

**Pelosi Medical Center****INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACTUALIZADA**

(Escribir en letra imprenta)

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

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ 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 Instrucción?  Si  No

Lengua Materna: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

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

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Metodo preferido en el que podemos contactarte:  Correo electrónico  Mensaje de voz  Mensaje de texto Message

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Tel #: \_\_\_\_\_

**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

**PELOSI MEDICAL CENTER**  
**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**  
**ACKNOWLEDGEMENT**

Attachment 06.09(a)

Entiendo que conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico promulgada en el año 1996 ("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.

Confirmo 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: \_\_\_\_\_

**Family members or others you authorize us to discuss your protected health information with:**

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

Tel #: \_\_\_\_\_  Esposo  Hijo/Hija  Padre  Otro, especificar \_\_\_\_\_

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

Tel #: \_\_\_\_\_  Esposo  Hijo/Hija  Padre  Otro, especificar \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo del consultorio**

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: \_\_\_\_\_

**Pelosi Medical Center**  
**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.

**Como paciente tienes la responsabilidad de:**

- Proporcionar, según su mejor conocimiento, información precisa y completa sobre sus quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud. Usted tiene la responsabilidad de reportar cambios inesperados en su condición al profesional responsable. Como paciente, usted es responsable de informar si comprende un curso de acción médica contemplado y lo que se espera de usted
- Reportar la insatisfacción con la calidad de la atención o el servicio prestado.
- Siga el plan de tratamiento recomendado por el médico principal responsable de su cuidado. Esto puede incluir: seguir las instrucciones de las enfermeras y el personal de salud aliado a medida que llevan a cabo el plan coordinado de atención, implementan las órdenes del profesional responsable y hacen cumplir las reglas y regulaciones aplicables de la instalación.
- Acuda a las citas y, cuando no pueda hacerlo por cualquier motivo, notifique al profesional responsable.
- Sea responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del profesional.
- Siga las reglas y regulaciones que afectan el cuidado y la conducta del paciente.
- Ser considerado con los derechos de otros pacientes y personal. Tanto usted como su decisor tienen la responsabilidad de ser respetuosos con la propiedad de otras personas y del Centro. El lenguaje verbalmente abusivo y la conducta verbal perturbadora no son aceptables, y si continúa después de una solicitud de detención, se le pedirá a usted o sus visitantes que abandonen los terrenos o que sean escoltados de las instalaciones por el Cumplimiento de la Ley.

**Preguntas y Quejas**

- Si tiene alguna inquietud sobre la atención que recibe en este centro, llame al director de la institución médica en 201-858-1800.
- Tiene derecho a informar cualquier inquietud sobre seguridad al New Jersey Department of Health al 800-792-9770 o PO Box 367, Trenton, NJ 08625.
- Tiene derecho a informar cualquier inquietud de seguridad a la Accreditation Association for Ambulatory Healthcare de la Salud al: 5250 Old Orchard Road, Suite 200, Skokie, IL 60077. Tel: 847.853.6060. Correo electrónico: info@aaahc.org
- Para obtener información sobre la cobertura de Medicare, llame al 800-MEDICARE (800-633-4227) o comuníquese con: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, 7500 Security Blvd, Baltimore, MD 21244.
- Para obtener información sobre la cobertura de Medicaid, puede comunicarse con el Coordinador de Beneficios de Salud del Estado para Medicaid y / o NJ FamilyCare al número gratuito 1-800-701-0710. Los miembros con problemas de audición pueden llamar al número TDD / TTY al 1-800-701-0720.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Imprime tu nombre \_\_\_\_\_

## Pelosi Medical Center

**HISTORIA DEL PACIENTE**

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Si se siente incómodo respondiendo alguna de las preguntas, déjelas en blanco; puede discutirlas 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 <input type="checkbox"/> |                  |

**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