

¿Es usted diabético? Sí No *En caso afirmativo, proporcione el nombre y la dirección del médico que trata su diabetes.*

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Ha recibido un servicio similar en los últimos 5 años? Sí No

¿Está recibiendo cuidados paliativos? Sí No

¿Es usted residente de un centro de enfermería especializada (hogar de ancianos)? Sí No

¿Es su condición el resultado de un accidente? Sí No *Si la respuesta es no, vaya directamente a INFORMACIÓN DEL SEGURO.*

¿Está su lesión relacionada con el trabajo? Sí No *En caso afirmativo, proporcione al empleador en el momento del accidente.*

Nombre del empleador: _____ Fecha de la lesión: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Persona de contacto: _____ Teléfono: _____ Número de reclamo: _____

¿Es su lesión resultado de un accidente automovilístico? Sí No *Si la respuesta es no, vaya directamente a INFORMACIÓN DEL SEGURO.*

Nombre del ajustador de seguros: _____ Teléfono: _____ Número de reclamo: _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL SEGURO

Asegúrese de traer sus tarjetas de seguro y una identificación con foto a su cita.

Seguro Primario: _____ **Número de póliza:** _____ **Número de grupo:** _____

Nombre del suscriptor (si es diferente del paciente): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Seguro Secundario: _____ **Número de póliza:** _____ **Número de grupo:** _____

Nombre del suscriptor (si es diferente del paciente): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera, precisa y completa.

Firma del Paciente/Garante: _____ **Fecha:** _____

NOMBRE DEL PACIENTE (LETRA DE IMPRENTA)	FECHA
---	-------

Entiendo que a veces sea necesario que se comuniquen conmigo respecto a mi cuidado de salud. Al firmar este formulario, doy permiso a Hanger Clinic para que se comunique conmigo sobre citas, instrucciones de tratamiento, facturación, u otros asuntos específicos de mi cuidado de salud.

SELECCIONE CUÁL DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS DE COMUNICACIÓN HANGER CLINIC PUEDE UTILIZAR PARA CONTACTARSE CON USTED (MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)

Mensajes de voz Correos electrónicos/mensajes de texto seguros#* Correos electrónicos/mensajes de texto no seguros#*

TELÉFONO DE LA CASA	TELÉFONO DEL TRABAJO	TELÉFONO MOVIL	EMAIL
---------------------	----------------------	----------------	-------

Revocación de la autorización para contactarme por correo electrónico y/o mensaje de texto: Entiendo que puedo notificar a Hanger Clinic por escrito para revocar mi consentimiento de comunicaciones en el futuro por correo electrónico y/o mensaje de texto en cualquier momento. Mi revocación de la autorización no afectará mi habilidad para obtener atención médica en el futuro, ni provocará la pérdida de ningún beneficio al que tenga derecho.

Autorización para divulgación de Información Médica Protegida (PHI): Autorizo a Hanger Clinic a compartir información sobre mi tratamiento, o el pago del tratamiento, con las siguientes personas:

<input type="checkbox"/> CÓNYUGE O PAREJA (NOMBRE)	<input type="checkbox"/> NINGUNO
<input type="checkbox"/> OTRO INDIVIDUO (NOMBRE)	RELACIÓN CON EL PACIENTE

Aviso de no discriminación y Servicios de asistencia de idiomas: Hanger Clinic cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Proporcionamos ayuda e información en su idioma sin costo alguno y ofrecemos otras herramientas para facilitar la comunicación. Si usted o alguien a quien está ayudando necesita ayuda, hable con nuestro personal, llame o envíe un mensaje de texto al 1-877-442-6434 o envíe un correo electrónico a HangerClinicCares@hanger.com.

Para obtener esta información en otros idiomas, pídale una copia a nuestro personal o escanee el siguiente código QR.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN



SERVICIO DE ASISTENCIA DE IDIOMAS



Su firma a continuación también es un reconocimiento de que ha recibido o ha sido informado de la oportunidad de revisar una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Hanger. Puede escanear el siguiente código QR para ver o descargar una copia.



FIRMA DEL PACIENTE O PARTE RESPONSABLE	FECHA
RELACIÓN CON EL PACIENTE	
FIRMA DEL TESTIGO (SI EL PACIENTE ESTÁ FIRMANDO CON UNA MARCA)	FECHA
NOMBRE DEL TESTIGO EN LETRA DE IMPRENTA	
<input type="checkbox"/> EL PACIENTE SE NEGÓ A FIRMAR POR EL RECIBO DEL NPP <input type="checkbox"/> EL PACIENTE ESTÁ INCAPACITADO <input type="checkbox"/> OTRO (RAZÓN POR LA QUE EL PACIENTE NO PUEDE O SE NIEGA A FIRMAR***)	

#Comunicaciones por mensaje de texto: Entiendo que mi proveedor de servicio celular puede aplicar cargos por mensaje de texto.

*A menos que solicite lo contrario, los correos electrónicos y los mensajes de texto se enviarán encriptados/seguros, excluyendo recordatorios de citas.

**Entiendo que enviar o recibir información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés) a través de correo electrónico o mensaje de texto no encriptado no es seguro porque otra persona podría leerla. Hanger Clinic intentará mantener estas comunicaciones privadas, pero no pueden garantizar que siempre sean confidenciales.

***Hanger hizo esfuerzos de buena fe para obtener el acuse de recibo por escrito de la Notificación de Prácticas de Privacidad (NPP) por parte de la persona mencionada anteriormente.