



Consentimiento de HealthLink para Tratamiento e Historial Médico

NOMBRE DE PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Nombre del Paciente: _____ Seguro Social #: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Fecha de la Cirugía/Lesión: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Primario: _____ Teléfono Secundario: _____

E-mail: _____

Persona Principal en el Seguro (si no es el paciente): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Médico que Deriva: _____ Médico de Atención Primaria: _____

Contacto de Emergencia: _____

Teléfono del contacto de Emergencia: _____ Parentesco: _____

¿Su lesión/condición se debe a un accidente automovilístico? Yes No

¿Recibe Atención Domiciliaria? Yes No

Opción de Recordatorio de Cita (Marque Una): _____ Llamada _____ Mensaje de Texto

Consentimiento para la Atención Médica y de Salud Relacionada: Doy mi consentimiento para ser admitido en Healthlink, un centro para pacientes ambulatorios de Baptist Health System, denominado "Centro", y doy mi consentimiento para el tratamiento y los procedimientos que mi médico crea que son necesarios. También entiendo que la prestación de servicios y tratamientos de atención médica puede implicar riesgos de lesiones o incluso mi fallecimiento. No se me ofrecen garantías con respecto al resultado del examen o tratamiento en Healthlink.

Acuerdo de Pago/Asignación de Beneficios: Acepto (en nombre del paciente y, si soy el padre de un niño menor, también en mi propio nombre) pagar todos los cargos y gastos de los servicios a las tarifas establecidas por el Centro, a menos que el contrato del Centro con mi compañía de atención administrada o seguro establezca una tarifa diferente. Entiendo que la falta de pago de estos cargos dentro de los 45 días posteriores a la facturación puede resultar en una derivación a una agencia o abogado para el cobro, en cuyo caso acepto pagar los honorarios razonables de los abogados y los costos de cobranza además del saldo de la cuenta. Acepto que, si la cuenta da como resultado un saldo a favor, este saldo se aplicará a cualquier otra deuda que tenga con el hospital y se me reembolsará el saldo.

Asigno al Centro todos (i) los derechos en beneficios o compensación que me pagaría cualquier compañía de seguros (esto incluye, sin limitarse a, cobertura de seguro médico o de salud, seguro de automóvil o de vivienda, incluida la cobertura de conductor no asegurado y protección contra lesiones personales) y cualquier otro pagador, y (ii) derechos, reclamos y causas de acción contra cualquier persona que pueda ser financieramente responsable de la lesión o enfermedad que causó o contribuyó a mi hospitalización, incluidos los fondos de cualquier liquidación. Entiendo que no es responsabilidad del Centro presentar reclamos o presentar una demanda en mi nombre. Es mi responsabilidad, dentro de los límites de tiempo aplicables, buscar todos los reembolsos del seguro, obtener todas las autorizaciones previas adecuadas, presentar cualquier demanda contra las partes financieramente responsables y apelar cualquier negación. Entiendo que mi incumplimiento de estas medidas puede resultar en la negación del reembolso o del dinero que se me adeudaría, en cuyo caso yo seguiría siendo responsable de la suma total de las facturas del Centro.



Consentimiento de HealthLink para Tratamiento e Historial Médico

NOMBRE DE PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Pago de Medicare/Medicaid: Si tengo cobertura a través de Medicare o Medicaid, certifico que la información que proporcioné al asignar el pago de Medicare o Medicaid es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare o Medicaid se pague directamente a este Centro en mi nombre. Autorizo a este Centro a divulgar cualquier información sobre mí que sea necesaria para actuar sobre esta solicitud de pago.

Política de Asistencia: Solicitamos respetuosamente una notificación con 24 horas de anticipación de las cancelaciones de citas. El cuidado constante es importante para el progreso. Si tiene tres (3) cancelaciones o dos (2) ausencias, se le dará de alta como paciente. Hable con su terapeuta si surgen circunstancias especiales.

Enseñanza: Los estudiantes, residentes, becarios de posgrado, enfermería y otros estudiantes clínicos pueden participar en mi cuidado como parte del programa de investigación o educación clínica del hospital o el Centro bajo la supervisión adecuada. A menos que notifique al Centro que no deseo participar en estos programas educativos, acepto que los aprendices puedan participar y/o brindarme atención mientras sea un paciente en el Centro.

Propiedad Personal: Como paciente, se me aconseja dejar los artículos personales en casa. El Centro me ha informado que la clínica tiene un lugar para los efectos personales. Entiendo que el Centro no es responsable por la pérdida de los efectos personales que yo u otros traigan a la clínica por mí. Libero a este Centro y sus agentes de la responsabilidad por los daños o pérdida de mis pertenencias.

