

# NUEVO FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES DE ATENCION PRIMARIA

Centro de llamadas: (718) 734-2539

Patient Information			
<b>Apellido:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Dirreccion:</b>	<b>Ciudad, Estado, Codigo Postal</b>
<b>Seguro Social:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Sexo al Nacer:</b> <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	<b>Eres un Veterano?</b> <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<b>Correo Electronico:</b>	<b>Telephone(Celular):</b>	<b>Telephono(Casa):</b>	<b>Idioma de Preferencia:</b>
<b>En cuanto a mi citas, tratamiento, seguro, visitas preventivas y mi cuenta: (seleccione todo lo que corresponda)</b> <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo Electronico <input type="checkbox"/> Portal del Paciente, cuando corresponda <input type="checkbox"/> Niego el consentimiento Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento llamando al (718) 734-2539. _____(inicial)			
<b>Identidad de género:</b> <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Trans Masculino/De mujer a hombre <input type="radio"/> Trans Femenino/De hombre a mujer <input type="radio"/> Elija no revelar <input type="radio"/> Otro: _____	<b>Ethnicidad:</b> <input type="radio"/> Hispano/Latino <input type="radio"/> No hispano/latino <input type="radio"/> No reportado/ rechazar para informar	<b>Orientación sexual:</b> <input type="radio"/> Lesbiana/Gay <input type="radio"/> Heterosexual (No Lesbiana o Gay) <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Algo Mas <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> Elija no divulgar	<b>Raza/Etnia:</b> <input type="radio"/> Nativo Hawaiano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Otros isleños del Pacífico <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro/Afroamericano <input type="radio"/> Niego <input type="radio"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="radio"/> No reportado/Rechazado para informar <input type="radio"/> Más de una Raza/Etnia
<b>Si Asiatico:</b> <input type="radio"/> Chino <input type="radio"/> Japonés <input type="radio"/> Filipino <input type="radio"/> Otra: _____	<b>Si Hispano:</b> <input type="radio"/> Mexicano, Mexicano Americano o Chicano/Chicana <input type="radio"/> Cubano <input type="radio"/> Puertorriqueño <input type="radio"/> Otro: _____		
<b>Tamaño del hogar:</b>	<b>Ingresos Anuales:</b>		
<b>Farmacia Preferida:</b> _____	<b>Estado civil (comprobar uno)</b> <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separados		
<b>Dirreccion:</b> _____	<b>¿Cómo se enteró de nosotros?</b>		
<b>Telefono:</b> _____			

**HOUSING STATUS**

<input type="radio"/> Refugio para personas sin hogar	<input type="radio"/> Calle	<input type="radio"/> Duplicando	<input type="radio"/> Otro:
<input type="radio"/> Vivienda de transición	<input type="radio"/> Vivienda de Apoyo Permanente	<input type="radio"/> Desconocido	_____

**Contacto de emergencia**

<b>Apellido:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Relacion:</b>
<b>Dirreccion:</b>	<b>Phone Number:</b>	

**RESPONSIBLE PERSON (IF OTHER THAN PATIENT)**

<b>Last Name:</b>	<b>First Name:</b>	<b>Relationship:</b>
<b>Address:</b>		<b>Número de teléfono:</b>

**INFORMACIÓN DE EMPLEO**

<b>Empleador del Paciento o persona responsable</b>	<b>Dirección de la empresa</b>
<b>Número de teléfono del empleador</b>	

**PRIMERA POLIZA DE SEGURO**

<b>Número de póliza</b>	<b>Número de grupo</b>	<b>Nombre del grupo (por ejemplo, empleador, etc)</b>
<b>Nombre del titular de la póliza</b>		<b>Nombre del titular de la póliza</b> [ ] Mismo [ ] Pareja [ ] Hijo dependiente [ ] Otros
<b>Nombre del Seguro</b>		<b>Dirección del seguro</b>
<b>Ciudad, Estado, Codigo Postal</b>		<b>Número de teléfono del seguro</b>

