



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____
Apellido Sufijo Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección postal fija: _____

Dirección física: _____
Si es diferente de la dirección postal

Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____ Correo electrónico: _____ Estado civil _____

Raza: _____ Etnia: Hispano No hispano Idioma: _____

Sexo: M F Identidad de género: De género femenino a masculino/
Hombre transgénero De género masculino a femenino/
Mujer transgénero Género no binario/
Género queer Otro

Nombre del empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Farmacia de preferencia: _____ Ubicación de la farmacia: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Dejar en blanco si no aplica

Médico de atención primaria: _____ Médico/centro que deriva al paciente: _____

Ciudad de residencia del médico de atención primaria: _____ Ciudad de donde se deriva al paciente: _____

Teléfono del médico de atención primaria: _____ Teléfono de quien deriva al paciente: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

¿Esta visita se debe a alguno de los siguientes motivos? Seguro de accidente laboral Seguro de responsabilidad civil
 Seguro de automóvil Fecha del accidente: _____

Compañía de seguros primaria: _____ Relación con el afiliado: _____
Si el paciente no es el afiliado, complete lo siguiente.

Nombre y apellido del afiliado: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección del afiliado: _____

Sexo del afiliado: M F Fecha de nacimiento: _____ Empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador del afiliado: _____

Compañía de seguros secundaria: _____ Relación con el afiliado: _____
Si el paciente no es el afiliado, complete lo siguiente.

Nombre y apellido del afiliado: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección del afiliado: _____

Sexo del afiliado: M F Fecha de nacimiento: _____ Empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador del afiliado: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR *Si el paciente es menor de edad.*

Nombre del padre: _____
Apellido Sufijo Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección postal del padre: _____

Teléfono fijo del padre: _____ Teléfono celular: _____

Fecha de nacimiento del padre: _____ Número de Seguro Social del padre: _____

Empleador del padre: _____

Dirección del empleador: _____ Teléfono: _____

Nombre de la madre: _____
Apellido Sufijo Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección postal de la madre: _____

Teléfono fijo de la madre: _____ Teléfono celular: _____

Fecha de nacimiento de la madre: _____ Número de Seguro Social de la madre: _____

Empleador de la madre: _____

Dirección del empleador: _____ Teléfono: _____



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Médico de atención primaria/de cabecera: _____

Médico que lo derivó a esta clínica: _____

Problema quirúrgico/Lesión/Enfermedad: _____

Parte del cuerpo afectada: _____

Fecha en la que comenzó el problema actual: _____

¿Lo han evaluado o tratado por este problema en otro lado? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿dónde? _____

Explique cómo sucedió el problema/la lesión/enfermedad: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Lo están tratando actualmente por:

Lo trataron en el pasado por:

MEDICAMENTOS

Recetados: (Incluya la frecuencia y la dosis o adjunte una lista)

De venta libre/Herbarios:

ANTECEDENTES DE OPERACIONES

Mencione todas las operaciones anteriores:

ALERGIAS

Mencione las alergias/reacciones a los medicamentos: _____

¿Es alérgico al látex? Sí No

¿Vive solo? Sí No

¿De qué trabaja? _____

¿Conlleva su trabajo un esfuerzo extenuante? Sí No

¿Bebe alcohol? Sí No

¿Usa productos de tabaco? Sí No

¿Usó productos de tabaco en el pasado? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto? _____

¿Cada cuánto?/¿Cuántos? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Mencione los antecedentes médicos relevantes en su familia (p. ej.: cáncer/anemia/sangrado [o trastornos de coagulación/derrame cerebral]):

Madre: _____ Padre: _____

Hijos: _____ Hermanos: _____

ESPIRITUAL

Preferencia religiosa: _____

Si necesitara una intervención quirúrgica, ¿le gustaría que el cirujano rezara con usted antes de la operación? Sí No

REVISIÓN POR SISTEMAS

GENERAL

- Fiebre
- Escalofríos
- Pérdida de peso _____ (¿Cuánto?/¿En cuánto tiempo?)
- Aumento de peso _____ (¿Cuánto?/¿En cuánto tiempo?)
- Cansancio/Sentirse mal

OJOS

- Problemas en la vista
- Dolor en los ojos

OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA (ENT)

- Congestión nasal
- Ronquera
- Problemas para tragar (comida atorada en la garganta)

CARDÍACO

- Frecuencia cardíaca irregular/Palpitaciones
- Dolor en el pecho
- Coágulos de sangre
- Dolor en las piernas al caminar
- Hinchazón en las piernas

RESPIRATORIO

- Falta de aire (Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? _____)
- Tos
- Sibilancias
- Dificultad para respirar cuando está acostado
- Usa oxígeno en el hogar
- Usa una máquina de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP)
- Apnea del sueño

