

Información del paciente – Por favor escriba con letra de imprenta

Nombre del paciente _____
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Sexo: M F Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Dirección _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono de casa _____ Número de teléfono celular _____

Empleador _____ Número de teléfono del trabajo _____

Marque uno por favor: Casado(a) Soltero(a) Parejo(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Raza: Blanco África América Asia Nativo de Hawai / otras Islas del Pacífico
 Nativo Americano / Alaska Raza Otros _____

Etnia (Origen): No Hispano o Latino hispanos o latinos preferidos (Primaria) Idioma: _____

Quién es su médico general _____

Farmacia preferida _____ Lugar _____

autorización de correo electrónico

Dirección de correo electrónico _____

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico anterior, estoy de acuerdo para permitir MANA en contacto conmigo por correo electrónico con e-boletines, recordatorios de bienestar, la salud de noticias y actualizaciones sobre los servicios relacionados con la salud proporcionados por MANA. Entiendo que MANA no compartirá la información proporcionada con las empresas de comercialización exterior.

Información de padre o madre (para menores) o de esposo

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Empleador _____ Dirección _____ Número de teléfono _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Paciente o amigo que no vive con Ud.

Persona de contacto en caso de emergencia _____ Relación _____

Número de teléfono _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

REFERIDO (A)

Si usted es un paciente nuevo, ¿cómo se enteró de la clínica o el médico?

- | | |
|--|---|
| 01 <input type="checkbox"/> Recomendado(a) por amigo o familiar | 08 <input type="checkbox"/> Periódico o Revista |
| 02 <input type="checkbox"/> Washington Regional Medical Center | 09 <input type="checkbox"/> Empleador |
| 03 <input type="checkbox"/> Guía telefónica/ Páginas amarillas telefónicas | 10 <input type="checkbox"/> el Internet o el sitio Web de la clínica |
| 04 <input type="checkbox"/> Mandado(a) a por otro médico _____ | 11 <input type="checkbox"/> La vi de la calle / ubicación de la clínica |
| 05 <input type="checkbox"/> Guía de planes de seguro | 12 <input type="checkbox"/> Otro lugar: Lostelo por favor _____ |
| 06 <input type="checkbox"/> Comité de Bienvenida o Cámara de Comercio | 13 <input type="checkbox"/> Tratado(a) por médico en el hospital |
| 07 <input type="checkbox"/> Feria de Salud de su compañía o comunidad | 14 <input type="checkbox"/> Paciente retornado/ No aplica |

➔➔ Llenar el dorso del formulario, por favor ➔➔

PERSONA QUE ES RESPONSABLE PARA EL PAGO

Yo/ Mi esposo (a) (sáltese a la próxima sección) O: (Liste padre, madre, tutor legal, u otro)

Parte de responsabilidad _____ Fecha de nacimiento _____

Relación al paciente _____ Número de Seguro Social _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Por favor dé una copia de su tarjeta de seguro a la recepcionista

MEDICARE No. de Medicare _____ - _____ - _____ - _____ Fecha de entrada en vigencia _____

Pido que los beneficios autorizados por Medicare sean pagados a mi o en mi nombre a Medical Associates of Northwest Arkansas (MANA) para los servicios proveídos a mi por ese proveedor de salud. Autorizo que cualquier persona que tenga mi información medica le de al Center for Medicare and Medicaid y sus agentes cualquier información que necesiten para determinar esos beneficios los cuales son pagable para servicios relacionados.

SEGURO PRIMARIO _____

Número de identificación _____ GP# _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____

Nombre de asegurado _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de Seguro Social _____ Relación con el asegurado: Yo Esposo Hijo Hijastro Otro

SEGUROS SECUNDARIA _____

Número de identificación _____ GP# _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____

Nombre de asegurado _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de Seguro Social _____ Relación con el asegurado: Yo Esposo Hijo Hijastro Otro

AUTORIZACIÓN DE SEGURO Y ACUERDO FINANCIERO

Yo por la presente autorizo que Medical Associates of Northwest Arkansas (MANA) le de a mi(s) compañía(s) de seguro toda la información sobre mi caso que requieren, y por la presente asigno a los médico(s) todos los pagos para servicios médicos que me han dado.

Yo comprendo que tengo la responsabilidad de pagar todo que no paga el seguro. Acepto pagar cualquier pago compartido y cantidad debida al tiempo de recibir los servicios.

Firmado _____ Fecha _____

CONFIRMACIÓN DE PATIENT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

He recibido una copia de la Patient Notice of Privacy Practices de Medical Associates of Northwest Arkansas.