**SEGUNDA POLIZA DE SEGURO**

<b>Número de póliza</b>	<b>Número de grupo</b>	<b>Nombre del grupo (porejemplo, empleador, etc)</b>
<b>Nombre del titular de la póliza</b>		<b>Nombre del titular de la póliza</b> [ ] Mismo [ ] Pareja [ ] Hijo dependiente [ ] Otros

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y LIBERACION DE INFORMACIÓN**

**PACIENTE DE MEDICARE**

"Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare se realice a mí o en mi nombre a Promesa, Inc./La Casa De Salud, Inc. por cualquier servicio que me proporcione el médico o proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar al centro de Servicios de Medicare y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados

Entiendo que la información se divulgará a:

Todos los profesionales de Promesa, Inc./La Casa De Salud, Inc. y los transportistas de seguros de salud por razones de auditoría de cartas o reclamaciones de seguros.

Entiendo que mi médico y/o su personal y la oficina de facturación no divulgarán información a mí ni a mi familiar por teléfono sin verificar mi identidad para cumplir con las normas de privacidad. También entiendo que mi médico y su personal y la oficina de facturación mantendrán el mayor respeto por la privacidad.

Con mi firma, declaro que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con esta autorización y publicación.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o guardián

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

**EL PACIENTE QUE NO ES MEDICARE**

Yo autorizo la liberacion de cualquier informacion medica necesaria para procesar el pago de facturas pertinentes a mi cuidado medico. Yo autorizo el pago al proveedor Promesa, Inc./La Casa de Salud Inc. Esta autorizacion estara en efecto hasta que decida revocarla por escrito. Una copia de esta autorizacion sera considerada valida como la original.

Yo entiendo que mi informacion sera liberada a:

- Departamento de cobros y finanzas de la practica medica.
- Tambien, entiendo que mi informacion sera liberada bajo ciertas circunstancias por una de las siguientes razones:
  1. A otros profesionales de servicios de salud con la finalidad de coordinar mi cuidado medico y tratamientos.
  2. Proveedor de seguro medico para propositos de calidad, auditoria o para procesar pagos.

Con mi firma, yo declaro que he leído, comprendido y estoy de acuerdo por la autorizacion y liberacion de informacion.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o guardián

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NOTICE TO PATIENTS**

This practice serves all patients regardless of ability to pay. Discounts for essential services are offered depending upon family size and income.

\*\*\*\*\*

**AVISO PARA PACIENTES**

Los centros de salud ofrecen servicios de atención médica primaria y preventiva, sin considerar la capacidad de los pacientes para pagar.

Los cargos generados por servicios de salud son calculados de acuerdo al nivel de ingreso del paciente.

Pacientes pueden aplicar para servicios médicos con la recepcionista en la clínica.

Gracias

## El aviso de la aislamiento practica el reconocimiento

Entiendo que, bajo acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro del brezo de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertas derechos a la aislamiento con respecto a mi información protegida de la salud. Entiendo que esta información puede y será utilizada conducir plan y dirigir mi tratamiento y carta recordativa entre los abastecedores múltiples del cuidado médico que pueden estar implicados en ese tratamiento directamente e indirectamente; obtenga el pago de pagadores de tercera persona; y operaciones normales del healthcare de la conducta tales como gravámenes de la calidad y certificación del médico.

He recibido una copia de Acacia Network y su Aviso de privacidad para afiliados para la salud protegida Información, que contiene una descripción más completa de cómo se puede usar mi información médica. y divulgada, y cómo puedo acceder a esta información.

Nombre paciente: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

---

### USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Procuré obtener la firma del paciente en el reconocimiento en el aviso del reconocimiento de las prácticas de la aislamiento, pero no podía hacer tan.

