

Inscripción para el Paciente

Información del Paciente

(Primer nombre y apellidos) _____ Nombre Primario Preferido _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Tel. CASA _____ Tel. CELULAR _____ Tel. TRABAJO _____

Forma de contacto preferido (Marque los que apliquen): ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Carta ☐ Portal

¿Desea unirse al Portal de Pacientes? ☐ Sí ☐ No Correo Electrónico (Requerido para usar el Portal): _____

Médico Primario: _____ Proveedor Refiriendo (si aplicable): _____

EMPLEADOR: _____ ESTATUS DE EMPLEO ☐ Completo ☐ Parcial ☐ Dueño de empresa ☐ Desempleado

OCUPACIÓN: _____ ☐ Retirado ☐ Ama de casa ☐ Militar Activo ☐ Desconocido

TEL. EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____

IDIOMA PRIMARIO: _____ ¿NECESITA INTÉRPRETE? ☐ Sí ☐ No

DONADOR DE ÓRGANO ☐ Sí ☐ No ESTATUS COMO VETERANO: _____

ESTADO CIVIL

- ☐ Anulado ☐ Casado(a)
☐ Elijo no divulgar ☐ Casado(a), Unión de Hecho
☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a)
☐ Separación Legal ☐ Desconocido
☐ Pareja ☐ Viudo(a)

PRONOMBRES

- ☐ Elijo no revelar
☐ Él
☐ Ella
☐ Ellos
☐ Ze, Hir
☐ No está listado (favor especificar): _____

SEXO AL NACER

- ☐ Masculino
☐ Femenino
☐ Indiferenciado

SEXO LEGAL

- ☐ Femenino
☐ Masculino
☐ No-Binario
☐ Otro
☐ Desconocido/Indiferenciado

RAZA

- ☐ Indio Norteamericano ☐ Asiático ☐ Blanco/Caucásico
☐ Elijo no divulgar ☐ Hawaiano/ Isla ☐ Negro/Afroamericano
☐ Desconocido ☐ del Pacífico ☐ Otro : _____

ETNICIDAD

- ☐ Cubano ☐ Elijo no contestar
☐ Hispano o Latino ☐ Mexicano o Chicano
☐ Ni hispano o latino ☐ Hispano de otro origen
☐ Puertorriqueño ☐ Desconocido

ORIENTACIÓN SEXUAL

- ☐ Niego a responder ☐ Gay
☐ No sé ☐ Lesbiana
☐ Heterosexual ☐ Pansexual
☐ Asexual ☐ Queer
☐ Bisexual
☐ Describa aquí si no está listado: _____

IDENTIDAD DE GÉNERO

- ☐ Niego a responder
☐ Femenino
☐ Masculino
☐ No-binario / Género fluido
☐ Transgénero Femenino (Hombre-a-Mujer)
☐ Transgénero Masculino (Mujer-a-Hombre)
☐ Describa aquí si no está listado: _____

Información de su Seguro Médico

Seguro Médico Primario		Seguro Médico Secundario	
Seguro ID#	GRUPO#	Seguro ID#	GRUPO#
Nombre del Inscrito (Portador del Seguro)	Fecha de Nacimiento	Nombre del Inscrito (Portador del Seguro)	Fecha de Nacimiento
Dirección	Teléfono	Dirección	Teléfono
Relación con el Paciente:		Relación con el Paciente:	
☐ Mismo paciente	☐ Padre/Madre	☐ Mismo paciente	☐ Padre/Madre
☐ Cónyuge	☐ Otro _____	☐ Cónyuge	☐ Otro _____

Si está aquí por lesión laboral, es: ☐ Relacionado al trabajo ☐ Relacionado al automóvil ☐ Ninguno _____
Fecha de lesión

Partido Responsable/Garante

Nombre completo de persona responsable	Fecha de Nacimiento	Empleador	RELACIÓN: ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Mismo
			☐ Cónyuge ☐ Otro:_____
Dirección	Tel. CASA	Tel. TRABAJO	Género: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Indiferenciado

