



A MEMBER OF GEISINGER HEALTH SYSTEM

**Formulario de inscripción del paciente**

**Información sobre el paciente:**

Motivo de la visita (si es debido a una lesión, explique cómo u cedió)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si fue una lesión, esta relacionada con Indemnización ¿al trabajador? S / N

¿Accidente automovilístico? S / N

Sírvase indicar la fecha del accidente o en que empezaron los síntomas \_\_/\_\_/\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_ Apellido:

\_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_-\_\_-\_\_ Fecha de nacimiento \_\_/\_\_/\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: M IF/Transexual Estado civil S C D V pareja de hecho

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

No. de teléfono de la casa ( \_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

No. de teléfono celular: ( \_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

No. Celular ( \_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



A MEMBER OF GEISINGER HEALTH SYSTEM

**Información sobre la persona a contactar en caso de emergencia (si el paciente es un adulto) o Información sobre el padre/la madre/ el tutor (si el paciente es menor de edad):**

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

No. de teléfono de la casa: ( \_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

No. de teléfono del trabajo ( \_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

No. de teléfono celular ( \_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Categoría de empleo (marque con un círculo) Horario completo / Horario parcial /**

**Empleado por cuenta propia / Retirado / Militar:**

Ocupación del paciente \_\_\_\_\_

No. de teléfono del trabajo ( \_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Podemos dejarle mensajes en: su trabajo? S / N

Si es estudiante, indique el nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Categoría de estudiante Horario completo Parcial

¿Tienes una directiva anticipada? S / N ¿Si no desea obtener información sobre él?



A MEMBER OF GEISINGER HEALTH SYSTEM

**Información sobre el seguro:**

**Nombre de la empresa de seguro principal** \_\_\_\_\_

Si tiene Medicare: ¿El paciente es veterano de guerra? S / N ¿Tiene empleo actualmente? S / N

¿Posee una tarjeta federal para pacientes de Enfermedad pulmonar minera? S / N

¿Su cónyuge o pareja de hecho tiene empleo en la actualidad? S / N

No. de Póliza / del Titular \_\_\_\_\_ No. de Grupo \_\_\_\_\_

¿Cual es el parentesco del titular con usted? Yo mismo / Cónyuge / Hijo / Tutor

**Información sobre el Titular / Subscriptor:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo \_\_\_\_\_

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

Numero de seguro social \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo Masculino / Femenino

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

No. de teléfono de la casa ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

No. de teléfono celular ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleador del titular \_\_\_\_\_

No. de teléfono de del trabajo ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_



A MEMBER OF GEISINGER HEALTH SYSTEM

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa de seguro SECUNDARIO \_\_\_\_\_

No. de Póliza / del Titular \_\_\_\_\_ No. de Grupo \_\_\_\_\_

¿Cual es el parentesco del titular con usted? Yo mismo / Cónyuge / Hijo / Tutor

**Información sobre el Titular / Subscriptor:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo

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

Numero de seguro social \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo Masculino / Femenino

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

No. de teléfono de la casa ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

No. de teléfono celular ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleador del titular \_\_\_\_\_

No. de teléfono de del trabajo ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Información adicional:**

Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Podemos dejarle mensajes en: su casa? S / N ¿En su teléfono celular? S / N

¿En su trabajo? Y / N



A MEMBER OF GEISINGER HEALTH SYSTEM

Idioma materno \_\_\_\_\_

País de origen \_\_\_\_\_

¿Necesita servicios de traducción? S / N

Etnicidad \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna discapacidad visual? S / N    ¿Tiene alguna discapacidad auditiva? S / N

