

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Nombre que le gusta que le llamen (Apodo): _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Número de SS: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono Trabajo: _____

Genero (encerrar): **Masculino / Femenino** Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Nombre de soltera de la madre (Solo propósito de JD): _____

Idioma que Hablan (marque todo lo que corresponda) : Inglés / Español / Otro: _____

Estado Civil (encerrar): **Soltero / Casado / Asociado / Viudo / Divorciado**

Preferencia de Contacto (marque): Ok dejar mensaje confidencial / No dejar mensaje confidencial

Estado Indigente (marque): No Indigente / Albergue / Transicional / Duplicando / Calle / Otro: _____

Estado de la Vivienda (marque): Vivienda pública / No en vivienda pública

Estado del Estudiante (marque): Tiempo Completo / Medio Tiempo / No Un Estudiante

Empleador: _____ Ocupación: _____

Número del empleador: _____ Dirección del Empleador: _____

Estatus de Migrante/Temporal (marque):

- Inmigrante** (Una persona/dependiente cuyo principal empleo ha sido en la agricultura en los últimos 24 meses y ha tenido que establecer un hogar temporal con el propósito de dicho empleo)
- Estacional** (Una persona/dependiente cuyo empleo principal ha sido en la agricultura de forma estacional y no ha tenido que establecer un hogar temporal para dicho empleo)
- No es un trabajador agrícola**

Raza (marque): Asiático / Negro/Afroamericano / Indio Americano/Nativo de Alaska / Nativo-Hawaiano / Blanco/Caucásico

Más de una raza / Otra isleño del pacífico / Otro: _____

Etnicidad (marque): Hispanic o Latino / No Hispanic o Latino

Necesita Intérprete (encerrar): **Sí / No** Es Veterano (encerrar): **Sí / No / N/A** Fuma (encerrar): **Sí / No**

¿Cómo te enteraste de nosotros? (marque): Pariente/Amigo / Feria de la salud / Periódico / Iglesia / Hospital / Otro: _____

¿Tiene una directiva anticipada (testamento vital)? (encerrar) **Sí / No**

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Número #: _____

Relación con el Paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE *(Persona a la que se facturará, si no es el paciente.)*

Relación con el paciente: **Él mismo (pase a la siguiente sección)** / **Esposo** / **Padres** / **Otro:** _____

Nombre: _____

Número de SS: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Genero (encerrar): **Masculino** / **Femenino**

Dirección (si es diferente a la anterior): _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Case #: _____ Celular #: _____ Trabajo #: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Teléfono del Empleador: _____ Dirección del Empleador: _____

INFORMACIÓN DE INGRESOS *(Indique los ingresos de su hogar con una de las siguientes categorías a continuación.)*

Semanal: _____ Mensual: _____ Cada Año/Anual: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Quality for sliding fee discounts?

100% & below 101-33% 134-175% 176-200%

SEGURO *(Proporcione toda la información del seguro activo y la(s) tarjeta(s) de seguro.)*

Seguro Primario: **No Segure** / **Medicaid/TennCare** / **Medicare** / **Otro (Empleador / Privado / Comercial)**

Relación del paciente con el asegurado: **Ser** / **Espos** / **Niño** / **Otro:** _____

Nombre del plan: _____ Política #: _____ Grupo #: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Número de SS: _____

Fecha de vigencia (si se conoce): _____ Cantidad de copago: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Teléfono del Empleador: _____ Dirección del Empleador: _____

Seguro secundario: **Medicaid/TennCare** / **Medicare** / **Otro (Empleador / Privado / Comercial)**

Relación del paciente con el asegurado: **Ser** / **Espos** / **Niño** / **Otro:** _____

Nombre del plan: _____ Política #: _____ Grupo #: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Número de SS: _____

Fecha de vigencia (si se conoce): _____ Cantidad de copago: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Teléfono del Empleador: _____ Dirección del Empleador: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO FINANCIERO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ FDN del paciente: _____ / _____ / _____

MRN del Paciente: _____

Autorizo los pagos de beneficios médicos al doctor o proveedores por los servicios prestados. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamaciones de seguro médico y para los doctores a los que se remita al paciente, y certifico que la información contenida en este documento es correcta.

