

Place Patient Identification Label Here



INFORMACIÓN DE REGISTRO

MUESTRE SUS TARJETAS DE SEGURO Y SU IDENTIFICACIÓN EN RECEPCIÓN

HORA DE LLEGADA: \_\_\_\_\_  
APELLIDO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ N.º DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ SEXO: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
TEL. DE LA CASA: \_\_\_\_\_ TRABAJO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA | NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_  
TEL.: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:  SOLTERO  CASADO  DIVORCIADO  VIUDO

IDIOMA PREFERIDO: \_\_\_\_\_ RELIGIÓN: \_\_\_\_\_

JUBILADO:  SÍ  NO FECHA DE JUBILACIÓN: \_\_\_\_\_ | DISCAPACITADO:  SÍ  NO FECHA DE DISCAPACIDAD: \_\_\_\_\_

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL SEGURO | SUSCRIPTOR:  YO  CÓNYUGE  MADRE  PADRE  S/COBERTURA

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

¿LA CONSULTA SE RELACIONA CON UNA LESIÓN EN EL TRABAJO? SÍ NO | SI LA RESPUESTA ES "NO", OMITA ESTA SECCIÓN

NOMBRE DEL EMPLEADOR Y DEL SEGURO \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA LESIÓN: \_\_\_\_\_ N.º DE RECLAMO: \_\_\_\_\_ ¿ZONA DEL CUERPO QUE SE LESIONÓ? \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PERITO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**Pregunta sobre la etnia:**

La ley de Texas exige que el Consejo de Información de Atención Médica de Texas (Texas Health Care Information Council) obtenga información sobre el origen racial y étnico de los pacientes del hospital. Los hospitales deben pedir a los pacientes que identifiquen su origen racial y étnico. Los datos que se obtienen mediante este proceso se usarán para ayudar a los investigadores a que determinen si todos los ciudadanos de Texas reciben atención médica.

**País de origen u origen étnico (elija uno)**

- Hispano/Latino
- No hispano/latino
- Yo (paciente o tutor legal) me niego a responder esta pregunta.

**Raza (elija una)**

- Indígena americano/Esquimal/Aleuta
- Asiático o isleño del Pacífico
- Negro
- Blanco
- Otra
- Yo (paciente o tutor legal) me niego a responder esta pregunta.

**Firma del paciente/representante del paciente:** \_\_\_\_\_

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



## Consentimiento general para tratamiento

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Doy mi consentimiento y autorizo a que me hagan pruebas y me den tratamientos y atención hospitalaria en Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony (MHFC), según la indicación de mi médico, sus asesores, empleados y asistentes, o según lo establecido en las órdenes o protocolos médicos vigentes. Comprendo que puede ser necesario que los representantes de otras compañías de atención médica ayuden en mi atención, y mi equipo de atención puede incluir médicos residentes u otros aprendices. Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías o se filmen videos relacionados con mi atención y tratamiento, y comprendo que esas fotografías o videos pueden formar parte del expediente médico o que se podrán usar para fines internos, como mejoras del desempeño o educación. Autorizo el examen, el uso, el almacenamiento y la eliminación de todos los tejidos, fluidos o muestras que se extraigan de mi cuerpo. Reconozco que no se me dio ninguna garantía sobre el tratamiento o los servicios prestados por MHFC.

**REVELACIÓN SOBRE LA TITULARIDAD DE LOS MÉDICOS:** Los médicos son dueños, en parte, de Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony (MHFC), y el hospital cumple la definición de un “hospital en el que los médicos son dueños”, como se indica en la sección 489.3 del título 42 del CFR (Código de Regulaciones Federales). Podemos darle una lista de los médicos dueños si la solicita.

**ACUERDO FINANCIERO:** El que suscribe, ya sea el representante o el paciente, acepta que, en contraprestación por los servicios que se le presten al paciente, se responsabiliza de pagar los copagos, los deducibles y las cantidades estimadas de coseguro del hospital, y todo saldo que no se considere un beneficio cubierto por la póliza de seguro. Los procedimientos que pague directamente el paciente se deben pagar por completo antes de la cirugía.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN:** De forma irrevocable, asigno a MHFC, y a todo profesional médico que me provea atención o tratamiento, todos los beneficios, intereses y derechos (que incluyen causas de acción y derechos para exigir pagos) en cualquier póliza de seguro, plan de beneficios, plan de indemnización, plan médico prepago, póliza de responsabilidad contra terceros o de cualquier otro contribuyente que dé beneficios en mi nombre por los bienes y servicios que se me den durante este ingreso. Otros profesionales médicos que me atenderán incluyen, entre otros, médicos tratantes o asesores, anestesiólogos, radiólogos o servicios de laboratorio y patología. Reconozco que los profesionales médicos y los servicios mencionados arriba son contratistas independientes que generarán facturas separadas para sus servicios respectivos, y soy responsable de ellos. MHFC da costos estimados y genera facturas solo por lo que corresponde al hospital. MHFC tramita reclamos de seguro primarios y secundarios para pacientes que no están registrados para el pago directo. Autorizo a MHFC o a los médicos y servicios indicados arriba a que revelen información médica sobre mí según sea necesario para completar mis reclamos de seguro, en esta ocasión de servicio, ante cualquier aseguradora, plan médico o plan de hospital.