**Información sobre la farmacia:**

Nombre de la farmacia al por menor: \_\_\_\_\_

No. de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

No. de fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

Ubicación \_\_\_\_\_ No. de identificación\_\_

Farmacia de encargos por correo. \_\_\_\_\_

No. de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

No. de fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

No. de identificación \_\_\_\_\_

**¿Qué compañía de laboratorio utilizas?**

- AtlantiCare Labs (ACL)
- Laboratory Corporation (Lab Corp.)
- Quest Laboratory

Nombre de su proveedor médico primario \_\_\_\_\_

Nombre de su proveedor de atención primaria anterior \_\_\_\_\_

Nombre de la referencia médica proporcionan \_\_\_\_\_



Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ SEX \_\_\_\_\_

**Historial médico:** (por favor revise todo lo que aplique)

Presión arterial alta	Abuso de drogas
Colesterol alto	Abuso de alcohol
Diabetes	Úlceras
Cáncer	Hepatitis
Tuberculosis	HIV
Infecciones Tracto urinario	Tiroides
Infecciones	Asma
Anemia	COPD
Piedras en el riñón	Accidente cerebrovascular
Enfermedad del riñón	Angina
Enfermedad de la vesícula biliar	Enfermedad de Lyme
Enfermedades del corazón	Artritis
Depresión	Otros (Sírvese describir)

**Tiene alergias a medicamentos, alimentos u otros : Y / N**

**Historia quirúrgica:** (por favor indique el tipo de cirugía, si los hubiere y fecha)

**Historia de la familia:** (por favor revise todo lo que aplique)

Presión arterial	Accidente cerebrovascular
Diabetes	Ataque al corazón
Cáncer	Enfermedad del riñón
Enfermedad mental	Depresión
Otros (Sírvese describir)	Uso de drogas o Alcohol

**Historia social**

Alcohol: <u>Y / N</u>	En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas se consumen, por semana? _____
Cigarrillos: <u>Y / N</u>	En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día? _____
Uso de drogas/sustancias: <u>Y / N</u>	

**Vacunas**

Gripe vacuna \_\_\_ TDAP \_\_\_ neumonía vacuna de Pulmonía \_\_\_

**Otros proveedores de tratamiento:** (por favor indique el nombre y la especialidad de cualquier otro proveedor actualmente tratando)

Nombre: \_\_\_\_\_ Specialty: \_\_\_\_\_





## AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION

**I hereby authorize the AtlantiCare entity indicated below**

<input type="checkbox"/> AtlantiCare Behavioral Health	<input type="checkbox"/> AtlantiCare Health Services
<input type="checkbox"/> AtlantiCare Regional Medical Center	<input type="checkbox"/> AtlantiCare Foundation
<input type="checkbox"/> AtlantiCare Surgery Center	<input type="checkbox"/> AtlantiCare Health Plans
	<input type="checkbox"/> InfoShare

A la persona o entidad que se enumeran a continuación

To the person or entity listed below:

Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_

Dirección del destinatario: \_\_\_\_\_

Teléfono del destinatario: \_\_\_\_\_

Fax del destinatario: \_\_\_\_\_

La información debe liberarse de registros relacionados con Ambulatorio Hospitalización Urgencias

Ambulatory  Inpatient  Emergency Department

otra \_\_\_\_\_

Fecha del servicio (date(s)) \_\_\_\_\_

Información específica que se publicará:

Complete Medical Record  Laboratory tests  Radiology  Cardiac tests

Other: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La información debe ser lanzada con el fin de \_\_\_\_\_

Entiendo que los términos de esta autorización se rigen por la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de 1996 y las regulaciones federales y otras estatales. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento antes del cumplimiento de la entidad solicitada con la solicitud. La revocación puede ser sujeto a notificación de prácticas de privacidad de la entidad y otras políticas.

Yo entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que AtlantiCare no puede condicionar tratamiento o servicios en mi ejecución de esta autorización.

Yo entiendo que la información divulgada por esta autorización puede ser revelada por el destinatario y ya no será proteger por HIPAA.