Fecha:	Iniciales:	Razón:
--------	------------	--------

## Consentimiento para el tratamiento médico

Nombre paciente: \_\_\_\_\_

Número de registro médico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente, autorizo Promesa, Inc./La Casa De Salud, Inc. A través del personal médico o su personal apropiado de proveer cuidado médico y/o cuidado dental, de administrar tales retinas de exámenes diagnósticos y los procedimientos que incluyen pero no limitados a la radiografía de la diagnosis, la administración y/o la inyección de productos farmacéuticos y las medicaciones y el dibujo de la sangre, como pronuncie el personal del centro arriba mencionado como sea considerado prudente hacer necesario por el personal de Promesa, Inc./La Casa de Salud, Inc.

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

\_\_\_\_\_  
Paciente/Relativo o Guarda lega:

\_\_\_\_\_  
Testigo

La firma de este paciente debe ser obtenida a menos que el paciente sea un menor de edad bajo edad de 18 años.

**Gracias por escoger nuestro servicios! Estamos comprometidos para el éxito de su tratamiento médico y cuidado.** Entienda por favor que el pago de su cuenta es parte de este tratamiento y cuidado.

Para su conveniencia, hemos desarrollado una declaración escrita de nuestras políticas financieras. Si usted necesita la información adicional sobre ninguno de estos políticas, pida por favor hablar con el administrador de oficinas o llamar a nuestro encargado de la facturación en 718-734-2539. **Por favor note que las declaraciones para los pacientes les son envidadas desde nuestra oficinas de cuentas.**

**Es importante que usted entienda que su cobertura de salud médico es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros y su cuenta con su Doctor/s para los servicios proporcionados (proveidos) es un acuerdo entre usted y su doctor.**

Participamos con la mayoría pero no todas las compañías de seguros. Si usted no es seguro de su participación con su compañía de seguros, éntrelos en contacto con por favor para verificar nuestra participación.

Todo co-paga y los deductibles son la responsabilidad del paciente. **Usted es responsable del pago de cualquier co-paga o del seguro del co- a la hora de servicio.** Si el pago no se hace a la hora de servicio, un honorario de proceso de \$10.00 será cargado y agregado a su cuenta.

Si participamos con su compañía de seguros, todos los servicios realizados en nuestra oficina, serán sometidos a ellos, a menos que recibamos la notificación anterior de servicios no cubiertos. No todos los servicios son una ventaja cubierta en todos los contratos de seguro. Tener más de un asegurador no significa necesariamente que los servicios son una ventaja cubierta en todos los contratos de seguro. Tener más de un asegurador no significa necesariamente que los servicios que usted recibe serán cubiertos 100%. Paga secundaria de los aseguradores en función de lo que paga el portador primario. Mandaremos la cuenta su seguro secundario como cortesía a usted. Usted es responsable de cualquier equilibrio que siga habiendo después de que todo el seguro haya procesado su demanda.

**Pagos por servicios realizados:**

Nuestra oficinas aceptan dinero y un cheques personal para su conveniencia. Cheques devueltos serán seran sujetos a un cargo de \$25.00 un precio de servicio. Los cheques vueltos múltiples darán lugar a su que es requerido para pagar con efectivo o la tarjeta de crédito solamente.

Si necesitamos mandarle la cuenta para los servicios realizados, nuestra oficina le enviará una declaración mensual. Cualquier equilibrio excepcional es debido en el plazo de 30 días de la declaración. Todos los equilibrios que alcanzan 90 días serán sujetos a los procedimientos de la colección. Si su cuenta se envía a una agencia de colección su voluntad responsable de toda la colección y cuotas legales incurridas en durante este proceso y su cuidado a travez de PROMESA, INC/LCDS,INC. puede ser terminado. Sabemos que temporariamente problemas financieros le pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si se presentan tales problemas, le preguntamos que éntrenos en contacto con puntualmente para la ayuda en la gerencia de su cuenta.  
He recibido la poliza financier de Promesa, Inc.

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

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE RHIO BRONX RHIO, INC

En este Formulario de Consentimiento, usted puede optar por autorizar a Name of Participant obtener acceso a sus registros médicos a través de una red informática operada por Bronx RHIO, Inc., la cual forma parte de una red informática de todo el estado. Esto puede ayudar a reunir los registros médicos que usted tiene en los distintos lugares donde recibe atención médica y permitir que estén disponibles de forma electrónica para nuestra oficina.