Contacto de Emergencia

CONTACTO DE EMERGENCI	RELACIÓN CON EL PACIENTE	TELÉFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA
-----------------------	--------------------------	------------------------------------

Consentimiento para Tratamiento

Doy mi consentimiento (en mi nombre o en el del Paciente) y autorizo a los médicos, auxiliares médicos, enfermeras practicantes y otros profesionales de la salud de Frederick Health Medical Group a proporcionar el diagnóstico, la atención y el tratamiento que se consideren necesarios para mi atención. Doy mi consentimiento para la presencia de observadores y personas que brinden apoyo técnico y asesoramiento con el fin de promover la educación o mejorar mi atención médica. Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones informadas sobre mi atención médica, incluido el derecho a rechazar la atención y a revocar, por escrito, el consentimiento para cualquier servicio, procedimiento o tratamiento que no se haya proporcionado previamente. Entiendo y acepto que es mi obligación cumplir con todas las instrucciones razonables de mis profesionales de la salud para obtener el mejor resultado posible.

INICIALES

FECHA

Asignación de Beneficios

Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Frederick Health Medical Group. El pago se debe al recibir el servicio. Los copagos deben pagarse al momento de la visita al consultorio, por lo que entiendo que no puedo solicitar que se facture mi copago. Si no puedo pagar mi copago al momento de la visita, podría tener que reprogramar mi cita. Seré responsable de los honorarios y cargos según Frederick Health Medical Group y mi plan de salud. Si no proporciono una tarjeta de seguro válida en cada visita, seré responsable de los servicios.

INICIALES

FECHA

Confirmación de haber recibido el Aviso de Privacidad

A mí, paciente o representante del paciente de Frederick Health Medical Group, se me ha ofrecido una copia del Aviso de las Normas de Privacidad, que describe mis derechos de privacidad de acuerdo con los requisitos federales y estatales.

INICIALES

FECHA

Consentimiento para Telemedicina

Frederick Health Medical Group ofrece la telemedicina como opción para ciertas citas. Si se me ofrece una consulta de telemedicina y decido participar, entiendo que la atención se puede brindar mediante tecnologías de comunicación electrónica y reconozco los beneficios y riesgos potenciales asociados, incluidas las limitaciones tecnológicas o de privacidad. Confirmando que me encontraré en el estado de Maryland al inicio de cualquier consulta de telemedicina

INICIALES

FECHA

Tecnología de atención avanzada

Frederick Health se dedica a proporcionar una atención óptima. Para mejorar la eficiencia y permitir un enfoque en las necesidades individuales, se pueden utilizar herramientas de Inteligencia Artificial (IA) para ayudar con la documentación médica, la recopilación de información y otros casos de uso a medida que avanza la tecnología.

Por ejemplo, la tecnología de IA que puede utilizarse en su cita/encuentro con el proveedor ayuda a transcribir y resumir las discusiones que son grabadas por la herramienta. Puede optar por no utilizar esta tecnología de transcripción de IA notificando a su proveedor de atención médica en el momento de su cita.

Los proveedores de atención médica revisarán, editarán y finalizarán toda la documentación asistida por IA para asegurarse de que sea precisa. La IA no reemplaza la experiencia médica humana ni la toma de decisiones.

INICIALES

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

FECHA

Consentimiento de comunicación

Entiendo que Frederick Health/Frederick Health Medical Group y sus afiliados pueden comunicarse conmigo a mi teléfono celular o residencial, lo que puede incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o un dispositivo de marcación automática (marcador automático) o por mensaje de texto o correo electrónico en relación con cualquier comunicación que se me haya hecho o relacionada con mis cuentas, incluso si se me cobra la llamada según mi plan telefónico. Entiendo que no es necesario proporcionar mi número de teléfono para obtener servicios. También puede ponerse en contacto conmigo por correo electrónico utilizando cualquier dirección de correo electrónico que le haya proporcionado.