Esta autorización vencerá sobre el lanzamiento de la información descrita arriba o 6 meses después de la fecha de las autorizaciones, salvo que se especifique lo contrario: la fecha de caducidad: \_\_\_\_

Firma del paciente o personal del representante: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Relación de representante personal paciente

*Paciente tiene derecho a una copia de la autorización firmada.*





AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

**Autorizo a cualquier plan de salud, médico, profesional de salud, hospital, clínica, laboratorio, centro médico de la farmacia u otro proveedor de atención médica que le ha proporcionado pago, tratamiento o servicios a mí o a mi nombre, a divulgar la información de salud para:**

Nombre (letra de molde) \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Patient Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

**A la persona o entidad que se enumeran a continuación:**

Recipientes nombre: \_\_\_\_\_  
Recipient's name

Recipientes Dirección: \_\_\_\_\_  
Recipients address

Teléfono del destinatario: \_\_\_\_\_ Fax de destinatario: \_\_\_\_\_  
Recipients Telephone number \_\_\_\_\_ FAX number \_\_\_\_\_

**I Information to be released from records pertaining to:**

Información de registros relativos a:  
 Ambulatorio (Ambulatory)  Para pacientes hospitalizados (Inpatient)  Departamento de la emergencia  Otros \_\_\_\_\_

Para las fecha (s) de servicio: \_\_\_\_\_  
Date of service:

**Información específica para ser liberado:**

<input type="checkbox"/> Historial médico completo (Complete medical record)	<input type="checkbox"/> Radiología (Radiology)
<input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio (Laboratory tests)	<input type="checkbox"/> Pruebas cardíacas (Cardiac tests)
<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas (Alcohol/Substance Abuse)	<input type="checkbox"/> El VIH/SIDA (AIDS/HIV)
<input type="checkbox"/> Salud mental (Mental Health)	<input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia (Psychotherapy Notes)

Otra (especificar) \_\_\_\_\_

**Información es ser lanzado con el fin de tratamiento y la continuidad de la atención.**

Entiendo que los términos de esta autorización se rigen por la ley de rendición de cuentas de 1996 (HIPAA) y Seguro De Salud Portatilita y regulaciones federales y estatales aplicables. (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 HIPAA and other applicable state and federal regulations). Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento antes del cumplimiento de AtlantiCare con esta solicitud. La revocación debe ser por escrito y está sujeta a términos descritos en el aviso de prácticas de privacidad de AtlantiCare y otras políticas AtlantiCare.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que AtlantiCare no puede condicionar tratamiento o servicios en mi ejecución de esta autorización.

Yo entiendo que la información divulgada por esta autorización puede ser revelada por el destinatario y ya no estarán protegidas por HIPAA.

Esta autorización vencerá sobre el lanzamiento de la información descrita arriba o un año (12 meses) después de la fecha de la autorización, a menos que se

Especifique lo contrario. La fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o Representante Personal \_\_\_\_\_ fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
Representante personal relación con el paciente: \_\_\_\_\_

*Paciente tiene derecho a una copia de la autorización firmada.*



**Consentimiento para discutir el cuidado y tratamiento**

Nombre de pacientes: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre de la Consultorio médico \_\_\_\_\_ Nombre de médico primario \_\_\_\_\_

Permiso de la siguiente información para ser discutido con el siguiente miembro de la familia o amigo, persona o personas que se enumeran a continuación.

Yo entiendo que si quiero que alguna de las personas enumeradas a continuación para recibir una copia de mi expediente; Debo completar y firmar un formulario de autorización independiente.

En caso de emergencia o si soy admitido al hospital y no se puede dar a conocer mi voluntad, yo entiendo que mi personal proveedor y hospital puede depender de los permisos anteriores para determinar con quién hablan mi cuidado.

¿Puedo cambiar los permisos que aparecen abajo en cualquier momento notificándolo a mi proveedor o la oficina de privacidad de AtlantiCare.

- Citas solamente
- Resultados / Plan de cuidado \_\_\_\_\_  
Nombre relación teléfono
- Mi factura
- Citas solamente
- Resultados / Plan de cuidado \_\_\_\_\_  
Nombre relación teléfono
- Mi factura
- Citas solamente
- Resultados / Plan de cuidado \_\_\_\_\_  
Nombre relación teléfono
- Mi factura

Firma de el paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Escriba su nombre \_\_\_\_\_

Firma del representante legal de personal \* \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Escriba su nombre \_\_\_\_\_

\* Necesaria sólo si el paciente es un menor de edad o incapaces de representar a sí mismo.