Puede utilizar este Formulario de Consentimiento para decidir si autoriza o no a Name of Participant a consultar y obtener acceso a sus registros médicos electrónicos de esta forma. Puede dar o no dar su consentimiento, y este formulario se puede completar ahora o más adelante. **Su decisión no afectará su capacidad para recibir asistencia médica o cobertura de su seguro de salud. Su decisión de dar o no dar su consentimiento no podrá utilizarse como fundamento para negar los servicios de atención de la salud.**

Si marca el casillero "**DOY MI CONSENTIMIENTO**" más abajo, usted estará diciendo: "Sí, el personal de Name of Participant que participa en mi atención puede consultar y obtener acceso a todos mis registros médicos a través de Bronx RHIO, Inc."

Si marca el casillero "**NO DOY MI CONSENTIMIENTO**" más abajo, usted estará diciendo: "No, Name of Participant no tiene autorización para acceder a mis registros médicos a través de Bronx RHIO, Inc. para ningún fin".

Bronx RHIO, Inc. es una organización sin fines de lucro. Comparte información electrónicamente y de manera segura sobre la salud de las personas para mejorar la calidad de los servicios de atención médica. Esta forma de compartir datos se denomina *ehealth* o Informática de la Salud (*Health IT*). Para obtener más información sobre *ehealth* en el Estado de Nueva York, lea el folleto "*Better Information Means Better Care*" (Mejor información equivale a mejor atención). Puede pedirselo a Name of Participant o visitar el sitio web [www.ehealth4ny.org](http://www.ehealth4ny.org).

**Lea detenidamente la información que se encuentra al dorso de este formulario antes de tomar su decisión.**

**Sus opciones de consentimiento.** Puede llenar este formulario ahora o en el futuro. Usted tiene dos opciones.

- DOY MI CONSENTIMIENTO a Name of Participant para que acceda a TODA mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. en lo que respecta a proporcionarme cualquier servicio de atención médica, incluida la atención de emergencia.**
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que Name of Participant acceda a mi información médica electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. para ningún fin, incluso en una emergencia médica.**

**Si usted no indica lo contrario, la ley del Estado de Nueva York autoriza a las personas que lo atiendan en una emergencia a obtener acceso a sus registros médicos, incluidos los registros disponibles a través de Bronx RHIO, Inc.**

Si NO quiere dar su consentimiento a todas las organizaciones proveedoras y a los planes de salud que participan en Bronx RHIO, Inc para que accedan a su información sanitaria electrónica a través de Bronx RHIO, Inc. puede retirar su consentimiento visitando el sitio web de Bronx RHIO, Inc en [www.bronxrhio.org](http://www.bronxrhio.org) o también llamando a Bronx RHIO, Inc en el teléfono 718-708-6630.

Entiendo que, a mi solicitud, Bronx RHIO, Inc debe proporcionarme una lista de individuos y organizaciones que han recibido mi información de salud electrónica bajo los términos de este formulario.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal, en letra de imprenta  
(si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Relación del representante legal  
con el paciente (si corresponde)





