**Formulario demográfico del paciente**

MRN: Fecha:

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Apellido: Nombre: Inicial del medio: Apodo (AKA):

Fecha de nacimiento: Número de Seguro Social: Primaria Teléfono

Estado Civil: Casado  Soltero  Divorciado  Separada  Viuda  Otra

­­

Raza:  Negro – no hispano  Blanco no hispano Hispano Otro  Nativo/Indio Americano/Alaska

Domicilio: Apto #: Ciudad: Estado:Código Postal:

­

Correo electrónico:

**Empleador**: Número **de teléfono del empleador**:

Método de contacto preferido:  Móvil  Casa  Trabajo  Texto

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA/FAMILIAR CERCANO

Apellido: Nombre: Relación con el paciente: Primaria Teléfono:

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA/FAMILIAR CERCANO

Apellido: Nombre: Relación con el paciente: Primaria Teléfono:  Celular  Casa

Apellido: Nombre: Relación con el paciente: Primaria Teléfono

INFORMACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

Médico de Atención Primaria: Farmacia preferida

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DEL PACIENTE

Seguro Primario

Nombre del Plan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Seguro Social Asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Secundario

Nombre del Plan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Seguro Social Asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE (GARANTE)

Relación con el paciente:  Sí mismo  Padre Otro

Apellido: Nombre: Inicial del medio: Apodo (AKA):

Fecha de nacimiento: Número de Seguro Social: Primaria Teléfono:  Celular  Casa

Domicilio: Apto #: Ciudad: Estado: Código Postal:

­Estado de empleo: Militar en servicio activo  empleado a tiempo completo no empleado  Estudiante

 Empleado a tiempo parcial Stop outline Ama de casa  discapacitada  Trabajador por cuenta propia

**Empleador: Número de teléfono del empleador:**

**Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

**Iniciales** \_\_\_\_\_\_ Autorizo la divulgación de cualquier información, incluida la información médica y de facturación por parte de Columbus Women’s Health (CWH) a mi médico de referencia o compañía de seguros.

**Iniciales** \_\_\_\_\_\_ Autorizo a CWH a divulgar mis registros médicos al Portal web de Columbus Community Hospital (HIE-Health Information Exchange)

**Iniciales** \_\_\_\_\_\_ Acepto que CWH puede recetar electrónicamente mis recetas y mi solicitud y usar mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

**SOLICITUD PARA TENER ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)**

Los nombres que se enumeran a continuación son aquellos a quienes deseo otorgar acceso a mi información de atención médica. Por la presente, autorizo a CWHC a divulgar mi PHI, incluida la información de citas y facturación, a los siguientes:

Nombre Relación

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

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

No deseo permitir que nadie tenga acceso a mi información médica.

Entiendo que este consentimiento se considerará válido por 1 año y deberá actualizarse anualmente. También entiendo que es posible que esta información ya no esté protegida por las normas de privacidad federales o estatales y que el destinatario de la información pueda volver a divulgarla. Entiendo y acepto estos términos.

**POLÍTICA FINANCIERA DE COLUMBUS WOMEN’S HEALTH**

**Iniciales** \_\_\_\_\_\_ Autorizo el pago de los beneficios médicos, incluidos los beneficios de Medicare y Medicaid, a CWH por los servicios prestados para mi atención médica. Entiendo que es mi responsabilidad saber si mi cobertura de seguro está dentro o fuera de la red con CWH y seré financieramente responsable de todos los cargos acumulados, incluidos los servicios no cubiertos, copagos, coseguros y deducibles adeudados. después de que se haya pagado el pago final del seguro a CWH. Se me enviará por correo un estado de cuenta final y acepto pagar esa cantidad en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la fecha del estado de cuenta.

**POLÍTICA de No Show - AUTORIZACIÓN de Communicacion**

**Iniciales** \_\_\_\_\_\_ Certifico que doy permiso a CWH para que se comunique conmigo pro correo electronico, telefono y/o mensaje de texto. Reconozco que esto puede resultar en cargos por tdatos y no responsabilizo a CWH por esos prsibles cargos.

**Iniciales** \_\_\_\_\_\_ Soy consciente de que CWH cobrara una tarifa de $35.00 por no presentarse por cualquire cita programada a la que no asista o cancele dentro de las 24 horas de anticipacion.

He leído cada sección anterior y he puesto mis iniciales en cada sección correspondiente.

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

Firma del paciente o persona autorizada para dar consentimiento para el paciente Fecha

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

Firma del Testigo Fecha

*El siguiente Columbus Women’s Health. Los documentos están disponibles a pedido del paciente: Aviso de prácticas de privacidad, política financiera y listas de tarifas.*