



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Legal:	Apellido Legal:	Inicial-Segundo Nombre:	Fecha:
Nombre Preferido (si es diferente al nombre indicado arriba):	Fecha de Nacimiento:	Correo electrónico:	
Dirección de su casa:		Seguro Social:	Teléfono de la Casa:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono del Trabajo:
<b>Idioma Deseado (Solicitado por el gobierno federal):</b>		¿Método preferido de contacto para la confirmación de la cita?	Teléfono Celular:
Marque aquí si prefiere que nos comuniquemos con usted en español? (S/N). Si no es así, ¿qué idioma (incluido el lenguaje de señas americano-ASL)?		<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo Electrónico	Contacto de Emergencia: Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

## INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

**Tengo seguro medico (por favor de proveerle a la recepcionista su tarjeta de seguro medico para verificación de beneficios).**

1. Seguro Primario: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

¿Quien es el subscriptor Primario? (Marque) yo esposo/esposa madre/padre/guardián otro-nombre \_\_\_\_\_

Si es otro, anote la fecha de nacimiento de la persona: \_\_\_\_\_ Relación de esta persona al paciente: \_\_\_\_\_

2. Seguro Secundario (si es aplicable): \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

¿Quien es el subscriptor secundario? (Marque) yo esposo/esposa madre/padre/guardián otro-nombre \_\_\_\_\_

Si es otro, anote la fecha de nacimiento de la persona: \_\_\_\_\_ Relación de esta persona al paciente: \_\_\_\_\_

3. Nombre de la persona responsable por los cargos no cubiertos por el seguro medico (deducibles, copagos, etc.): (Marque) yo esposo/esposa madre/padre/guardián otro-nombre \_\_\_\_\_

## ¿COMO SE ENTERO DE NOSOTROS?

**Marque:** Internet Radio Compañía de Seguro Medico Periódico/Revista Medios Sociales  
 Familia Amigo Otro: \_\_\_\_\_

Referido de mi proveedor medico: Nombre y dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

## FIRMA

Yo certifico que la información indicada arriba es verdadera y correcta a lo mejor de mi capacidad.  
 Nombre de la persona que lleno este formulario:

**En letra de molde:** \_\_\_\_\_

**Relación al paciente:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## CONOCIENDO EL PACIENTE

Estamos requeridos a obtener la siguiente información con el propósito de entender a nuestra población y para satisfacer nuestros requisitos del gobierno federal. Las opciones para algunas de estas preguntas fueron proveídas por otras organizaciones cuales analizan esta información, y de ninguna manera impactan el cuidado que usted recibe. Por favor ayúdenos a servirle mejor y seleccione la mejor respuesta a estas preguntas. Gracias.

<b>Raza (Solicitado por el gobierno federal): Seleccionar una o más</b>	<b>Sexo asignado al nacer (marque):</b> Masculino o Femenino
	<b>Estado Civil (Marque):</b> Soltero(a), Casado(a), o Pareja/otro

Blanco	Negro/ Afroamericano	Asiático	Hawaiano	<b>(Solicitado por el gobierno federal)</b>
--------	-------------------------	----------	----------	---

Nativo Americano o Nativo	Isleño del pacifico	Otro: _____	Me niego a responder	<b>Orientación Sexual (Marque):</b>	<b>Identidad de Genero (Marque):</b>
---------------------------	---------------------	----------------	----------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

<b>Etnicidad (Solicitado por el gobierno federal). Marque.</b>				<input type="checkbox"/> Lesbiana, gay o homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Me niego o responder	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero hombre/ mujer a hombre <input type="checkbox"/> Transgénero mujer/ hombre a mujer <input type="checkbox"/> Genero variante <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Me niego a responder
No-Hispano		Hispano			
Me niego a responder					

**Estatus de empleo (Solo para pacientes de 18 años de edad o mas; Solicitado para evaluar posible exposición a riesgos de salud):**