## **Derechos del paciente**

- (1) recibir los servicios independientemente de su edad, raza, color, orientación sexual, religión, estado civil, sexo, identidad de género, nacionalidad o patrocinador;
- (2) ser tratado con consideración, respeto y dignidad, lo que incluye la privacidad de su tratamiento;
- (3) ser informado sobre la disponibilidad de los servicios en la clínica;
- (4) ser informado sobre las disposiciones de la cobertura de emergencia fuera de los horarios de atención;
- (5) ser informado y recibir un cálculo de los cargos cobrados por los servicios, tener una lista de los planes de salud y hospitales con los que el centro participa; elegibilidad para reintegro a terceros y, cuando corresponda, la disponibilidad de atención gratuita o a menor costo;
- (6) recibir una copia detallada de la liquidación de su cuenta cuando así lo solicite;
- (7) obtener de parte de su médico tratante o del médico en quien se delega su atención, información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que se pueda esperar razonablemente que el paciente comprenda;
- (8) recibir de parte de su médico la información necesaria para aceptar el consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento o tratamiento que no sea de emergencia, o ambos; el consentimiento informado incluirá, como mínimo, la información relacionada con el procedimiento o tratamiento específico, o ambos, los riesgos razonables esperados y las alternativas de atención o tratamiento, si las hubiera, que un médico practicante en un caso similar divulgaría de forma que le permita al paciente tomar una decisión informada;
- (9) negarse a recibir tratamiento en la medida en que la ley lo permita y a conocer íntegramente las consecuencias médicas de esa acción;
- (10) negarse a participar en un estudio de investigación;
- (11) expresar sus quejas y sugerir cambios en las políticas y los servicios al personal de la clínica, al operador y al New York State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Nueva York);
- (12) expresar sus quejas sobre la atención y los servicios proporcionados y a que la clínica investigue dichas quejas. La clínica es responsable de proporcionar al paciente o a su persona designada una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días si así lo solicitara el paciente, en la cual se indiquen los resultados de la investigación. La clínica también es responsable de notificar al paciente o a su persona designada que, si el paciente no está satisfecho con la respuesta que le proporciona la clínica, podrá presentar su queja ante el New York State Department of Health (Departamento de Salud del estado de Nueva York)
- (13) la privacidad y confidencialidad de toda la información y los registros pertenecientes al tratamiento del paciente;
- (14) aprobar o rechazar la publicación o la divulgación del contenido de los registros médicos a algún profesional de atención médica o institución de atención médica, a menos que así lo exija la ley o un contrato con un tercero pagador;
- (15) acceder a su registros médicos de acuerdo con la Sección 18 de la Public Health Law (Ley de Salud



Pública), y la Sub-Sección 50-3. Para conocer información adicional, ingrese en este enlace: [http://www.health.ny.gov/publications/1449/section\\_1.htm#access](http://www.health.ny.gov/publications/1449/section_1.htm#access);

(16) autorizar a aquellos miembros de la familia y a otros adultos a los que les dé prioridad a que lo visiten de acuerdo con su capacidad para recibir visitas;

(17) cuando corresponda, hacer saber sus deseos sobre la donación de órganos. Los mayores de dieciséis años podrán registrar su consentimiento para la donación de órganos, ojos o tejidos, en caso de fallecimiento, inscribiéndose en el Registro Donate Life del estado de Nueva York o registrando la autorización para la donación de órganos o tejido de varias maneras (por ejemplo, mediante poder para asuntos médicos, testamento, credencial de donante u otro instrumento firmado). En el centro podrá obtener un poder para asuntos médicos;

(18) tener una lista de los planes de salud y hospitales con los que el centro participa;

(19) recibir un cálculo del importe que se le facturará tras obtener los servicios



# PORTAL DEL PACIENTE

La Casa de Salud, Inc.



ACCEDA A SU  
INFORMACIÓN  
MÉDICA EN  
LÍNEA, DESDE SU  
TELÉFONO O EN  
SU CENTRO DE  
SALUD

## Servicios actuales

- Ver y descargar su record médico dentro de 24 horas

## Proximamente

- Solicite sus recetas médicas
- Solicite citas medicas
- Ver resultados de su análisis medico



WWW.NEXTMD.COM O ESCANE EL QR  
CODE O DESCARGE DEL APP STORE

## Para acceder a los resultados de laboratorio:

1. Ir a [Bioreference.com/patient-portal](https://Bioreference.com/patient-portal)
2. Haga clic en el Portal del Paciente
  - a. Cree una cuenta si no tiene una
    - i. Siga los pasos 1-4.
    - ii. Seguir el proceso de verificación
  - b. Inicie sesión si ya tiene una cuenta