- ☐ Sí, puede llamar o enviar un mensaje de texto a mi teléfono celular a: _____

Esta comunicación es para confirmar citas en el consultorio o dejar un mensaje sobre mi atención.

- ☐ No, **por favor no** se comunique conmigo por los siguientes medios: _____

Autorizo a mi proveedor y al personal correspondiente a compartir información médica y/o de facturación sobre mi atención médica y/o mi cuenta con las siguientes personas, como se indica a continuación:

NOMBRE del Contacto de HIPAA	Relación	Teléfono
-------------------------------------	----------	----------

NOMBRE del Contacto de HIPAA	Relación	Teléfono
-------------------------------------	----------	----------

Es responsabilidad del paciente notificar a Frederick Health Medical Group sobre cualquier cambio en este formulario.

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE
--	----------------------------------

Número del Teléfono Celular

Firma del Paciente o Persona Responsable	Fecha
--	-------

Testigo (Witness)	Fecha (Date)
-------------------	--------------

Nombre completo del Paciente	Fecha de Nacimiento
Profesión	
Nombre del Médico Primario	Farmacia preferida y su ubicación
Razón por su visita	Fecha que comenzó la enfermedad / lesión
¿Alguna caída en este año? ☐ Sí ☐ No ¿Cuántas veces? _____ ¿Se lastimó? ☐ Sí ☐ No	
¿Usa un dispositivo para ayudarlo a caminar o se le ha recomendado uno? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A Detalles: _____	

Antecedentes Pasados Marque todas las condiciones que haya tenido en el PASADO.

CÁNCER ☐ TIPO: _____ AÑO: _____ CÁNCER ☐ TIPO: _____ AÑO: _____ CÁNCER ☐ TIPO: _____ AÑO: _____ CARDIOVASCULAR (Corazón y vasos sanguíneos) ☐ Angina (dolor de pecho) ☐ Arritmia/ latidos irregulares ☐ Coágulo de sangre/TVP (Trombosis venosa profunda) FECHA: _____ ☐ Ataque Cardíaco/IM Fecha: _____ ☐ Enfermedad Cardíaca/Enfermedad Coronaria Arterial ☐ Alto Colesterol/Hiperlipidemia ☐ MVP (prolapso de la válvula mitral) ☐ Venas Varicosas/Enfermedad vascular periféricas ☐ Hipertensión/Presión alta ☐ Marcapasos / Año: _____ ☐ Stent / Fecha: _____ ☐ Desfibrilador cardioversor automático Implantable) HUESOS, ARTICULACIONES Y MÚSCULOS ☐ Artritis ☐ Fibromialgia ☐ Gota ☐ Osteoporosis SALUD MENTAL ☐ Ansiedad / Fecha: _____ ☐ Trastorno Bipolar/ Fecha: _____ ☐ Depresión / Fecha: _____ ☐ Abuso de drogas / Fecha: _____ ☐ OTRO: _____ Fecha: _____	Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz y Garganta ☐ Ciego / Fecha: _____ ☐ Sordo / Fecha: _____ ☐ Pérdida de audición / Fecha: _____ ☐ Glaucoma / Fecha: _____ PULMONAR / RESPIRATORIO ☐ Asma ☐ Enfisema ☐ EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) ☐ EP (Embolia Pulmonar/Coágulo en el pulmón) Fecha: _____ ☐ Neumonía ☐ Apnea del Sueño ☐ Actualmente usando el dispositivo C-PAP ☐ TB (tuberculosis) / Fecha: _____ Genítourinario (Riñones y vías urinarias) ☐ Falla renal ☐ Insuficiencia renal ☐ Infección de las vías urinarias (Mal de orín) TRASTORNO NEUROLÓGICO (Cerebro y Sistema nervioso) ☐ Enfermedad de Alzheimer's ☐ Demencia ☐ Esclerosis Múltiple ☐ Enfermedad de Parkinson ☐ Trastorno convulsivo ☐ Derrame / Fecha: _____ ☐ Miastenia gravis ☐ Distrofia Muscular ☐ Migrañas ☐ Scoliosis ☐ Artritis Reumatoide	HEMATOLÓGICO (Sangre y nódulos linfáticos) ☐ Anemia ☐ Hemofilia ☐ Drepanocito o Anemia Falciforme ☐ Trastornos de coagulación ☐ Lupus GASTROINTESTINAL (Sistema digestivo) ☐ Pólipos en el intestino grueso (Colon) ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C ☐ Hepatitis – Tipo desconocido ☐ Hernia ☐ Intestinos irritables ☐ Úlcera estomacal ☐ Enfermedad del hígado/Cirrosis ☐ Reflujo Ácido ☐ Enfermedad de Crohn ☐ Colitis Ulcerativa ENDOCRINO (Hormonas y Metabolismo) ☐ Diabetes – Tipo I ☐ Diabetes – Tipo II ☐ Diabetes – Tipo desconocido ☐ Disfunción de la Tiroides ☐ Hipotiroidismo (baja) ☐ Hipertiroidismo (alta) ☐ Hemoglobina A1C ☐ Cáncer de la Tiroides TRASTORNOS AUTOINMUNITARIOS E INFECCIOSOS ☐ SIDA / Fecha: _____ ☐ VIH Positivo / Fecha: _____ ☐ MRSA (SARM-Estafilococo Resistente a la Meticilina) ☐ Enfermedad de Lyme / Fecha: _____
--	--	---