Empleado tiempo completo	Empleado tiempo parcial	Ocupación: _____
Retirado	Discapacidad	Estudiante
		Otro
Me niego a dar esta información		

<b>¿Cuál es la farmacia preferida que desea mantener archivada para enviar los medicamentos?</b>	<b>¿Estatus de Veterano? (Marque)</b>
Farmacia Nombre: _____ Dirección de Farmacia: _____	Sí                      No

**Parte responsable (solo si el paciente es menor de 18 años o es dependiente legal)**

Nombre (Apellido, Inicial, Segundo):	Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:
Dirección de envío:	Ciudad, Estado, Código Postal:		
Teléfono Principal:	Teléfono de día / trabajo:		
Nombre de soltera de la madre:			

**Reconocimiento/Autorización**

Doy mi consentimiento para que los profesionales y el personal de CVHMPC los examinen y traten. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de seguro médico, sin culpa o del gobierno se realice en mi nombre a CVHMPC por los servicios que me brinda el proveedor. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamos. Entiendo y acepto que, independientemente de mi estado de seguro, soy en última instancia responsable de mi saldo en mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. He leído toda la información en esta formulario y he completado las respuestas. Certifico que esta información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Le notificaré cualquier cambio en la información anterior.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

## Formulario Historial Atención Primaria

Fecha \_\_\_\_\_

Enumere la información en los espacios provistos. La información es confidencial y no se divulgará sin su permiso.

### Historial médico (Marque si corresponde)

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sin condiciones médicas ni enfermedades crónicas. | <input type="checkbox"/> EPOC / Enfisema   | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto                     | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales                        |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por abuso de alcohol                    | <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Alta Presion                        | <input type="checkbox"/> Convulsiones                                 |
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> Eczema/Psoriasis  | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                            | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular                    |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad / Depresión                              | <input type="checkbox"/> Glaucoma  | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable    | <input type="checkbox"/> Trastorno por uso de sustancias              |
| <input type="checkbox"/> Apnea   | <input type="checkbox"/> Gota  | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal / cálculos renales | Qué sustancia (s)? _____  |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza   | <input type="checkbox"/> Migrañas                            | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides                       |
| <input type="checkbox"/> Desorden bipolar                                  | <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición                                    | <input type="checkbox"/> Neuropatía                          | <input type="checkbox"/> Anote cualquier otra condición medica: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer  | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón /Infarto de miocardio                   | <input type="checkbox"/> Obesidad                            | _____   |
| Que Tipo? _____  | <input type="checkbox"/> Ardor de corazón / Enfermedad por reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Osteoartritis                       | _____   |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico                                     | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón                                     | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                        | _____   |
|  |  | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide                 | _____   |

### Historial Cirugías

(Incluya tipo cirugías / Razón / Fecha)

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

### Mantenimiento de la salud

VPH/Papanicolaou (Z01.419) Cuando? \_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_

Mamografía (Z12.31) Cuando? \_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_

Colonoscopia (Z12.11) Cuando? \_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_

Vacunas - Adjuntar Registro/Nombre de Oficina y Información de Contacto

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

### Historial Médico Familiar

(Indique condición médica por cada pariente de sangre)

Abuela Materna \_\_\_\_\_

Abuelo Materna \_\_\_\_\_

Abuela Paterna \_\_\_\_\_

Abuelo Paterno \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

Hermanos (as) \_\_\_\_\_

Hijo/a (s) \_\_\_\_\_

### Drogas / Medio ambiente / Alergias alimentarias

(Anote las alergias a los medicamentos, el medio ambiente o los alimentos y el tipo de reacción)

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

### Personal - Historia Social

#### Estado Civil

- Casado (a)  
 Soltero (a)  
 Divorciado (a)  
 Separado (a)  
 Pareja Domestica  
 Viudo (a)

#### Estatus de Empleo

- Empleado (a)  
 Desempleado (a)  
 Retirado  
 Discapacitado  
Ocupación \_\_\_\_\_