GASTROINTESTINAL

- Dolor abdominal (Si la respuesta es "Sí", ¿dónde? _____)
- Náuseas
- Vómitos
- Constipación
- Acidez
- Heces negras/como alquitrán
- Sangre en las heces

GENITOURINARIO

- Dolor pélvico (Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? _____)
 - Ardor al orinar
 - Incontinencia
- Para hombres Disfunción eréctil
- Para mujeres Sangrado vaginal anormal
- Está embarazada
 - Dolor excesivo en el período
 - Dolor excesivo en el período

HEMOLINFÁTICO

- Ganglios linfáticos agrandados
- Ganglios linfáticos doloridos
- Sangrados/moretos habituales

MUSCULOESQUELÉTICO

- Dolor en las articulaciones
- Dolores musculares
- Debilidad en las extremidades
- Problemas para caminar

NEUROLÓGICO

- Confusión
- Convulsiones
- Dolores de cabeza
- Mareos
- Síncopes
- Temblor
- Dificultad para hablar

PIEL/MAMAS

- Lesiones/Heridas en la piel
- Cambio en un lunar
- Dolor de mamas
- Bulto en una mama

PSIQUIÁTRICO

- Ansiedad
- Depresión
- Pensamientos suicidas
- Alucinaciones
- Problemas emocionales

ENDOCRINO

- Sofocos
- Cambios en la voz
- Sudor excesivo
- Aumento de la sed
- Aumento en la frecuencia urinaria

UNITY HEALTHCARE, LLC
AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO: Solicito y doy mi consentimiento para que el profesional de la salud de Unity Healthcare, LLC ("Unity") proporcione y lleve a cabo la atención médica o intervención quirúrgica, el tratamiento, las pruebas, los procedimientos, los medicamentos y cualquier otro servicio y suministro que, según su criterio profesional, considere necesario o beneficioso. Reconozco que no se me ha proporcionado ni he asumido ninguna promesa o garantía en cuanto al resultado o la cura.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso sobre prácticas de privacidad de Unity y comprendo que mi información médica protegida ("PHI") puede ser utilizada por Unity según se describe en dicho Aviso.

DIVULGACIÓN DE LA PROPIEDAD: Reconozco que Unity y, de forma indirecta, los médicos de Unity, tienen una participación accionaria en Unity Surgical Center ("USC") y en InnerVision Advanced Medical Imaging Center ("InnerVision"). Entiendo que soy libre de elegir qué centro utilizar para recibir servicios de atención médica, y que ni Unity ni mi médico deben discriminarme en cuanto a la atención que recibiré si decido usar un centro que no sea USC ni InnerVision.

CESIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO DE PRESTACIONES DEL SEGURO: Autorizo a Unity y al profesional de la salud a dar información de mi expediente médico a mi(s) compañía(s) de seguros, organismo gubernamental o a mi empleador en caso de lesiones o servicios relacionados con el trabajo, con el fin de tramitar las solicitudes de reclamaciones médicas o de indemnización por accidente laboral, y hago constar mi firma en dichas solicitudes. Solicito que mi(s) compañía(s) de seguros acepte(n) las prestaciones aprobadas del seguro aplicables a los servicios y las pague(n) directamente al profesional de la salud en mi nombre.

ACUERDO FINANCIERO: Comprendo y acepto todo lo siguiente:

- a. Todas las cuentas son plena responsabilidad del paciente o del garante de la parte responsable del paciente.
- b. No se aceptan pagos condicionales, y los planes de pago se aplicarán a los montos adeudados.
- c. Unity me ayudará a obtener beneficios del seguro cuando dichos beneficios se asignen a mi profesional de la salud o al profesional del paciente. He proporcionado toda la información relacionada con el seguro médico principal y secundario de mi persona/del paciente, según corresponde.
- d. Soy responsable de que los pagos del seguro se tramiten y paguen con puntualidad al profesional de la salud. También debo proporcionar el pago oportuno de cualquier monto adeudado a Unity que se considere "responsabilidad del paciente" según el contrato de mi seguro (para aquellos responsables de los pagos para los que Unity es un proveedor participante o "de la red"). De lo contrario, soy responsable del pago si mi seguro no cubre dichos servicios o si Unity es un proveedor no participante o "fuera de la red".
- e. En el caso de un pago predeterminado, prometo pagar los intereses legales sobre el saldo adeudado, junto con los costos de cobro y los honorarios razonables de abogados generados para efectuar el cobro de esta cuenta o de futuras cuentas pendientes. Acepto que los honorarios razonables de abogados se interpreten como el 40 % del saldo adeudado al momento en el que la cuenta se envía a un abogado o a una agencia de cobranza para su cobro, o \$300.00, el valor que sea más alto.
- f. El condado de Tippecanoe, Indiana, será el lugar de preferencia para cualquier acción judicial relacionada con este acuerdo financiero, y acepto renunciar a mi derecho de un juicio con jurado.
- g. Este acuerdo financiero se celebra de manera individual y en carácter de agente autorizado de mi cónyuge, si corresponde. Este acuerdo financiero puede ser asignado por Unity a un abogado que compre cuentas morosas de Unity, y sus términos seguirán siendo vinculantes.
- h. Los turnos que no se cancelen con una antelación mínima de veinticuatro (24) horas o a los que no se acuda por cualquier otro motivo podrán ser objeto de un recargo que, por lo general, el seguro no cubre. Estos recargos correrán por mi cuenta.
- i. Unity Immediate Care (UICC) no es un proveedor participante en el programa de Medicaid de Indiana. Por lo tanto, cualquier servicio médico o servicio relacionado que preste UICC no estará cubierto ni será pagado por el programa de Medicaid.