Otras condiciones no mencionadas arriba: _____

Antecedentes Quirúrgicos del Pasado. Marque todos los aplicables e indique derecho o izquierdo (D/I) cuando apropiado.

☐ Articulación / Año: _____ D/I

☐ Aneurismo / Año: _____

☐ Angioplastia / Año: _____

☐ Angio con stent / Año: _____

☐ Apendectomía / Año: _____

☐ Artroscopia / Año: _____
Dónde: _____ D/I

☐ Espalda / Año: _____

☐ Cardíaco/Corazón / Año: _____

☐ Cataratas / Año: _____ D/I

☐ Colectomía / Año: _____

☐ Colonoscopia / Año: _____

☐ Cesárea / Año: _____

☐ Tubos en oído / Año: _____

☐ Vesícula / Año: _____

☐ Bypass gástrico / Año: _____

☐ Hernia / Año: _____

☐ Reemplazo de Cadera / Año: _____ D/I

☐ Histerectomía / Año: _____ Ovarios: D/I

☐ Reemplazo de Rodilla / Año: _____ D/I

☐ Senos / Mamas / Año: _____ D/I

☐ Próstata / Año: _____

☐ Tiroidectomía / Año: _____

☐ Amigdalectomía / Año: _____

☐ Ligadura de trompas / Año: _____

☐ Vasectomía / Año: _____

OTRAS CIRUGÍAS NO ENUMERADAS:

☐ OTRO _____ AÑO: _____

☐ OTRO _____ AÑO: _____

☐ OTRO _____ AÑO: _____

☐ OTRO _____ AÑO: _____

☐ OTRO _____ AÑO: _____

☐ Problemas pasados con la anestesia (Si indicó sí, explique): _____

BAJO TRATAMIENTO EN LA ACTUALIDAD:

☐ Dialisis

☐ Quimioterapia

☐ Radiación

☐ Oxígeno (Día/Noche) _____ litros

Antecedentes en su familia ¿Algún miembro de su familia (de sangre) ha padecido de uno o más de los siguientes trastornos o enfermedades? Si indicó que sí, favor marque las casillas apropiadas y especifique cuál familiar junto a la enfermedad.