Notificación de Conversión de Cheque Electrónico: Si proporciono un cheque como pago, autorizo a este Centro a utilizar la información de mi cheque para realizar una transferencia electrónica de fondos (EFT) por única vez desde mi cuenta o para procesar el pago como una transacción de cheque. Si este Centro utiliza información de un cheque para realizar una transferencia electrónica de fondos, los fondos pueden retirarse de mi cuenta corriente el mismo día.

Voluntades Anticipadas:

El paciente tiene una voluntad anticipada o un testamento en vida: No Si

Si es así, ¿se proporciona una copia? No Si

El paciente tiene un Poder Médico Duradero: No Si

Si es así, ¿se proporciona una copia? No Si

El paciente ha designado un Sustituto de Atención Médica: No Si

Si es así, ¿se proporciona una copia? No Si

Nombre del Sustituto de Atención Médica Designado: _____

Número Telefónico: _____ Parentesco con el Paciente: _____

Me gustaría recibir más información sobre los Testamentos en Vida y otras voluntades anticipadas: No Si

Derechos y Responsabilidades del Paciente: Recibí información sobre los derechos y responsabilidades del paciente en la que se explican mis derechos y responsabilidades como paciente en este Centro, incluido cómo presentar una queja y un reclamo.

Consentimiento para Contactar:

Doy mi consentimiento y autorizo a este Centro, así como a cualquiera de sus sedes, agentes o contratistas relacionados, incluidos, entre otros, organizadores, cobradores y otro personal contratado (cualquiera o todos estos se denominan "Proveedor") para utilizar sistemas automatizados de marcación telefónica, sistemas de mensajería de texto y correo electrónico para (1) proporcionarme mensajes (incluidos mensajes pregrabados o mensajes de texto)

sobre mi cuenta, fechas de vencimiento de pago, pagos atrasados, información relacionada con productos y/o servicios médicos proporcionados, intercambiar información, cambios en la ley de atención médica, cobertura de atención médica, seguimiento de la atención y otra información de atención médica o (2) proporcionar mensajes de telemarketing (incluidos mensajes pregrabados) durante una llamada o mediante un mensaje de texto que transmite un mensaje de "atención médica" hecho por, o en nombre de, una "entidad cubierta" o su "socio comercial", según se definen esos términos en la Norma de Privacidad de HIPAA, 45 CFR 160.103.

Los mensajes telefónicos pueden ser reproducidos por una máquina automáticamente cuando se contesta el teléfono, ya sea que los responda yo o alguien más. Estos mensajes también pueden ser grabados por mi contestador automático. Doy permiso al Proveedor para llamar o enviar un mensaje de texto a cualquier número de teléfono. Doy permiso al Proveedor para reproducir mensajes pregrabados o enviar mensajes de texto con información sobre mis transacciones por teléfono, y entiendo que dicha información puede no estar encriptada o segura.



Consentimiento de HealthLink para Tratamiento e Historial Médico

NOMBRE DE PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Aseguro que, a menos que indique lo contrario, poseo o utilizo habitualmente los números de teléfono que le doy al Proveedor. También aseguro notificar al Proveedor por escrito dentro de los 30 días si cambio los números de teléfono. Entiendo que el Proveedor continuará utilizando el número que proporcione a menos que proporcione una notificación de un cambio y, por lo tanto, no notificar al Proveedor puede resultar en comunicaciones perdidas o demoradas. También le doy permiso al Proveedor para que me comunique dicha información por correo electrónico, y entiendo que dicha información puede no estar encriptada o segura.

Acepto que el Proveedor no será responsable ante mí por ninguna llamada o comunicación electrónica, incluso si la información se comunica a un destinatario no deseado (incluidos, por ejemplo, contactos a un número anterior que no he notificado al Proveedor que ya no es utilizado por mí).

Entiendo que, cuando reciba tales llamadas o comunicaciones electrónicas, puedo incurrir en un cargo de la compañía que me brinda servicios de telecomunicaciones, inalámbricos y/o de Internet. Acepto que el Proveedor no tiene ninguna responsabilidad por dichos cargos. Entiendo que el consentimiento para recibir llamadas/mensajes no es una condición para recibir servicios médicos.

También entiendo que puedo revocar mi consentimiento para contactarme en cualquier momento contactando directamente al Proveedor o utilizando la cláusula de exclusión voluntaria que se identificará en la comunicación correspondiente.