Firma _____ Fecha _____

Si este formulario de confirmación fue completado por un representante personal, un tutor, o un padre, por favor escriba con letra de imprenta su nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, y relación con el paciente aquí:

Si quiere autorizar que la clínica MANA le dé su información a **un familiar, un esposo(a), o un representante personal**, por favor complete un **Individual Authorization Form**, que es proveído por la recepcionista.



**Cuestionario para
pacientes nuevos**
Más que 40 años de edad



Nombre _____ Fecha _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Médico general _____

ALERGIAS: (incluya reacción, i.e. erupción, problemas con la respiración)

MEDICACIONES Y DOSIS: Incluya vitaminas, minerales y suplementos a base de hierbas.

MANTENIMIENTO DE SALUD: Cuáles de los exámenes y vacunas más abajo ha tenido Ud. y cuándo? Cuáles eran los resultados?

	Mes/Año	Resultados	Tratamientos
Papanicolaou			
Pruebas anormales de Papanicolaou?			
Mamograma			
Colonoscopia			
DEXA (prueba de densidad ósea)			
Prueba de colesterol			
Análisis de sangre general			
Refuerzo de tétanos-difteria			

OPERACIONES: Incluya datos _____

ACCIDENTES MAYORES O HERIDAS/HOSPITALIZACIÓN: Incluya datos _____

- ___ ¿En cuál día empezó su **última regla**?
- ___ ¿Cuántos veces ha sido embarazada?
- ___ Número de hijos vivos
- ___ Número de partos vaginales ___ Cesáreas
- ___ ¿A cuál edad empezó Ud. a tener reglas?
- ___ ¿Cada cuanto viene su regla?
- ___ ¿Cuántos días dura su regla?
- ___ ¿Tiene problemas con su regla?
Si es así, explique _____
- ___ ¿Es sexualmente activa?
- ___ ¿Que métodos anticonceptivos usa?

- ___ ¿Se preocupa en exposición a **enfermedades transmitida sexualmente**?
- ___ ¿Tiene **dolores de la pelvis**?
- ___ ¿Le duele cuando orina?
- ___ ¿Tiene **flujo anormal de la vagina**?
- ___ ¿Tiene comezón anormal en la vagina?
- ___ ¿Tiene problemas con **escape de orina**?
- ___ ¿Fuma Ud.? _____
 fumador actual - todos los días (cuantos) _____
 fumador actual – ocasionales _____ ex fumador
 nunca han fumado desconocen su estatus de fumador desconoce si ha fumado
- ___ ¿Usas alcohol o drogas? _____
- ___ ¿Con que frecuencia? _____

___ ¿Tiene **preocupaciones sexuales**?

¿QUE PREOCUPACIONES TIENE?

Medical Associates of Northwest Arkansas (MANA)

Aviso de Prácticas de Privacidad

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor, léalo atentamente.**

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Usted puede pedir ver o recibir una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le entregaremos una copia o resumen de su información de salud, normalmente dentro de 30 días de su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable por los costos.

Pídanos corregir su expediente médico

- Nos puede pedir corregir la información de salud sobre usted que piensa que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le explicaremos los motivos por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Usted puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o del trabajo) o que le enviemos la correspondencia a otra dirección.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Pídanos que limitemos la información que usamos o compartimos

- Usted nos puede pedir que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decirle que “no” si puede afectar su cuidado.
- Si usted paga por un servicio o ítem de atención de salud de su bolsillo, puede pedirnos no compartir esa información para propósitos de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Le diremos que “sí” a menos que alguna ley nos exija compartir dicha información.

Obtener una lista de las personas/entidades con las que hemos compartido información

- Usted puede pedirnos una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Nosotros incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, pago y operaciones de atención de salud y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos pida hacer). Le entregaremos un registro al año gratis pero le cobraremos una tarifa razonable por costos si usted nos pide otra dentro de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Usted puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si usted aceptó recibir el aviso electrónicamente. Nosotros le entregaremos la copia en papel pronto.

Designar a una persona que actúe por usted

- Si usted le ha dado a alguien un poder de representación médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nosotros nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y que puede actuar por usted antes de que tomemos cualquier acción.

Presentar una queja si cree que sus derechos han sido violados

- Usted puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros usando la información incluida en la página 1.
- Usted puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Humanos (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamando a 1-877-696-6775, o visitando la página web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos ninguna acción contra usted por presentar una queja.