☐ Cáncer/Tipo _____

☐ Presión alta _____

☐ Demencia _____

☐ Cáncer/Tipo _____

☐ Depresión _____

☐ Gota _____

☐ Cáncer/Tipo _____

☐ Anemia Falciforme _____

☐ Suicidio _____

☐ Cáncer/Tipo _____

☐ Tuberculosis _____

☐ Epilepsia _____

☐ Enfermedad Cardíaca _____

☐ Glaucoma _____

☐ Tiroides _____

☐ Derrame _____

☐ Asma _____

☐ Sanguíneo _____

☐ Diabetes _____

☐ Colesterol alto _____

☐ Alcohólico _____

☐ Riñones _____

Historia Social

USO DE ALCOHOL

¿Consumo alcohol? ☐ Del todo ☐ Raramente (social) ☐ A menudo # de bebidas por semana: _____ ☐ Lo dejó ¿Cuándo? _____

¿ Tipo de alcohol que consume? ☐ Cerveza ☐ Vino ☐ Licor

CONSUMO DE CAFÉINA

☐ Diario Cantidad y tipo _____ ☐ A veces Cantidad y tipo _____ ☐ Nunca

CONSUMO DE TABACO: ACTUALMENTE

¿Fuma cigarrillos regularmente en la actualidad (al menos una vez al día)? ☐ No ☐ Sí

Como promedio, ¿cuántos cigarrillos fuma por día? (1 paquete = 20) # DE CIGARRILLOS: _____

CONSUMO DE TABACO: EN EL PASADO

En el pasado, ¿fumó cigarrillos de forma regular (por lo menos 100 cigarrillos)? ☐ No ☐ Sí

¿Por cuántos años ha fumado cigarrillos regularmente (por lo menos una vez al día)? _____ Años

En el pasado y como promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó por día? (1 paquete = 20) # de cigarrillos: _____

¿Si ha dejado de fumar, ¿en qué año dejó de fumar? _____

¿Actualmente fuma cigarros, pipa, o usa tabaco de mascar? ☐ No ☐ Sí

VAPEANDO

¿Usted vapea? ☐ Actualmente, no ☐ Actualmente, sí Si está vapeando, por cuánto tiempo ha vapeado? _____ ¿Qué tipo de dispositivo(s) utiliza? _____ Potencia actual: _____ Potencia previa: _____ ¿Cuántas veces por día vapea? _____

¿Vapea por razones sociales o porque está tratando de dejar de fumar? _____

Historia Social, continuación

USO DE DROGAS

Actualmente ☐ No ☐ Sí Si contesto “Sí,” ¿qué clase(s)? _____

En el pasado ☐ No ☐ Sí Si contestó “Sí,” ¿qué clase(s)? _____

Edad en que dejó las drogas: _____ Fecha en que dejó las drogas: _____

Medicamentos Favor enumerar a continuación los medicamentos que toma en la actualidad, incluso medicinas recetadas, vitaminas, suplementos y medicamentos de venta libre.

MEDICAMENTO	DOSIS / INSTRUCCIONES	ENFERMEDAD TRATANDO	MÉDICO QUE LO RECETÓ

☐ **Lista de medicamentos separada**—ver lista adjunta a este documento

¿Está bajo tratamiento para el manejo del dolor? ☐ Sí ☐ No ¿Dónde? _____

Alergias Favor indique todas las alergias que tenga a los medicamentos listados a continuación:

☐ Aspirina

☐ Betadina

☐ Dermatitis de contacto

☐ Penicilina

☐ Cinta adhesiva

☐ Otro: _____

☐ Codeína

☐ Contraste intravenoso

☐ **Al saber, no soy alérgico(a) a nada**

☐ Sulfa

☐ Yodo/mariscos

☐ Latex

☐ Huevo, pájaros/plumas

Favor describa la reacción a los alérgenos, si tiene alguno: _____

Nombre del médico tratante en la actualidad

CARDIÓLOGO	PULMONÓLOGO	NEURÓLOGO
ENDOCRINÓLOGO	HEMATÓLOGO/ ONCÓLOGO	OTRO

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
----------------------------------	---------------------	-------