

Pelosi Medical Center

Patient Name: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACTUALIZADA

Birthdate: ___/___/___ MR # _____

(Escribir en letra imprenta)

Fecha de Hoy: ___/___/___

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ Segundo Nombre: _____

Prefiero: _____ Apellido de soltera: _____ Srta./Sra./Sr. _____

Fecha de Nacimiento / / Seguro Social #: - - Raza: _____

Estado Civil: Divorciado Casado Soltero Viudo Separado

Licencia de Conducir #: _____

¿Tiene un testamento en vida? Si No ¿En caso afirmativo, tiene usted una Directiva de Proxy? Si No

En caso afirmativo, nombre del Proxy (Healthcare Representative): _____

¿Tiene un Directiva de Instruccion? Si No

Lengua Materna: _____ Religión: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa () - Trabajo: () - Celular () -

Nombre del Empleador: _____ Dirección del Empleador: _____

Ocupación: _____

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DE LA VISITA

¿Por qué ha venido al consultorio hoy?

GINECOLOGIA Examen Anual Problema _____

Si ha venido por algún problema, sírvase explicarlo: _____

ESTETICA: Consulta Estética Procedimiento Estético¿Cómo supo de nosotros? Buscador Bayonne Community News El Especialito Jersey Journal Otros _____

Pelosi Medical Center
350 Kennedy Boulevard
Bayonne, NJ 07002
Tel 201-858-1800 fax 201-858-1002

**CONFIRMACION DE RECEPCIÓN DE
INFORMACION SOBRE PRACTICAS DE
PRIVACIDAD**

Entiendo que conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico promulgada en el año 1966 (“HIPAA” por sus siglas en inglés) tengo ciertos derechos de privacidad en relación con mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y podrá usarse para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y controles posteriores entre los múltiples proveedores de salud involucrados en mi tratamiento, directa o indirectamente.
- Obtener el pago de terceros.
- Llevar a cabo las operaciones normales de asistencia médica, tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Confirmando que he recibido su *Información sobre las Prácticas de Privacidad* conteniendo una descripción más completa sobre cómo usar y revelar mi información médica. Entiendo que el Pelosi Medical Center tiene derecho a modificar su *Información sobre las Prácticas de Privacidad* y que puedo acudir en cualquier momento al Centro ubicado en la dirección que se señala en el membrete y obtener un ejemplar actualizado de la *Información sobre las Prácticas de Privacidad*.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que ustedes limiten la forma cómo usar o revelar mi información privada para realizar un tratamiento, pago u operaciones de asistencia médica. Entiendo, asimismo, que ustedes no están obligados a aceptar mis restricciones; sin embargo, en el caso de hacerlo, deberán sujetarse a ellas.

Nombre del Paciente: _____
(Apellido) (Nombre)

Relación con el Paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____ MR #: _____

<i>Para uso exclusiva del consultorio</i>	
No me fue posible obtener la firma del paciente como confirmación de recepción de la presente Notificación sobre las Prácticas de Privacidad por lo siguiente:	
Razón:	

Fecha:	Iniciales:
_____	_____

CARTA DE DERECHOS DEL PACIENTE

En reconocimiento de nuestra responsabilidad en la prestación de la atención al paciente, estos derechos y obligaciones se afirman en las políticas y procedimientos de Pelosi Medical Center.

El paciente tiene el derecho a:

- Ser tratado con cortesía y respeto, con reconocimiento de su dignidad individual y con la protección de su necesidad de privacidad.
- Estar informado de su derecho a cambiar de proveedor si otros proveedores calificados están disponibles.
- Se precisa notificación de la acreditación de la instalación, lo que refleja AAAHC como entidad acreditadora
- Sepa que cualquier operación de comercialización o publicidad relativa a la competencia y las capacidades de la organización no es de ninguna manera engañosa para el paciente.
- Sepa con quién está proporcionando servicios médicos y la disponibilidad de otros proveedores calificados si el cambio se solicita.
- Sepa cuáles son los servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluyendo si hay un intérprete disponible si él/ella no habla Inglés.
- Sepa cuáles son las reglas y regulaciones se aplican a su conducta.
- Que se le dé, el proveedor de atención de la salud, la información sobre el diagnóstico, planificado curso de tratamiento, alternativas, riesgos y pronóstico.
- Recibir acceso imparcial al tratamiento médico oa instalaciones independientemente de su raza, origen nacional, religión, discapacidad física o fuente de pago.
- Reciba tratamiento para cualquier condición de emergencia médica que puede deteriorarse si no para proporcionar tratamiento.
- Saber si el tratamiento médico es para fines de experimentación / investigación y para dar su consentimiento o negativa a participar en dicha investigación experimental.
- Participar en las decisiones relacionadas con su atención médica, salvo que esté contraindicado por la preocupación por su salud.
- Participar en una adecuada evaluación y tratamiento del dolor.
- Rechazar el tratamiento, excepto en los casos previstos por la ley.
- Recibir, previa solicitud, la información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su cuidado.
- Conocer, a solicitud y antes del tratamiento, si el proveedor de atención médica o centro de atención de salud acepta la tarifa asignada de Medicare.
- Recibir, previa solicitud, antes del tratamiento, un estimado razonable del costo de la atención médica.
- Recibir una copia de razonablemente clara y comprensible, factura detallada y, previa solicitud, para hacer cargas explicar.
- Tenga en cuenta antes de la atención en el caso de las instalaciones de los proveedores no tienen seguro de mala praxis.
- Agravios expresa respecto a cualquier violación de sus derechos o ella, como se indica en el estado aplicable y / o la ley federal, a través del procedimiento de quejas del proveedor de atención médica o centro de atención médica, lo que le sirvió o ella, y al correspondiente estado de licencias de agencia.