Sus elecciones

Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus elecciones sobre qué compartimos.

Si usted tiene una preferencia clara de cómo debemos compartir su información en las situaciones descritas abajo, hable con nosotros. Díganos que quiere que hagamos y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y alternativa de pedirnos:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en su cuidado
- Compartir información en caso de alivio de desastres
- Incluir su información en el directorio del hospital

Si usted no puede comunicarnos su preferencia, por ejemplo si esta inconsciente, nosotros compartiremos su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos nunca compartiremos su información a menos que nos dé un permiso escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información
- Compartir notas de psicoterapia

En caso de recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted por campañas de recaudación de fondos, pero usted puede decirnos que no lo contactemos otra vez por ese motivo.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos típicamente su información de salud?

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes formas.

Para tratarlo

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: Un doctor que lo trata por una lesión pregunta a otro doctor sobre su estado general de salud.

Funcionamiento de nuestra organización

Podemos usar y compartir su información de salud para el funcionamiento de nuestra entidad, mejorar su cuidado y comunicarnos con usted cuando es necesario.

Ejemplo: Nosotros usamos la información de salud sobre usted para manejar su tratamiento y servicios.

Facturar sus servicios

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pago de planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Podemos dar información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague sus servicios.

¿De qué otras formas usamos o compartimos su información de salud?

Se nos permite o exige compartir su información de salud de otras maneras: normalmente en formas que contribuyen al bien público, tales como salud pública e investigación. Tenemos que cumplir varias condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con retiros de productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de otra persona

Hacer investigación

Podemos usar o compartir su información para investigación médica.

Cumplir la ley

Nosotros compartiremos información sobre usted si lo exigen las leyes estatales o federales, incluido con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) si quiere verificar que estemos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos para trasplante.

Colaborar con un forense, examinador médico o director de funeraria

Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando muere una persona.

Abordar solicitudes de indemnización laboral, agencias de la ley y otras agencias del gobierno

Podemos usar o compartir la información de salud sobre usted:

- Para demandas de indemnización laboral
- Para la aplicación de la ley o con un agente de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno como las fuerzas armadas, seguridad nacional y servicios de protección presidenciales.

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

No comercializamos ni vendemos información personal.

No creamos ni conservamos notas de psicoterapia en esta práctica clínica.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos oportunamente si ocurre una violación que puede haber puesto en peligro la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las tareas y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información excepto en lo descrito aquí a menos que usted nos autorice a hacerlo por escrito. Si usted nos dice que podemos, puede cambiar de idea en cualquier momento. Díganos por escrito si cambia de idea.

Para mayor información vea:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Encargado de Privacidad de Medical Associates of Northwest Arkansas (MANA):

Paula Maxwell, Directora de Operaciones

3383 N. MANA Court, Suite 201

Fayetteville, AR, 72703

Teléfono: (479) 571-6780

Correo electrónico: privacyofficer@mana.md

Fecha de entrada en vigencia: 23 de septiembre de 2013

Autorización a personas específicas

Yo, _____, doy a todos los médicos y empleados profesionales de **MANA Northwest Arkansas Pediatric Clinic** el permiso de revelar la información privada de salud descrita abajo a las personas nombradas, a la petición de una o más de ellas.

La información específica que pueden recibir estas personas es:

- Expediente completo del paciente
 Información específica:

Favor de escribir en letras de imprenta:

Nombre	Relación
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

También doy permiso a **MANA NWA Pediatric Clinic** de dejar un mensaje con mi máquina de contestar si necesitan recordarme de una cita, cambiar una cita, etc. y no pueden ponerse en contacto conmigo de otra manera.

- Sí No

Entiendo que **MANA NWA Pediatric Clinic** no revelará información a personas no nombradas arriba.

Además entiendo o reconozco el siguiente:

1. Tengo derecho de revocar esta autorización a cualquier momento, por un aviso escrito a **MANA NWA Pediatric Clinic** a la dirección encima.
2. He recibido la Noticia de Prácticas de Privacidad de **MANA NWA Pediatric Clinic** “
3. La información privada de mi salud se puede revelar otra vez por una o más de las personas nombradas, y que este acuerdo no puede prevenir tal posibilidad.

Esta autorización se terminará el día _____ de _____, 20__.

Favor de escribir en letras de imprenta

Nombre de paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma

Fecha

En el evento que la autorización se cumple por un representante personal, guardián, o padres, favor de escribir en letras de imprenta su nombre y su relación al paciente. _____