He leído y puedo solicitar una copia del presente formulario. Soy el paciente, el representante legal del paciente o estoy autorizado por el paciente como agente general del paciente para actuar en su nombre y aceptar los términos del presente formulario. Entiendo y acepto los términos del presente formulario de Consentimiento para Tratamiento. Si tengo alguna pregunta, he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cualquier asunto que no entienda.

| | | | |
|---------------------------------------|--|-------|---------|
| Nombre en Letra de Molde del Paciente | Firma del Paciente/Agente o Representante del Paciente | Fecha | Horario |
| Fecha de Nacimiento del Paciente | Representante de la Clínica/Empleado # | Fecha | Horario |

Traductor: He leído de forma precisa y completa el documento al paciente o al representante del paciente en el idioma solicitado por el paciente o el representante del paciente.

Traductor _____

Fecha / Horario _____

Testigo _____

Fecha / Horario _____



RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (NPP)

NOMBRE DE PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Se proporciona una **Notificación de Prácticas de Privacidad (NPP)** a todos los pacientes. Esta Notificación de Prácticas de Privacidad identifica: 1) cómo se puede utilizar o divulgar su información médica; 2) sus derechos para acceder a su información médica, modificar su información médica, solicitar un informe de las divulgaciones de su información médica y solicitar restricciones adicionales sobre nuestros usos y divulgaciones de esa información; 3) su derecho a presentar una queja si cree que se han infringido sus derechos de privacidad; y 4) nuestras responsabilidades de mantener la privacidad de su información médica.

El abajo firmante certifica que ha leído lo anterior, recibió una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad y es el paciente o el representante personal del paciente.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

_____/_____/_____
Fecha de Firma

Nombre del Representante Personal del Paciente

Firma del Representante Personal del Paciente

_____/_____/_____
Fecha de Firma

SÓLO PARA USO INTERNO

Nombre del Empleado

Firma del Empleado

Si corresponde, motivo por el que no se pudo obtener el reconocimiento por escrito del paciente:

- El paciente no pudo firmar.
- El paciente se negó a firmar.
- Otro _____

____ - ____ (Versión: Como se señaló en la NPP) ____/____/____ (Fecha: Como se señaló en la NPP)



NOMBRE DE PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) A MIEMBROS DE LA FAMILIA

Puede autorizarnos a comunicarnos con un miembro de su familia con respecto a su atención médica o asuntos financieros. Esto es para reconocer que usted autoriza a HEALTHLINK a divulgar su PHI a las siguientes personas (marque todas las que correspondan):

Nombre: _____ Parentesco con el Paciente: _____

Teléfono:() _____ Email: _____

Tipo de Información: Recordatorios de Citas Financiera Otra:

De acuerdo para ser contactado por: Teléfono Dejando un Mensaje de Voz Email Seguro Otro:

Nombre: _____ Parentesco con el Paciente: _____

Teléfono:() _____ Email: _____

Tipo de Información: Recordatorios de Citas Financiera Otro:

De acuerdo para ser contactado por: Teléfono Dejando un Mensaje de Voz Email Seguro Otro:

| | | | |
|---------------------------------------|--|-------|---------|
| Nombre en Letra de Molde del Paciente | Firma del Paciente/Agente o Representante del Paciente | Fecha | Horario |
| Fecha de Nacimiento del Paciente | Representante de la Clínica/Empleado # | Fecha | Time |

NOMBRE DE PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

**REHABILITACIÓN FÍSICA DE PACIENTES AMBULATORIOS,
HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE Y ENCUESTA FUNCIONAL**

1. ¿Para qué problema(s) principal(es) su médico lo envió a terapia? _____

¿Alguna de las siguientes condiciones forman parte de su historial médico? (Marque todas las que correspondan)

- Ataques Cardíacos / Bypass / Marcapasos
- Problemas Neurológicos
- Enfermedad Respiratoria / Pulmonar
- Presión Arterial Alta o Baja
- Diabetes: Alimentación / Insulina
- Discapacidad Visual
- Trauma Cerebral
- Problemas en los Pies
- Uso / Abuso: Tabaco / Alcohol / Drogas Recreativas
- Fractura: Columna / Brazo / Muñeca / Cadera / Pierna / Tobillo / Otro: _____
- Problemas Circulatorios
- Derrame Cerebral: Derecho / Izquierdo
- Dolores de Cabeza / Migraña
- Incontinencia
- Problemas de Equilibrio
- Discapacidad Auditiva
- Llagas Abiertas / Herida
- Debilidad Generalizada
- Asma
- Neuropatía
- Artritis
- Náusea
- Escoliosis
- Mareo
- Caídas
- Osteoporosis
- Cáncer