#### Historial de Consumo de Cafeína

- Nunca / rara vez un usuario  
 Ex Usuario  
 Usuario actual a veces  
 Usuario actual diario  
¿Cuál es el tipo habitual de cafeína consumida?  
\_\_\_\_\_

#### Historia del Uso de Hierbas

- Nunca / rara vez un usuario  
 Ex Usuario  
 Usuario actual a veces  
 Usuario actual diario  
¿Cuál es el tipo habitual de suplementos herbales utilizados?  
\_\_\_\_\_

#### Fumar / Historia de Vapeo

- Fumador  
 Vaper  
 Nunca / rara vez un usuario  
 Ex Usuario  
 Usuario actual a veces  
 Usuario actual diario  
¿Cuántos paquetes / cartuchos por día? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos años? \_\_\_\_\_  
Fecha detenido? \_\_\_\_\_

#### Historial de Consumo de Alcohol

- Nunca / rara vez un usuario  
 Ex Usuario  
 Usuario actual a veces  
 Usuario actual diario  
¿Cuál es el tipo habitual de alcohol consumido? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto/a menudo? \_\_\_\_\_  
Fecha de detención (si corresponde) \_\_\_\_\_

#### Historial de Consumo de Drogas Recreativas

- Nunca / rara vez un usuario  
 Ex Usuario  
 Usuario actual a veces  
 Usuario actual diario  
¿Cuál es el tipo habitual de droga consumido? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto/a menudo? \_\_\_\_\_  
Fecha de detención \_\_\_\_\_

## Revisión de Sistemas

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido algún problema relacionado con los siguientes sistemas? Por favor marque cualquiera que aplique.