OTROS PROVEEDORES: Entiendo que, además del médico que me atiende, otros profesionales de la salud, como radiólogos y patólogos, y otros proveedores, como laboratorios y otros profesionales médicos, pueden estar involucrados en mi atención y pueden facturarme sus servicios de forma independiente.

LEYES Y JURISDICCIÓN DE INDIANA: Entiendo que me están brindando tratamiento en el estado de Indiana y acepto que, si tuviera algún reclamo en relación con mi atención o tratamiento, este se determinará de conformidad con las leyes de Indiana, y dicha acción se presentará y decidirá en un tribunal del estado de Indiana.

PROHIBICIÓN DE DISCRIMINACIÓN: Unity cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo o identidad de género.

CERTIFICACIÓN PREVIA: (SI CORRESPONDE) Certifico que la información proporcionada por mí o por Unity en mi nombre para solicitar el pago en virtud del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo al profesional de la salud que me atienda a divulgar información de mi expediente médico a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration), o a un programa de Medicare, a sus intermediarios o compañías de seguros, o a las organizaciones de revisión de estándares profesionales, con el propósito de procesar las reclamaciones de beneficios médicos, y a declarar en dichas reclamaciones que mi firma está registrada. Solicito que el pago de dichos beneficios autorizados se efectúe directamente a Unity o a mi médico tratante en mi nombre.

Lea y escriba sus iniciales en cada una de las siguientes declaraciones antes de firmar este formulario. Al poner sus iniciales, indica que ha leído, comprendido y aceptado cada declaración.

_____ **CONTACTO AUTOMATIZADO:** Autorizo a Unity y a sus filiales y agentes a utilizar mensajes automatizados para ponerse en contacto conmigo a través del correo electrónico y los números de teléfono que he facilitado. Estos mensajes me proporcionarán información sobre *turnos, cierres del centro, servicios de salud o sobre mi cuenta*. El contacto puede ser por medio de mensajes de texto, llamadas automatizadas (ya sea por teléfono celular o fijo) o correos electrónicos, y se enviarán al número o correo electrónico facilitado a cualquier profesional de la salud de Unity. Si soy paciente de varios profesionales de la salud de Unity, es posible que reciba varios mensajes sobre turnos y servicios de cada consultorio. Entiendo que tengo derecho a darme de baja de cualquiera de estos medios de contacto en cualquier momento, ya sea mediante una cláusula de baja incluida en el mismo mensaje, o bien comunicándome con un representante de Unity. Cualquier solicitud de baja realizada a un profesional de la salud de Unity supondrá la cancelación de ese método de contacto para TODOS los profesionales de la salud de Unity Healthcare, LLC. Entiendo que más adelante puedo contactar a un representante de Unity para solicitar volver a recibir mensajes automatizados.

_____ **CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS:** Es posible que el profesional de la salud me pida fotos. Doy mi consentimiento para que el profesional de la salud o el personal autorizado me tomen fotografías **si es necesario**, y autorizo el uso de fotografías con fines de identificación, expedientes médicos, educación, y para conferencias.

Con mi firma reconozco y acepto que he leído y comprendido el consentimiento, los avisos, la política de divulgación y demás información facilitada.

Nombre del paciente en imprenta: _____ Firma del paciente/padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

UNITY HEALTHCARE, LLC
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SEGÚN LA HIPAA

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Debido a las normas y reglamentaciones de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), no tenemos permitido hablar sobre su información médica con nadie, ni siquiera con su familia, sin su consentimiento o salvo que se aplique una excepción a la norma (p. ej., charlas entre proveedores relacionadas con su tratamiento o para cobrar el pago).

Si quiere dar su autorización para que nos comuniquemos con alguna persona, complete lo siguiente. Puede cambiar de opinión más adelante.

Indique las personas (que no sean proveedores) con las que podemos hablar sobre a su atención:

Nombre:	Relación:	Teléfono:
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como el documento original. **Esta Divulgación de información permanecerá en vigencia hasta que el paciente la rescinda por escrito.**

Firma del paciente: _____ Fecha: _____