Pacientes de Medicare: Autorizo que los pagos de los beneficios de Medigap de la aseguradora de Medicap, como se indica, se realicen en mi nombre al médico o grupo, por los servicios prestados.

Doy mi consentimiento voluntario para el examen y tratamiento del paciente mencionado anteriormente.

Estoy consciente de que soy el responsable final del pago de esta cuenta y de cualquier cargo asociado con el cobro de esta cuenta.

MEDICARE Y MEDICAID: El abajo firmante certifica que la información proporcionada al solicitar los beneficios bajo el Título XVII o XIX o la Ley del Seguro Social es verdadera pertinente a la visita de este paciente/niño para ser entregada al médico u organización que brinda los servicios. El abajo firmante solicita que el pago de los beneficios autorizados se haga al abajo firmante o en su nombre. El médico u organización que presta los servicios o autoriza a dicha organización médica a presentar un reclamo a Medicaid para los pagos al suscrito.

Firma del paciente/persona responsable: _____ Fecha: _____

Insurance card verified by: _____

Effective from: _____ Effective to: _____

Entiendo que, como parte de mi atención médica, Erlanger recibe, origina, mantiene, divulga y usa mi información médica protegida, incluidos, pero no limitados a, registros médicos y otra información médica que describe mi historial médico, historial de medicamentos, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento, planes de tratamiento e información de facturación y seguro médico. La información de salud se mantiene tanto en formato papel como en medios electrónicos. Autorizo a Erlanger a utilizar esta información con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Esta autorización incluye específicamente la divulgación de Información médica sobre condiciones relacionadas con drogas, alcoholismo, condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas y/o enfermedades infecciosas incluidas, pero no limitadas a, enfermedades transmitidas por la sangre. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito y Erlanger cumplirá si es posible. Sin embargo, Erlanger no será responsable de ninguna acción o divulgación ya realizada antes de la revocación de esta autorización.

Se me ha proporcionado un **Aviso de Prácticas de Privacidad** que explica completamente los usos y divulgaciones que Erlanger puede hacer con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento. También entiendo que el Erlanger se reserva el derecho de cambiar el **Aviso de Prácticas de Privacidad** y si las prácticas de privacidad cambian, se me notificará de cualquier cambio en mi próxima visita al Erlanger. Además, puedo obtener una copia actual de este aviso en **erlanger.org**.

Entiendo que no tengo que dar mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Si no doy mi consentimiento, Erlanger puede negarse a brindarme servicios de atención médica a menos que las leyes estatales o federales aplicables requieran que Erlanger brinde dichos servicios.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones en el uso o divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Además, entiendo que Erlanger no está obligado a aceptar la restricción solicitada pero que, si lo hace, está obligado por dicho acuerdo. Si una solicitud de restricción en el uso o divulgación de información de salud identificable individualmente es hecha se debe notificar al Oficial de Seguridad y Privacidad Corporativa (CPSO) Inmediatamente. Nadie está autorizado a aceptar una solicitud de restricción que no sea el CPSO.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito y Erlanger cumplirá si es posible. Sin embargo, Erlanger no será responsable de ninguna acción o divulgación ya realizada antes de la revocación de esta autorización.

Firma del Paciente o Representante Legal: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha de vigencia del aviso: _____

I. CONSENTIMIENTO PARA ADMISIÓN/TRATAMIENTO

Yo voluntariamente doy mi consentimiento para los procedimientos y servicios que se me puedan realizar como paciente hospitalizado o ambulatorio bajo las instrucciones generales y especiales de mi doctor y/o el asistente de mi doctor o su designado. Entiendo que estos procedimientos y servicios pueden incluir, pero no se limitan a tratamiento o servicios de emergencia, procedimientos de laboratorio, servicios de imágenes, servicios de enfermería, tratamiento o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia o servicios del Sistema de Salud Erlanger. Entiendo que pueden diagnosticarse otras condiciones que pueden requerir tratamiento adicional. Este consentimiento incluye pruebas para enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre, incluyendo, pero no limitado a hepatitis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH), si un médico ordena tales pruebas con fines de diagnóstico. Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía como resultado de cualquier tratamiento o exámenes proporcionados por Erlanger. Reconozco que todos los suministros, dispositivos médicos u otros bienes que me han dado o vendido se proporcionan "tal cual" y que Erlanger renuncia a cualquier garantía expresa o implícita relacionada con el mismo.

II. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y ACUERDOS FINANCIEROS

Por este medio asigno a Erlanger, y a cualquier profesional que proporcione atención y tratamiento para mí, mi hijo o cualquier otra persona con derecho a beneficios de atención médica para esta admisión o tratamiento ambulatorio, cualquiera y todos los beneficios y todos los intereses y derechos por los servicios prestados bajo cualquier póliza de seguro, incluyendo, pero no limitado a Medicare, Medicaid o cualquier reembolso de un plan de atención médica pre-pagada. Esto significa que Erlanger y otros profesionales tendrán derecho a recibir directamente todos los pagos del seguro en mi nombre. Si mi tratamiento fue causado por eventos que dan lugar a una acción legal, asigno a Erlanger cualquier interés en cualquier reclamo que pueda tener en la medida necesaria para reembolsar completamente a Erlanger por prestarme los servicios. Certifico que la información de seguro médico que proporcioné a Erlanger es exacta en todos los aspectos y estoy de acuerdo en ser financieramente responsable de todos y cada uno de los cargos relacionados con los servicios prestados en caso de que la información del seguro que proporcioné no sea exacta.

Entiendo y acepto que mi cuenta se debe pagar en su totalidad en el momento que se brinda el servicio para pacientes ambulatorios o al momento que es dado de alta para pacientes hospitalizados, con la autorización hecha para la cobertura de seguro aprobada y verificada antes del alta. En consideración a los servicios prestados, el abajo firmante (como paciente, padre, tutor legal, cónyuge, garante o representante) se compromete a pagar la cuenta de Erlanger de acuerdo con la Lista de Cobros de Erlanger y términos de pago. En el caso de que Erlanger reciba un pago en exceso por esta admisión o tratamiento ambulatorio, el abajo firmante autoriza la aplicación de este exceso a cualquier saldo no pagado por el cual el paciente o representante sean responsables.

Consiento e instruyo que Erlanger pueda obtener el informe de mi crédito a su discreción en cualquier momento y a su propio costo y Erlanger sólo puede proporcionar el informe a un tercero con el único propósito de ayudar en la evaluación y esfuerzos de colección en nombre de Erlanger. Si mi cuenta no se ha pagado en su totalidad dentro de los 30 días siguientes a la fecha de envío de la factura inicial a la última dirección que proporcioné a Erlanger y Erlanger no ha confirmado por escrito que Erlanger está de acuerdo con un plan de pago aceptable, mi cuenta puede ser enviada a colección en la opinión de Erlanger. Si mi cuenta es entregada a un abogado para colección, estoy de acuerdo en pagar 33 1/3% del saldo por honorarios de abogados, independientemente si la presentación de una demanda es necesaria para recaudar el saldo. Además, estoy de acuerdo en pagar todos los costos incurridos para presentar una demanda, ya sea incurrido por Erlanger o los abogados de Erlanger, incluyendo, pero no limitado a los honorarios de presentación, costos de la corte, honorarios de servicio de procesamiento, costos judiciales, y todos los costos asociados con el proceso posterior a la sentencia incluyendo, pero no limitado a intereses posteriores al juicio, gravamen y honorarios de ejecución. Si mi cuenta es entregada a una agencia de colección, acepto pagar los costos de la agencia de colección además del saldo de la deuda.

III. CONTACTO

Estoy de acuerdo en que pueden llamarme a cualquier número de teléfono que le di a Erlanger, incluyendo líneas fijas, teléfonos celulares, números de Skype, o cualquier otro medio. Los números que proporciono pueden ser usados para comunicarse conmigo con respecto a tratamiento, servicios proveídos a mí/o persona para quien estoy dando consentimiento, con respecto a cualquier saldo no pagado de mi cuenta, o para cualquier otro propósito.

IV. CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para que todos los términos de este Acuerdo autoricen, rijan y controlen todos los tratamientos y obligaciones financieras futuras que yo, o la persona para quien estoy dando consentimiento, reciba en el futuro en Erlanger o cualquiera de sus afiliados hasta que yo ejecute un nuevo Acuerdo Para Admisión/Tratamiento Ambulatorio.

V. CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE CON MEDICARE

Certifico que la información dada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII o el Título XIX de la Ley de Seguro Social es correcta. Yo autorizo a cualquiera que tenga información médica u otra información sobre mí a dar a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o portadores cualquier información necesaria para esta o una reclamación relacionada con Medicare. Permiso que se use una copia de la autorización en lugar del original y se solicite el pago de los beneficios autorizados hechos en mi nombre. Entiendo que los medicamentos auto-administrados no están cubiertos por Medicare y que seré responsable del pago de los cobros relacionados con todos los medicamentos auto-administrados.

VI. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entiendo y reconozco que Erlanger puede usar información de salud protegida (PHI siglas en inglés) recopilada sobre mí para la provisión de tratamiento, colección de pago y desempeño de operaciones hospitalarias sin consentimiento adicional. Entiendo y reconozco que Erlanger participa en intercambios de información de salud con otros centros y proveedores de atención médica ("Participantes de Intercambio"). Entiendo que cuando busco tratamiento en Erlanger o Participantes de Intercambio, mi información de salud puede ser compartida electrónicamente entre Erlanger y los Participantes de Intercambio con el fin de proporcionar atención y servicios a mí/el paciente, y autorizo a Erlanger a compartir mi información de salud de esta manera Con los Participantes de Intercambio. También entiendo que mi información de salud puede incluir cierta "Información Confidencial" como información genética y diagnósticos o tratamientos por abuso de sustancias, enfermedad mental (excluyendo notas psicológicas) o enfermedades contagiosas (incluyendo VIH o SIDA) y que alguna Información Confidencial no puede ser divulgada a través del programa de intercambio de registros médicos sin una autorización mía por separado.

VII. RELACIÓN LEGAL ENTRE ERLANGER Y EL DOCTOR

Estoy bajo la atención y supervisión de mi doctor. Es la responsabilidad de mi doctor obtener mi consentimiento, cuando sea necesario, para darme tratamiento médico o quirúrgico, hacerme procedimientos especiales de diagnóstico o terapéuticos o servicios de Erlanger que se me brindan bajo instrucciones especiales o generales de mi doctor. Entiendo que habrá cobros separados por servicios profesionales tales como los servicios del doctor. Entiendo que el Hospital cobra por algunos servicios profesionales; de lo contrario, estos honorarios por servicios profesionales no están incluidos en las cuentas del Hospital y recibiré un cobro por separado. Mi doctor puede o no ser empleado de Erlanger y Erlanger no es responsable de los actos u omisiones de los médicos que no son empleados de Erlanger.

VIII. LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR BIENES PERSONALES

Entiendo y reconozco que Erlanger no asume la responsabilidad por la custodia de ningún artículo de propiedad personal que yo decida mantener conmigo o en mi habitación del Erlanger durante mi estancia, por ejemplo, pero no limitado a joyas, anteojos, dentaduras postizas o aparatos auditivos. Los bienes personales no deben ser traídos dentro del Erlanger y yo entiendo y estoy de acuerdo en que Erlanger no será responsable por la pérdida o daño de cualquier artículo de propiedad personal.

IX. HOSPITAL DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

Erlanger es una institución de enseñanza e investigación, entiendo y reconozco que médicos residentes, estudiantes y observadores aprobados por Erlanger que participan con propósito educativo o de investigación, pueden estar involucrados u observar mi atención médica bajo la supervisión directa de un proveedor privilegiado o miembro del personal.

A menos que sea requerido o permitido por la ley, la política de Erlanger es obtener la aprobación de la Administración antes de acordar cualquier divulgación externa de información de salud no-identificada. La administración de Erlanger está de acuerdo en obtener mi autorización por escrito o de mi representante autorizado antes de cualquier divulgación externa si la Administración considera que la autorización es necesaria para preservar mi dignidad y privacidad. Toda información médica utilizada o divulgada fuera de Erlanger para educación y capacitación de profesionales de salud, incluyendo estudiantes, residentes e instructores, debe ser des-identificada y debe ser presentada con mi dignidad en mente, incluso si llego a estar incapacitado o fallezco.