<p><b>Síntomas Constitucionales</b></p> <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Cambio de peso inexplicable <input type="checkbox"/> Disminución del apetito <input type="checkbox"/> Problemas para dormir <input type="checkbox"/> Otro _____	<p><b>Respiratorio</b></p> <input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Falta de aliento <input type="checkbox"/> Ruido Sibante <input type="checkbox"/> Tos con flema <input type="checkbox"/> Espujo de sangre <input type="checkbox"/> Otro _____	<p><b>Pecho</b></p> <input type="checkbox"/> Bulto <input type="checkbox"/> Secreción del pezón <input type="checkbox"/> Sensibilidad <input type="checkbox"/> Asimetría <input type="checkbox"/> Hoyuelos <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Otro _____	<p><b>Psicológico</b></p> <input type="checkbox"/> ¿Te sientes deprimido(a)? <input type="checkbox"/> ¿Te has sentido ansioso / en pánico? <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Cambio de humor <input type="checkbox"/> Disfunción sexual <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas <input type="checkbox"/> Pesadillas <input type="checkbox"/> Otro _____
<p><b>Ojos</b></p> <input type="checkbox"/> Rojez <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Cambio de visión <input type="checkbox"/> Dolor de ojo <input type="checkbox"/> Descarga <input type="checkbox"/> Otro _____	<p><b>Gastrointestinal</b></p> <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Indigestión / Ardor de estómago <input type="checkbox"/> Secremento con sangre <input type="checkbox"/> Secremento negras <input type="checkbox"/> Disminución del apetito <input type="checkbox"/> Otro _____	<p><b>Piel</b></p> <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Rojez <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Acné <input type="checkbox"/> Abrasión <input type="checkbox"/> Picadura de insecto <input type="checkbox"/> Roncha <input type="checkbox"/> Otro _____	<p><b>Endocrino</b></p> <input type="checkbox"/> Micción excesiva <input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> Hambre excesiva <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor <input type="checkbox"/> Boca seca <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva <input type="checkbox"/> Cansado / Lento <input type="checkbox"/> Otro _____
<p><b>Oreja / Nariz / Garganta</b></p> <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Sonido de tono alto <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Presión en los senos paranasales <input type="checkbox"/> Congestión nasal <input type="checkbox"/> Goteo Nasal <input type="checkbox"/> Otro _____	<p><b>Genitourinario(a) / GIN</b></p> <input type="checkbox"/> Disfunción erectil <input type="checkbox"/> Dolor testicular <input type="checkbox"/> Bulto testicular <input type="checkbox"/> Regatear de la orina <input type="checkbox"/> Urgencia urinaria <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria <input type="checkbox"/> Vacilación urinaria <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Dolor al orinar <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal anormal <input type="checkbox"/> Flujo vaginal <input type="checkbox"/> Resequedad vaginal <input type="checkbox"/> Descarga anormal <input type="checkbox"/> Picazón vaginal <input type="checkbox"/> Dolor vaginal <input type="checkbox"/> Actividad sexual de alto riesgo <input type="checkbox"/> ETS <input type="checkbox"/> Disfunción sexual <input type="checkbox"/> Relaciones sexuales dolorosas <input type="checkbox"/> Menstruaciones irregulares <input type="checkbox"/> Menstruación dolorosa <input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> Cálculos renales <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> Otro _____	<p><b>Musculoesqueletico</b></p> <input type="checkbox"/> Dolor articular / inflamación <input type="checkbox"/> Dolor de cuerpo <input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Rango de movimiento limitado <input type="checkbox"/> Tronidos de Artícula Cion <input type="checkbox"/> Espasmos musculares <input type="checkbox"/> Calambres musculares <input type="checkbox"/> Dolor de cuello <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Otro _____	<p><b>Hematológico</b></p> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Sangradura <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad <input type="checkbox"/> Nódulos linfáticos inflamados / sensibles <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación de la sangre <input type="checkbox"/> Otro _____
<p><b>Cardiovascular</b></p> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Cambio de posición en la respiración <input type="checkbox"/> Hinchazón en las piernas / pies <input type="checkbox"/> Venas varicosas <input type="checkbox"/> Ataque al corazón <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Alta Presion <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Calambres en las piernas Al caminar? S N <input type="checkbox"/> Otro _____	<p># de embarazos _____ # de bebes de termino completo</p> <p>_____</p>	<p><b>Extremidades</b></p> <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Hormigueo / Entumecimiento <input type="checkbox"/> Otro _____	<p><b>Alérgico / Inmunológico</b></p> <input type="checkbox"/> Alergias Ambientales <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar debido a alergia <input type="checkbox"/> Otro _____
		<p><b>Neurológico</b></p> <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Hormigueo / Entumecimiento <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla <input type="checkbox"/> Cambio de olor / sabor <input type="checkbox"/> Otro _____	<p><b>Otro:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



## Reconocimiento de Documentos

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Al firmar cada declaración a continuación, reconozco que he recibido una versión completa de cada documento. Entiendo que es mi responsabilidad leer cada documento y solicitar aclaraciones o más información si es necesario.