A patient is responsible for providing the healthcare team with:

- A lo mejor de su conocimiento, información precisa y completa sobre sus dolencias actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, suplementos alimenticios, medicamentos de venta libre, las alergias y reacciones, y otros asuntos relacionados con su salud.
- Una lista completa de los medicamentos que está tomando incluyendo los productos de venta libre y suplementos dietéticos, y cualquier alergia o sensibilidad.
- Informe de cambios inesperados en su condición de proveedor de cuidado de salud.
- La confirmación de que el médico si él / ella comprende un curso de acción y lo que se espera de él o ella.
- La plena participación en el plan de tratamiento recomendado por el médico.
- Un adulto responsable de transportar a él/ella a casa de la facilidad y permanecer con él durante veinticuatro horas (24), si lo requiere su proveedor.
- Puntualidad en las citas y cuando él o ella es incapaz de hacerlo por cualquier motivo, notificar al centro de atención médica.
- La responsabilidad por sus acciones si él o ella se niega el tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica.
- El cumplimiento de sus obligaciones financieras para el cuidado de la salud proporcionados por la instalación tan pronto como sea posible.
- La cooperación en las siguientes reglas de la instalación y los reglamentos que afectan la atención y conducta del paciente.
- La información relativa a su testamento vital, poder médico, u otra directiva que podría afectar a su cuidado.
- La consideración y el respeto del personal de la institución y de la propiedad.
- Cualquier inquietud o pregunta sobre qué esperar con respecto al dolor, manejo del dolor y otras opciones disponibles.

Presentación de Quejas

Si tiene alguna inquietud sobre la atención que recibe en este centro, llame al director de la institución médica en 201-858-1800.

Si usted tiene una queja en contra de este centro o profesional con la Junta de Examinadores Médicos, completando un formulario de queja que se puede recuperar en <http://www.state.nj.us/lps/ca/bme/bmeform.htm>.

Si usted es un beneficiario de Medicare y tiene una queja contra un profesional de la salud o la instalación puede comunicarse con la Oficina del Defensor del Beneficiario de Medicare llamando al 1-800-MEDICARE o www.medicare.gov

Firma del Paciente _____ Fecha _____ MR # _____

HISTORIA DEL PACIENTE

Patient Name: _____

Birthdate: ___/___/___ MR #: _____

FECHA: ___/___/___

Si se siente incómodo respondiendo alguna de las preguntas, déjelas en blanco; puede discutir las con su doctor o enfermero(a).

HISTORIA MÉDICA PASADA

Enfermedad	Fecha	Enfermedad	Fecha

CIRUGÍAS PASADAS (INCLUYE CIRUGÍA COSMETICA)

Nombre De la Operación	Fecha	Nombre De la Operación	Fecha

MEDICAMENTOS ACTUALES

(Incluir hormonas, vitaminas, hierbas, medicamentos sin prescripción)

Nombre de la Medicina	Quien la Prescribió	Nombre de la Medicina	Quien la Prescribió

ALERGIAS Y SENSIBILIDADES (MEDICACION, ALIMENTOS, & MEDIO AMBIENTE)

Alergia	Tipo de Reacción

Sin Alergias o Sensibilidades Conocidas

HISTORIA ALCOHOL Y TABACO

	Nunca	Actual	Antes	Edad que Empezó	Edad que Paro	Cantidad Usada al Día
Alcohol						
Tabaco						

RIESGO DE INFECCIÓN

Expuesto a:	Posiblemente Expuesto a:	Sí	No
Hepatitis B			
HIV			
Tuberculosis			
Transfusiones Sanguíneas:			
Enfermedades de Transmisión Sexual:			
Riesgo de Infección Desconocido <input type="checkbox"/>			

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FORMULARIO COMPLETADO POR: PACIENTE ASISTENTE MÉDICO OTRO