



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: Hispánico 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? _____

¿Conlleve su trabajo un esfuerzo extenuante? Sí No

¿Bebe alcohol? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto? _____

¿Usa productos de tabaco? Sí No ¿Cada cuánto?/¿Cuántos? _____

¿Usó productos de tabaco en el pasado? Sí No

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 PARA DIVULGAR Y PUBLICAR

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR: Solicito y doy mi consentimiento a mi profesional de la salud de Unity Healthcare, LLC ("Unity") para proporcionar y realizar dicha atención médica/quirúrgica, terapia, pruebas, procedimientos, medicamentos y otros servicios y suministros que mi profesional de la salud, a su juicio profesional, considere necesarios o beneficiosos. Reconozco que no se me han hecho representaciones, promesas o garantías en cuanto a los resultados o curas o en las que me he confiado.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Unity y entiendo que mi información médica protegida ("PHI", por su sigla en inglés) puede ser utilizada por Unity según se describe en dicho Aviso.

DIVULGACIÓN DE LA PROPIEDAD: Reconozco que Unity e indirectamente, los médicos de Unity, tienen un interés de propiedad en Unity Surgical Center ("USC") y en InnerVision Advanced Medical Imaging Center ("InnerVision"). Entiendo que soy libre de determinar qué centro utilizar para los servicios de atención médica, y que ni Unity ni mi médico discriminarán en la atención que se me brinde si deseo utilizar un centro que no sea USC o InnerVision.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y AUTORIZACIÓN PARA PAGAR LOS BENEFICIOS DEL SEGURO: Autorizo a Unity y a mi profesional de la salud a divulgar información de mis registros médicos a mi(s) compañía(s) de seguros, agencia gubernamental o mi empleador en el caso de lesiones o servicios relacionados con el trabajo con el fin de procesar reclamos de beneficios de compensación médica/laboral e indicar en dichos reclamos que mi firma está consta en el expediente. Solicito que mi(s) compañía(s) de seguros honre(n) mi asignación de beneficios de seguro aplicables a los servicios y pague(n) todos los beneficios de seguro asignados directamente a mi profesional de la salud en mi nombre.

ACUERDO FINANCIERO: Entiendo y acepto lo siguiente:

- a. Todas las cuentas son responsabilidad total del paciente y/o del garante responsable del paciente.
- b. No se aceptarán pagos condicionales, y los pagos con condiciones intentadas se aplicarán a las cantidades adeudadas.
- c. Unity me ayudará a obtener los beneficios del seguro cuando esos beneficios se asignen a mí/al profesional de la salud del paciente. He proporcionado información completa sobre mi/el seguro de salud primario y secundario del paciente, según corresponda.
- d. Soy responsable de asegurarme de que los pagos del seguro se procesen y paguen puntualmente a mi profesional de la salud. Además, debo proporcionar mi pago en forma puntual de cualquier cantidad adeudada a Unity que se considere "Responsabilidad del Paciente" en virtud de mi contrato de seguro (para aquellos pagadores con los que Unity es un profesional de la salud participante o "dentro de la red"). De lo contrario, es mi responsabilidad si mi seguro no cubre dichos servicios o si Unity es un profesional de la salud no participante o "fuera de la red".
- e. En caso de pago por defecto, prometo pagar cualquier interés legal sobre el saldo adeudado, junto con los costos de cobro y los honorarios razonables de abogados incurridos para efectuar el cobro de esta cuenta o de futuras cuentas pendientes. Estoy de acuerdo en que los honorarios razonables de los abogados se interpretarán como el 40% de cualquier saldo adeudado en el momento en que la cuenta se envíe a un abogado o agencia de cobro para su cobro, o \$ 300.00, lo que sea mayor.
- f. El condado de Tippecanoe, Indiana, será el lugar preferido para cualquier acción legal relacionada con este acuerdo financiero, y acepto renunciar a mi derecho a un juicio con jurado.
- g. Este acuerdo financiero se celebra individualmente y como agente autorizado de mi cónyuge, si corresponde. Este acuerdo financiero puede ser asignado por Unity a un abogado que compre las cuentas morosas de Unity, y los términos de este acuerdo seguirán siendo vinculantes.
- h. Se puede cobrar una tarifa por cualquier cita que no se cancele con al menos veinticuatro (24) horas de anticipación o que se pierda por cualquier otro motivo. Estos generalmente no son pagaderos por el seguro. Soy responsable de estas tarifas.
- i. Unity Immediate Care (UICC) no es un proveedor participante con o bajo el programa Medicaid de Indiana. Como resultado, cualquier servicio médico o relacionado proporcionado por la UICC no será cubierto ni pagado por el programa Medicaid.

OTROS PROVEEDORES: Entiendo que, además del médico tratante, otros profesionales de la salud, como radiólogos y patólogos, y otros proveedores, como laboratorios y otros profesionales médicos, pueden participar en mi atención y pueden facturarme por separado por sus servicios.

LEY Y JURISDICCIÓN DE INDIANA: Entiendo que estoy recibiendo tratamiento en el estado de Indiana, y estoy de acuerdo en que, si tuviera alguna reclamación con respecto a mi atención o tratamiento, dicha reclamación se decidirá de acuerdo con la ley de Indiana y dicha acción se presentará y decidirá en un tribunal del estado de Indiana.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN: Unity cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina sobre la base de la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo o identidad de género.

CERTIFICACIÓN DE MEDICARE: (SI CORRESPONDE) Certifico que la información proporcionada por mí, o por Unity en mi nombre, al solicitar el pago en virtud del Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a mi profesional de la salud tratante a divulgar información de mi registro médico a la Administración del Seguro Social y/o al programa Medicare o sus intermediarios o proveedores, o a las Organizaciones de Revisión de Estándares Profesionales con el fin de procesar las reclamaciones de beneficios médicos e indicar en dichas reclamaciones que mi firma está en mi expediente. Solicito que el pago de dichos beneficios autorizados se realice directamente a Unity o a mi médico tratante en mi nombre.

CONTACTO AUTOMATIZADO: Entiendo que Unity y sus afiliados y agentes utilizarán mensajes automatizados para contactarme utilizando el correo electrónico y los números de teléfono que he proporcionado. Estos mensajes me proporcionarán información, como *información de citas, mensajes de cierre, servicios de salud, información de cuenta y estados de cuenta*. Estos pueden venir con un mensaje de texto, una llamada automática (ya sea un teléfono celular o fijo) o un correo electrónico y se dejarán en el número o correo electrónico proporcionado a cualquier profesional de la salud de Unity. Si recibo tratamiento de varios profesionales de la salud de Unity, es posible que reciba varios mensajes que hagan referencia a citas/servicios de cada consultorio. Entiendo que tengo el derecho de optar por no participar en cualquiera de estos métodos de contacto en cualquier momento mediante una opción de exclusión dentro del mensaje de texto o correo electrónico. Para llamadas de voz, puedo hablar con el consultorio de mi proveedor de atención médica para optar por no recibir mensajes de voz. Diferentes empresas me están proporcionando la información anterior, y es posible que tenga que excluirme de cada proveedor.

CONSENTIMIENTO DE LA FOTO: Mi profesional de la salud puede solicitar fotos. Doy mi consentimiento para que mi profesional de la salud o asociado designado tome mis fotografías si es necesario y permito el uso de fotografías para identificación, registros médicos, educación y conferencias.

Mi firma a continuación constituye mi reconocimiento y acuerdo de que he leído y entiendo el consentimiento, los avisos, la divulgación y otra información proporcionada.

Paciente/Padre/Tutor

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____ Firma: _____ 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: _____