Nombre del Documento: <b>Al firmar a continuación reconozco que es responsable de actualizar CVHMPC de cualquier cambio relevante a este documento.</b>	Iniciales del paciente
<p><b>Aviso de prácticas de privacidad y reconocimiento de HIPAA:</b> Cross Valley Health &amp; Medicine, P.C. (CVHMPC) se compromete a proteger su información de salud personal (PHI) y a cumplir con las leyes federales y estatales como HIPAA. He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y entiendo cómo se puede usar mi PHI, así como mis derechos y los derechos de CVHMPC con respecto a la PHI.</p> <p><b>Consentimiento para divulgar información médica:</b> Doy mi consentimiento para que las siguientes personas tengan acceso y obtengan copias de mi información médica. Esto incluyó historial de salud, información de exámenes, pruebas y resultados de laboratorio. Se proporcionará información, según mi consentimiento a continuación.</p> <p><b>Nombre:</b> _____ <b>Teléfono #:</b> _____ <b>Relación Conmigo:</b> _____</p> <p><i>Nota:</i> Si bien autoriza a la persona mencionada anteriormente a tener acceso a sus registros, no se les debe autorizar e acceso a información confidencial, como el estado / información sobre el VIH, los resultados reportables por el estado y / o la información sobre el uso de alcohol y sustancias. Si desea autorizar e acceso a esos registros confidenciales, debe firmar un consentimiento por separado para cada uno en ese momento.</p> <p><b>Declaración de derechos del paciente y Derechos y responsabilidades del paciente:</b> He recibido el documento de Declaración de derechos y responsabilidades del paciente.</p> <p><b>Asignación de beneficios:</b> Autorizo el pago de los beneficios del seguro a CVHMPC por cualquiera / todos los servicios médicos que se me brindan. Autorizo la divulgación de información médica u otra información necesaria para determinar la cobertura de beneficios y la elegibilidad. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro. Es mi responsabilidad notificar a CVHMPC sobre cualquier cambio en mi cobertura de atención médica.</p> <p><b>Acceso al portal del paciente:</b> Autorizo la creación y el envío de un correo electrónico a mi correo electrónico personal para tener acceso a mi cuenta del portal del paciente. Entiendo que esta correo electrónico contiene credenciales y enlaces que permitirán un acceso sin restricciones para ver mi información de salud, incluidos diagnósticos, medicamentos laboratorios, estado del VIH e información relacionada con la salud mental y el uso de sustancias.</p>	
<p><b>Nombre:</b> _____ <b>Correo Electrónico (necesaria):</b> _____ <b>Firma:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____</p> <p><b>Consentimiento para fotografiar registros de salud electrónicos:</b> Doy mi consentimiento para que CVHMPC tome mi fotografía se utilizará para identificarme y protegerme contra el robo de identidad.</p>	

Esto permite que Cross Valley Health & Medicine, PC permita \_\_\_\_\_, como se designa a continuación, para estar presente en la sala de examen, y doy permiso a CVHMPC, sus profesionales, empleados y representantes, para discutir todos los aspectos de mi atención y tratamiento médico, incluyendo, entre otros, mi información de salud protegida (PHI), y para discutir todos los problemas de pago, con dichos individuo(s).

**Nombre del paciente (Print):** \_\_\_\_\_ **Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Testigo de iniciales de Empleados:** \_\_\_\_\_  
 \*ESTE FORMULARIO NO FUNCIONA COMO UN PROXIO DE SALUD DE NUEVA YORK O PODER DE ATENCIÓN MÉDICA DEL ABOGADO\*



**Formulario de Representante del Paciente:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Información del Paciente:**

Esto permite que Cross Valley Health & Medicine PC permita que \_\_\_\_\_, como se designa a continuación, esté presente en la sala de examen, y doy permiso a CVHMPC, sus proveedores, empleados y representantes, para discutir todos los aspectos de mi atención y tratamiento médico, incluyendo , pero no limitado a mi información de salud protegida (PHI), y para discutir todos los problemas de pago, con dichos individuos.

\*ESTE FORMULARIO NO SIRVE COMO UN PROXIO DE SALUD DE NUEVA YORK O PODER DE ATENCIÓN MÉDICA DEL ABOGADO\*

**Información representativa:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: +1 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

\*se debe completar una autorización por separado para compartir información altamente confidencial, como el tratamiento contra el VIH, el abuso de alcohol y sustancias o información sobre salud mental. ESTO NO OTORGA AL REPRESENTANTE DEL PACIENTE EL DERECHO DE ACCEDER A LOS CUADROS MÉDICOS O INFORMACIÓN IMPRIMIDOS Y NO LE DA EL DERECHO DE SOLICITARLOS EN NOMBRE DEL PACIENTE. Para revocar los derechos del Representante de Pacientes para discutir o acceder a su PHI, debe presentarse una revocación a Cross Valley Health & Medicine PC.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA**

[Este formulario fue aprobado por el Departamento de Salud del estado de Nueva York]

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección del paciente		

Yo o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica con relación a mi atención se divulgue como se establece en este formulario:

De acuerdo con la Ley del estado de Nueva York y el Reglamento de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996 (HIPAA), yo entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con las notas de **TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH\*** solo si coloco mis iniciales en la línea adecuada en el punto 9(a). En caso de que la información médica descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y coloco mis iniciales en la línea en la casilla del punto 9(a), yo autorizo específicamente la divulgación de esa información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 8.

2. Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento de alcohol o drogas o información de tratamiento de salud mental, el beneficiario tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o intercambio de información relacionada con el VIH, me puedo comunicar con la División de Recursos Humanos del estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

3. Yo tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al solicitarlo al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización excepto en la medida que se haya tomado alguna acción en base a esta autorización.

4. Yo entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se condicionará en base a mi autorización de esta divulgación.

5. La información divulgada bajo esta autorización la podría volver a divulgar el receptor (excepto como se indica arriba en el punto 2), y esta nueva divulgación podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

**6. ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA DISCUTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA O DE ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE MÁS QUE EL ABOGADO O LA AGENCIA DE GOBIERNO QUE SE ESPECIFICA EN EL PUNTO 9(b).**

7. Nombre y dirección del proveedor médico o entidad para divulgar esta información:

8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a quien se debe enviar esta información:

9(a). Información específica a divulgar:

- Registro médico de (insertar fecha) \_\_\_\_\_ a (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- El registro médico completo, incluyendo historias clínicas del paciente, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), resultados de análisis, estudios de radiología, radiografías, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica.

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Incluye: (Indicar con iniciales)

\_\_\_\_\_ Tratamiento de alcohol/drogas

\_\_\_\_\_ Información de salud mental

\_\_\_\_\_ Información relacionada con el VIH

**Autorización para discutir información médica**

(b)  Coloque aquí sus iniciales \_\_\_\_\_ Yo autorizo \_\_\_\_\_  
Iniciales Nombre del proveedor individual de atención médica  
para discutir mi información médica con mi abogado o con la agencia de gobierno que se indica aquí:

\_\_\_\_\_ (Nombre del abogado/firma o nombre de la agencia de gobierno)

10. Razón para divulgar la información:

- A solicitud de una persona individual
- Otro:

11. Fecha o evento en que rescindirá esta autorización:

12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:

13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se completaron todos los puntos en este formulario y se respondieron mis preguntas sobre el mismo. Además, me proporcionaron una copia del formulario.

Firma del paciente o representante autorizado por la ley.

Fecha: \_\_\_\_\_

\* El virus de inmunodeficiencia humana causa el SIDA. La Ley de salud pública del estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien que tiene la infección o los síntomas del VIH y la información relacionada con los contactos de una persona. 51-0102S (Rev. 11/13) White - Record Yellow - Member





## **Políza de Cancelación / Cita Perdida**

Para ser respetuoso con las necesidades de salud de otros pacientes, sea cortés y llame al 845-561-7075 de inmediato si no puede presentarse a una cita. Si no puede comunicarse con nuestra oficina por teléfono, llame después del horario de atención y deje un correo de voz con su cancelación

También puede cancelar su cita a través de nuestro sitio web, [www.crossvalleyhealth.com](http://www.crossvalleyhealth.com), envíenos un mensaje a través de Facebook, el portal del paciente o envíenos un correo electrónico a [CVHMPC@me.com](mailto:CVHMPC@me.com). El tiempo disponible se le dará a otro paciente. Si cancela su cita programada, contáctenos con al menos 24 horas de anticipación. Las citas tienen una gran demanda, y su cancelación anticipada le dará a otra persona la posibilidad de tener acceso a atención médica oportuna.

Si no cancela su cita al menos 24 horas antes y no se presenta a su cita programada, se le cobrará una tarifa de la siguiente manera:

**Seguimiento / visita por enfermedad = \$25.00 Cuota**

**Examen Físico / Procedimiento Especializado = \$50.00 Cuota**