X. MONITOREO DE VIDEO

Entiendo y reconozco que Erlanger utiliza monitoreo de video para propósitos de seguridad, diagnóstico, atención y tratamiento de pacientes y que el monitoreo de video ocurre en áreas públicas y no públicas de Erlanger incluyendo áreas de cuidado directo y habitaciones de pacientes. Al yo firmar a continuación, por mí y/o por el paciente, reconozco y acepto que yo y/o el paciente no tenemos ninguna expectativa de privacidad en dichas áreas de Erlanger, y que Erlanger no está sujeto a ninguna demanda, causa de acción y litigios, incluyendo; pero no limitado a reclamos por invasión de privacidad, cateo y captura irrazonable, difamación, incumplimiento de contrato o cualquier otro incumplimiento de deber que surja o esté relacionado con el monitoreo de video

XI. ARMAS / EXPLOSIVOS / DROGAS

Entiendo y estoy de acuerdo en que, si Erlanger cree que puede haber un arma, artefacto explosivo, sustancia o droga ilegal, o cualquier bebida alcohólica en mi habitación o en mis pertenencias, Erlanger puede registrar mi habitación y mis pertenencias, confiscar cualquiera de los artículos anteriores que encuentren, y disponer de ellos como sea apropiado, incluyendo la entrega de cualquier artículo a las autoridades que aplican la ley.

XII. FOTOGRAFÍAS, ESPECÍMENES, Y TEJIDOS

Autorizo a Erlanger a retener, conservar y/o utilizar para documentación médica, propósitos científicos y/o docentes cualquier fotografía, especímenes y/o tejidos tomados como parte de algún procedimiento realizado. Entiendo que estos serán desechados de manera adecuada según la política de Erlanger.

Certifico que he leído y entiendo completamente este Acuerdo de Admisión/Tratamiento para Pacientes Ambulatorios ("Consentimiento"), y he firmado este Consentimiento con conocimiento, libre y voluntariamente. Si firmo en nombre de un menor de edad u otro adulto, yo represento que tengo autoridad legal para dar autorización para su tratamiento y el consentimiento de que ninguna otra persona se requiere por acuerdo, orden judicial u otro tipo para dicho tratamiento. Certifico que no he recibido promesas, certezas o garantías de nadie en cuanto a los resultados que se pueden obtener por algún tratamiento médico o servicios. Entiendo que soy personalmente responsable del pago de algún y todos los artículos o servicios no cubiertos por el seguro médico u otro tercero.

Firma del Paciente/Persona Responsable (Vínculo con el Paciente): _____

Relación con el paciente: _____ Hora: _____ Fecha: _____

Representante de Erlanger: _____ Hora: _____ Fecha: _____

Firma del intérprete/proveedor que utiliza los servicios de traducción: _____ Hora: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE DOCUMENTOS Y CONSENTIMIENTO

_____ He recibido la Declaración de los Derechos del Paciente y Aviso Conjunto de Practicas de Privacidad de Erlanger.

INICIALES

_____ Recibí un Resumen en Lenguaje Sencillo de Erlanger de la Política de Asistencia Financiera de Erlanger y se me informó verbalmente sobre la Política de Asistencia Financiera de Erlanger.

INICIALES

_____ Doy mi consentimiento para que mi nombre esté en la lista del directorio de Erlanger para esta visita. *Si escoge no incluir su nombre en el directorio significa que el escritorio de información de Erlanger no reconocerá su nombre como un paciente, excepto si es requerido por la ley, para cualquiera que desee visitarle o llamarle. Adicionalmente, todas las flores/regalos serán regresadas a la florería, y no podrán entregarse.*

INICIALES

_____ Doy mi consentimiento para que mi nombre sea dado al clero.

INICIALES

Nombre del Paciente (Letra de Imprenta): _____

Firma del Paciente/Representante del Paciente: _____ Hora: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO PARA CALCULAR HONORARIOS EN PROPORCIÓN A LA HABILIDAD DE PAGO

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Ingresos Brutos de la Familia:

Mensual: _____ Cada Año/Anual: _____

Tamaño de la Familia (Contándose Ud., su esposo(a), y niños dependientes menores de 18 años): _____

Testifico que la información arriba mencionada es verídica y que cualquier información falsa podría prohibirme ser elegible para más ayuda:

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Representante: _____ Fecha: _____

Se requiere identificación con foto y prueba de ingresos.

Solo para uso interno

Add Rated Category = (V, W, X, Y, Z, Full Charge)