3. Enumere las cirugías/procedimientos previos: _____

4. Enumere las actividades diarias que tiene dificultades para realizar (p. Ej. acostarse, conducir, vestirse, subir al coche, lavar platos, etc.) _____

5. ¿Cuáles son sus objetivos para su tratamiento? _____

6. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? (Marque todo lo que corresponda)

- Dolor Debilidad Hormigueo Rigidez Entumecimiento Espasmos

Otro (Por Favor Enumere): _____

7. Desde el inicio de sus molestias actuales, sus síntomas: _____

- Disminuyeron Ningún cambio Variaron Aumentaron

8. Califique su dolor (por ejemplo, del 1 al 10 o leve, moderado o severo): _____

9. Ubicación (es) del dolor: _____

10. ¿Cuánto tiempo ha tenido este dolor? _____

11. Describa su dolor (por ejemplo: constante, intermitente, doliente, leve, agudo) _____

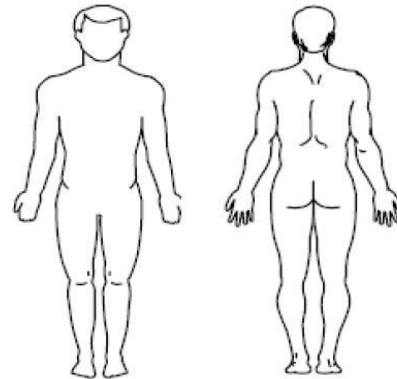
12. Nivel aceptable de dolor: _____

13. ¿Qué alivia su dolor? _____

14. ¿Qué lo empeora? _____

15. Por favor marque sus áreas afectadas en el diagrama corporal.

16. Personal de terapia: si el paciente no puede informar el dolor por sí mismo, ingrese aquí la intensidad del dolor según la Escala de Conductual en la Herramienta Universal de Evaluación del Dolor de BHS:



Según mi leal saber y entender, la información que he proporcionado es completa y verdadera. Por la presente doy mi consentimiento para recibir servicios de terapia dentro de Baptist Health System.

Firma del Paciente

Fecha

Horario

Firma el Terapeuta

Empleado #

Fecha

Horario



**LISTA DE MEDICAMENTOS DOMICILIARIOS
PARA PACIENTES AMBULATORIOS**

NOMBRE DE PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

| | | |
|--|--|--|
| Altura (pulgadas) _____ Peso (libras) _____ kg Diabetes <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diálisis <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SÓLO PARA MUJERES Embarazada <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Amamantando <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Alergias / Intolerancia(s) _____ _____ _____ _____ | Reacción(es) _____ _____ _____ _____ |
|--|--|--|

Fuente: Según lo declarado por el paciente / familia Farmacia para pacientes ambulatorios Lista de consultorios médicos
 H & P Hogar de adultos mayores / Salud domiciliaria

Disposición de Medicaciones: Enviado a casa con el paciente / familia (nombre) _____

INSTRUCCIONES: Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre utilizados antes de esta visita, incluidos: aspirina, insulina, gotas para los ojos, inhaladores, suplementos nutricionales y herbales y todas las bombas o parches. Si se requiere más de un formulario para documentar todos los medicamentos, indique el número de formularios en el espacio que se indica en la línea 15.

NO UTILIZAR ABREVIACIONES:
 lu qd MS u
 MgSO4 qod MS04
 Con un cero siempre van delante y nunca siguen un puntodecimal.
 Por ejemplo, utilizar (Xmg) no (X.0mg), (0.Xmg) no (Xmg).

| | Nombre del Medicamento | Dosis (Concentración) | Vía | Frecuencia | Indicación | Iniciales | Fecha DC | Nueva Fecha |
|-----|------------------------|-----------------------|-----|------------|------------|-----------|----------|-------------|
| 1. | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | |
| 11. | | | | | | | | |
| 12. | | | | | | | | |
| 13. | | | | | | | | |
| 14. | | | | | | | | |

15. _____ Número de formularios necesarios para documentar todos los medicamentos. Esta es la página _____.

Sin tomar ningún medicamento en casa

Formulario revisado por: (Firma/Cargo) _____ Empleado #: _____ Fecha: _____ Horario: _____

| Iniciales | Firma/Cargo | Empleado # | Fecha | Horario |
|-----------|-------------|------------|-------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |