MEMORIAL HEALTH SYSTEM
Heartland Health Care Clinic
ABILENE Salina Regional Health Center

FORMULARIO DE INSCRIPCION

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: _____-_____-_____ Número de Seguro Social: _____-_____-_____

Dirección de envío: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección física (si es diferente dela dirección de envío): _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Principal: (_____) _____-_____ Teléfono Alternativo: (_____) _____-_____

Correo Electrónico:_____ Ingresar a "Mi Portal de Salud" Si No

Estado Civil : ( )Soltero ( )Casado ( )Viudo ( )Divorciado ( )Otro:_____

Etnia: _____ Religión: _____

Idioma Preferido: ( )Ingles ( )Español ( )Otro:_____

EMPLEO

( )Tiempo Completo ( )Medio Tiempo ( )Retirado ( )Empleo Propio ( )Desempleado ( )Discapacitado ( )Menor

Empleador: _____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado:____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

PERSONA RESPONSABLE DE PAGAR LAS CUENTAS

( )Igual que el paciente ( )Familiar/Protector* Otro*: _____

Llenar la siguiente información si es diferente del paciente

Nombre: _____ Relación:_____

Fecha de Nacimiento: _____-_____-_____ Número de Seguro Social: _____-_____-_____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (_____) _____-_____ Teléfono Celular: (_____) _____-_____

Estado de Empleo:
( )Tiempo Completo ( )Medio Tiempo ( )Retirado ( )Empleo Propio ( )Desempleado ( )Discapacitado

Empleador: _____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado:____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Please return to the office of Michael Ziegler.

MEMORIAL HEALTH SYSTEM
Heartland Health Care Clinic
ABILENE Salina Regional Health Center

SEGURO

***** Por favor en el momento de la cita presente su tarjeta de Seguro *****

Seguro Principal: _____

Numero de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Fecha Efectiva: _____-_____-_____ Co-Pago: $_____

Titular de la Póliza: ( )igual que el paciente ( )Esposo ( )Familiar/Protector Otro:_____

****por favor llene la siguiente información, si no es el paciente****

Nombre del Suscriptor (Titular de la Póliza): _____

Dirección del Suscriptor: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (_____) _____-_____ Teléfono Celular: (_____) _____-_____

DOB del Suscriptor: _____-_____-_____ Número de Seguro Social del Suscriptor: _____-_____-_____

Estado de Empleo del Suscriptor:
( )Tiempo Completo ( )Medio Tiempo ( )Retirado ( )Empleo Propio ( )Desempleado ( )Discapacitado

Empleador del Suscriptor: _____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado:_____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Seguro Secundario: _____

Numero de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Fecha Efectiva: _____-_____-_____ Co-Pago: $_____

Titular de la Póliza: ( )igual que el paciente ( )Esposo ( )Familiar/Protector Otro:_____

****Si no es un suscriptor de seguro primario o paciente, complete la siguiente información***

Nombre del Suscriptor (Titular de la Póliza): _____

Dirección del Suscriptor: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (_____) _____-_____ Teléfono Celular: (_____) _____-_____

DOB del Suscriptor: _____-_____-_____ Número de Seguro Social del Suscriptor: _____-_____-_____

Estado de Empleo del Suscriptor:
( )Tiempo Completo ( )Medio Tiempo ( )Retirado ( )Empleo Propio ( )Desempleado ( )Discapacitado

Empleador del Suscriptor: _____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado:_____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

MEMORIAL HEALTH SYSTEM
Heartland Health Care Clinic
ABILENE Salina Regional Health Center

SEGURO

Por la presente, autorizo a mi proveedor facilitar a mi compañía de Seguro o su representante o permitirle a mi compañía de Seguro o su representante revisar cualquier información solicitada con respecto a cualquier enfermedad o accidente, historial medico o copias de los registros médicos y hospitalarios. Debe ser considerado como original una copia fotostática de esta autorización. También autorizo el pago directamente a mi proveedor por esta enfermedad o lesión, de los beneficios del proveedor que de otro modo me serian pagados pero sin exceder mi deuda. Acepto pagar al proveedor por todos los cargos cubiertos o no por esta asignación. La parte responsable acuerda que la oficina del proveedor o la parte responsable de la facturación de estos servicios pueden verificar el crédito con cualquier fuente para obtener información de crédito. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagables para servicios relacionados. Esta autorización puede incluir información que puede considerarse una enfermedad transmisible o venérea que puede incluir, pero no se limita a enfermedades tales como hepatitis, sífilis, gonorrea, y el virus de inmunodeficiencia humana, También conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS en sus siglas en ingles). Entiendo todo lo anterior y por la presente declare que la información es correcta a mi entendimiento. Mi firma indica que he leído lo anterior y otorgo las solicitudes de autorización.

He sido notificado(a) que puedo recibir los servicios de Advance Practice Provider (Proveedor de Practicas Avanzadas en español) en este lugar.

POR FAVOR NOTESE: La porción de pago del paciente esta establecida para el momento del servicio salvo que se hayan hecho arreglos anteriores.

x_____ **x**_____

Firma del Paciente o Persona Autorizada *Fecha/Hora*

MEMORIAL HEALTH SYSTEM
Heartland Health Care Clinic
ABILENE Salina Regional Health Center

CENTRO REGIONAL DE SALUD SALINA
AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA Y LISTA DE CONTACTO DE EMERGENCIA VERBALMENTE:

Autorizo al Centro Regional de Salud Salina, y sus todos sus afiliados, a los proveedores del cuidado de la salud a proporcionar información verbal concerniente al cuidado de mi salud para los que liste abajo mientras yo soy un paciente. Las solicitudes verbales de información de otros amigos, familia, cuidadores acerca del cuidado de mi salud no serán reveladas sin una autorización adicional de mi parte.
(Excepción: La información de salud puede ser revelada sin autorización en una situación de emergencia o si el SRHC determine que la divulgación es lo mejor para mi y la información divulgada se limita a las personas involucradas en mi cuidado.)

Contacto de Emergencia

Nombre del Contacto	Relación con el Paciente	*Phone Number*	*Mensajes Permitidos* (encierre en circulo) Si No
Dirección	*Ciudad*	*Estado*	*Código Postal*

Contactos Adicionales

¿Incluye Contacto de Emergencia listado arriba? Si No

Nombre del Contacto	Relación con el Paciente	*Phone Number*	*Mensajes Permitidos* (encierre en circulo) Si No
Dirección	*Ciudad*	*Estado*	*Código Postal*

Nombre del Contacto	Relación con el Paciente	*Phone Number*	*Mensajes Permitidos* (encierre en circulo) Si No
Dirección	*Ciudad*	*Estado*	*Código Postal*

Nombre del Contacto	Relación con el Paciente	*Phone Number*	*Mensajes Permitidos* (encierre en circulo) Si No
Dirección	*Ciudad*	*Estado*	*Código Postal*

Nombre del Contacto	Relación con el Paciente	*Phone Number*	*Mensajes Permitidos* (encierre en circulo) Si No
Dirección	*Ciudad*	*Estado*	*Código Postal*

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo a mi enfermera. He leído lo anterior y autorizo la divulgación verbal de mi condición. Entiendo que la ejecución del tratamiento no esta condicionada a esta autorización. Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor del cuidado de salud o plan de salud cubierto por las regulaciones privadas federales, la información anterior puede ser divulgada y no protegida por esas regulaciones.

X_____ X_____

Fecha *Firma del Paciente o Agente/Representante Autorizado*

_____ _____

Nombre Escrito del Agente/Representante Autorizado *Relación con el Paciente*

(Nota: Cualquier solicitud de alojamiento por restricción/comunicación debe ser dirigido a la Oficina de Privacidad por aprobación en el "Formulario de Solicitud de Divulgación de Alojamiento con Restricción/comunicación")

MEMORIAL HEALTH SYSTEM
Heartland Health Care Clinic
ABILENE Salina Regional Health Center

FORMULARIO DE HISTORIA DE LA SALUD

Historia Medica Personal *(Marque a la izquierda todas las que aplica)*

Examen Físico

	Alergias		Déficit de la Visión		Infecciones recurrentes de sinusitis		Perdida de la visión		Retinopatía
	Cataratas		Déficit de la Escucha		Infecciones recurrentes del oído		Glaucoma		Perdida de la Audición

Endocrino

	Diabetes		Hipotiroidismo		Osteoporosis		Condición Pituitaria		Bocio
	Hiperglicemia		Hipertiroidismo		Osteopenia		Condición de la Glándula Adrenal		PCOS

Respiratorio

	Asma		apnea del sueno		Respiración Corta		Bronquitis Crónica		Derrame Pleural
	COPD		Tos crónica		Hipertensión Pulmonar		Embolia Pulmonar		Tuberculosis

Cardiovascular

	Dolor de Pecho		Palpitaciones		Hipertensión		Fibrilación Auricular		Infarto del Miocardio
	Infarto		Soplo Cardiaco		Hyperlipidemia		Enfermedad de la Arteria Coronaria		Corazón Agrandado

Gastrointestinal

	Enfermedad Celiaca		Constipación Crónica		Diverticulitis		Pólipos		Hernia Hiatal
	Cirrosis		Diverticulosis		Enfermedad de Crohn		GERD		Síndrome del Intestino Irritable

Genitourinario

	Cálculos renales		Micción Frecuente de Durante la noche		Disfunción Eréctil (masculino)		Endometriosis (Femenino)
	Enfermedad del Riñón		Incontinencia Urinaria		Problemas Testiculares (Masculino)		Papanicolaou Anormal (Femenino)

Musculo esquelético

	Artritis		Dolor crónico de espalda		Estenosis Espinal		Síndrome del Túnel Cartiano		Artritis Reumatoide
	Gota		Deformidad Congénita		Escoliosis		Fibromialgia		Osteoartritis

Hematología/Oncología

	Anemia		Cáncer (especifique) _____ _____		Bajo Recuento de Plaquetas

Enfermedad Infecciosa

	AIDS		Lechina		Hepatitis		Herpes		Tuberculosis
	HIV		Sarampión		Rubiola		Sífilis		Fiebre Reumática

Tegumentario

	Acné		Eczema		Melanoma		Lupus		Psoriasis

Neurológico

	Autismo		Demencia		Migraña		Neuropatía		Derrame
	Parálisis Cerebral		Trauma de la Cabeza		Esclerosis Múltiples		Convulsiones		Temblor

Otra Historia Médica:_____

Historia Quirúrgica

Cirugía	Año	Cirugía	Año

Historia Social

¿Ingiere bebidas alcohólicas? ( )Si ( )No Cantidad Por día: _____

¿Alguna vez ha usado drogas callejeras o IV? ( )Si ( )No What kind?_____

¿Utiliza Cigarrillos? ( )Si ( )No ( )Exfumador Cantidad Por día:_____ Fecha de abandono:_____

Historia Medica Familiar

Familiar	Problema de Salud	Edad y Causa de Muerte
Madre		
Padre		
Hermano(a)		
Abuela Materna		
Abuelo Materna		
Abuela Paterna		
Abuelo Paterno		
Otro		

MEMORIAL HEALTH SYSTEM
Heartland Health Care Clinic
ABILENE Salina Regional Health Center

Lista de Medicamentos Prescritos Y No Prescritos

Farmacia Principal:_____

Nombre del Medicamento	*Dosis*	*¿Que tan seguido lo Tomas?*	*¿Para que es el Medicamento?*	*Proveedor de Prescripción*

Alergias

Alérgeno	*Reacción*

Política financiera

Bienvenido a Heartland Health Care Clinic. Deseamos que nuestro tiempo juntos sea lo más agradable posible. Para lograrlo, creemos que es importante conocer la política financiera.

Somos proveedores preferentes y médicos participantes de muchas compañías de seguros diferentes. Por lo general, esto significa que aceptamos la tarifa permitida como tarifa final para usted. Sin embargo, no todas las compañías de seguros pagan íntegramente los gastos permitidos. Diferentes planes y pólizas tienen diferentes deducibles y copaga, que es responsabilidad del paciente. Hacemos todo lo posible por saber lo que pagan las distintas compañías y los servicios que cubren, pero es imposible conocerlas todas debido al gran número de compañías de seguros. Consulte el manual de pólizas de su compañía de seguros, ya que es responsabilidad suya conocer las pólizas de su compañía de seguros.

Presentaremos todas las reclamaciones al seguro si nos facilita información completa y correcta. Trabajaremos estrechamente con la compañía de seguros para asegurarnos de que se realizan los pagos correctos de sus reclamaciones. Recuerde que el contrato de la póliza es entre usted y su empresa. Por lo tanto, usted es el responsable último de su factura.

Rellenaremos los formularios de incapacidad y las declaraciones médicas del SRS por usted. Sin embargo, habrá un cargo de $ 10.00 para completar los formularios de discapacidad para los pagos de préstamos y declaraciones médicas SRS. Esta tasa debe abonarse al recoger el formulario o antes de enviarlo por correo a la empresa.

Todos los copagos deben abonarse en el momento de recibir el servicio. Todo importe no cubierto por el seguro se abona en el momento de la prestación de los servicios. Todas las pólizas son diferentes, por lo que es posible que algunas franquicias no se conozcan hasta que su compañía de seguros tramite las solicitudes de reembolso. Por lo tanto, cualquier saldo adeudado por usted será pagadero en su totalidad en el momento de la primera facturación tras la tramitación del seguro.

Si sabe que habrá un saldo pendiente después del pago del seguro y no podrá pagar la totalidad en el momento de la primera facturación, hable ahora con el departamento de Servicios Financieros para Pacientes. Aceptamos Visa, MasterCard y Discover. Las cuentas que tarden más de un mes en liquidarse se incluirán en nuestro plan de pagos. Arreglaremos el pago con usted.

Si después de 30 días, no hemos recibido el pago adecuado en su cuenta, o usted no cumple con su acuerdo de plan de pago, usted será colocado en nuestro proceso de colecciones. Después de 90 días sin el pago adecuado, vamos a convertir su cuenta a una agencia de cobros privada y colocar su cuenta en una opción de sólo efectivo para cualquier futuro tratamiento médico en nuestra clínica. Si no efectúa el pago adecuado de su cuenta, podría ser dado de baja como paciente de esta clínica.

Si tiene alguna pregunta sobre la información anterior, la cobertura de su seguro o el pago, consulte a su representante de cuentas en el departamento de Servicios Financieros para Pacientes en el momento de su primera cita.

Estamos deseando trabajar con usted. Gracias por elegir Heartland Health Care Clinic para sus necesidades médicas.

Derechos y responsabilidades del paciente

A todo paciente nuevo se le entregará el conocimiento de los Derechos del Paciente.

Como paciente, usted tiene ciertos derechos:

- Tiene derecho a participar activamente en su atención sanitaria.
- Su colaboración es importante
- Conocer sus derechos le ayudará a recibir la mejor atención posible

También tienes que tomar muchas decisiones:

- Tome las mejores decisiones
- Resolver cualquier conflicto que pueda surgir
- Los derechos del paciente también ayudan a los agentes jurídicos

Tienes derecho a una atención respetuosa:

- Infórmese
- Ser tratado conrespeto entodos veces
- Tener privacidad
- Recibir información escrita y hablada con claridad
- Disponer de información acerca de usted guardado confidencial
- Tiene derecho a ser tratado sin discriminación

Tiene derecho a un consentimiento informado:

- Antes de dar su aprobación a cualquier procedimiento, prueba o tratamiento, debe recibir toda la información necesaria para tomar una decisión
    - Sus opciones, los riesgos y beneficios, los posibles resultados, los posibles efectos secundarios y los costes.
    - Obtener información completa
- Saber quién le atiende
- Dar su consentimiento informado antes de participar en programas especiales

Tiene derecho a aceptar o rechazar la asistencia:

- Decide por ti mismo
- Formular voluntades anticipadas
- Pedir una segunda opinión
- Recibir alivio del dolor

También tienes otros derechos:

- Ver su historial médico
- Tener un defensor del paciente, si lo desea
- Ser aceptado para el tratamiento
- Conozca su factura

Como paciente, también tiene ciertas responsabilidades:

- Cumpla todas las normas
- Tratar a los demás con respeto
- Siga las indicaciones de su médicoinstrucciones
- Llevar identificación y seguro información
- Comunicar cualquier cambio: dirección, teléfono, seguro
- Traiga sus directivas anticipadas, si usted ellos

- Dar información completa
- Pagar las facturas puntualmente
- Planifique con cuidado y mantengatu propio registros

MEMORIAL HEALTH SYSTEM
ABILENE | Salina Regional Health Center
Caring for you.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA

ESCRIBA EL NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE
OTROS NOMBRES UTILIZADOS
FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DE TELÉFONO

I, _____ Autorizar _____ a divulgar información sanitaria confidencial de la historia clínica del paciente arriba mencionado a: **Clínica Heartland Health Care – 511 NE 10th St. Abilene, KS, 67410, or (Fax) 785-263-2774 para el siguiente fin:** _____

_____

La información que debe divulgarse es:

- ☐ Todos los registros
- ☐ Registro de anestesia
- ☐ Registros de facturación
- ☐ Informes/registros de consulta
- ☐ Registros del Servicio de Urgencias
- ☐ Historial/físico/registros de alta
- ☐ Registros de laboratorio
- ☐ Notas/registros de enfermería
- ☐ Registros clínicos
- ☐ Informes/registros operativos
- ☐ Registros de farmacia
- ☐ Registros de fisioterapia, logopedia y terapia
- ☐ ocupacional
- ☐ Notas médicas/Registros/Ordenes
- ☐ Notas de psicoterapia (necesitan autorización
- ☐ aparte)
- ☐ Registros de terapia respiratoria

Para fechas de tratamiento de _____

Entiendo que mi información médica puede contener información relacionada con: VIH, enfermedades contagiosas, tratamiento psiquiátrico, tratamiento de salud mental, tratamiento de sustancias u otras condiciones que puedan estar específicamente protegidas por la ley y autorizo la divulgación de dicha información. Entiendo que, una vez divulgada mi información sanitaria, dejará de estar sujeta a la normativa federal sobre privacidad y podrá ser divulgada por la persona que la reciba.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi tratamiento o el pago de mi tratamiento no se verán afectados si no firmo este formulario, a menos que mi tratamiento incluya investigación o que el motivo de mi tratamiento sea revelar información a otra persona.

Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario según lo dispuesto por la normativa federal, y que recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.

Esta autorización expirará en la fecha o acontecimiento siguiente: _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito, pero que cualquier revocación no es efectiva para las divulgaciones que ya se han hecho. Para revocar esta autorización, debo ponerme en contacto con

Responsable de privacidad de la HIPAA
511NE10th ST
Abilene, KS 67410
785-263-2100

También autorizo la divulgación de los registros previa presentación de una fotocopia de esta autorización.

_____ _____
Firma del paciente o de su representante personal Fecha

_____
Relación del representante personal con el paciente