**PAGOS DE MEDICARE:** (Certificación del paciente, Autorización para revelar información y Solicitud de pago) Certifico que la información que doy al solicitar un pago según el Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a quienes tengan información médica o de otro tipo sobre mí a que revelen a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration), a sus intermediarios u operadores toda la información necesaria para este reclamo o cualquier otro reclamo relacionado con Medicare. Solicito que se hagan pagos de beneficios autorizados en mi nombre.

**EXPEDIENTE MÉDICO ELECTRÓNICO:** MHIE es una red de intercambio de información médica desarrollada por Memorial Hermann Healthcare System. Junto con nuestro hospital, los miembros de intercambio incluyen hospitales, médicos y otros proveedores de atención médica. Los miembros de intercambio comparten expedientes médicos electrónicamente para permitir y promover la continuidad de la atención entre proveedores. Si consulta a otro proveedor que también forma parte de un sistema electrónico de expedientes médicos, es posible que MHFC tenga acceso a esos expedientes y que esos proveedores tengan acceso a su expediente médico de MHFC. Si no quiere que se compartan los expedientes médicos con otros proveedores, hágaselo saber al personal de la recepción.

(Continúa en el reverso del formulario)

**RECETAS ELECTRÓNICAS:** Autorizo voluntariamente el uso de recetas electrónicas, que les permiten a los proveedores de atención médica enviar recetas por vía electrónica a las farmacias de mi elección, revisar la información de beneficios farmacéuticos y los antecedentes de medicamentos, siempre que exista una relación entre médico y paciente.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTOS MEDIANTE TELEMEDICINA:** Doy mi consentimiento para que se utilicen tratamientos que involucren el uso de comunicaciones electrónicas (“telemedicina”) para permitir que los proveedores de atención médica de diferentes lugares compartan mi información médica personal con fines de diagnóstico, terapia, seguimiento o educación. Doy mi consentimiento para que se reenvíe mi información a terceros según sea necesario para recibir servicios de telemedicina y comprendo que se aplican protecciones de confidencialidad existentes.

MHFC no tiene un médico ni un osteópata en el lugar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Durante los días de semana, en general, hay médicos en el lugar de 6:00 a. m. a 6:00 p. m. Un enfermero profesional, con capacitación y experiencia para manejar emergencias médicas, está en el lugar de 7:00 p. m. a 7:00 a. m. todas las noches durante los días de semana y a tiempo completo los fines de semana. Además, un equipo de respuesta de emergencia (integrado por un anesthesiólogo y un especialista en medicina interna a quien se puede contactar rápidamente por telemedicina) está de guardia las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si tiene una condición de emergencia cuando no haya un médico o un osteópata presente, un enfermero certificado en soporte vital cardiovascular avanzado (ACLS) y un enfermero profesional especializado en ACLS (si hay uno disponible) evaluarán su condición y comenzarán los tratamientos iniciales hasta que llegue el equipo de respuesta de emergencia.

**EXPOSICIÓN ACCIDENTAL DE UN TRABAJADOR MÉDICO:** Comprendo y reconozco que, según la Ley de Texas, si un trabajador médico se expone a mi sangre o a cualquier otro líquido corporal, el hospital puede hacerme pruebas de la sangre u otros líquidos corporales con o sin mi consentimiento para determinar si tengo alguna enfermedad contagiosa, incluidas, entre otras, la hepatitis o el virus de inmunodeficiencia humana (el agente que provoca el SIDA). Comprendo que los resultados de las pruebas que se hagan en esas circunstancias son confidenciales y no formarán parte de mi expediente médico.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:** Reconozco que recibí documentación por escrito relacionada con mis derechos y responsabilidades como paciente. Este documento también explica cómo registrar alguna queja que pueda tener.

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD:** Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad 10/2016 para MHFC (10/2016 Notice of Privacy Practices for MHFC). El Aviso explica cómo podemos usar y revelar la información médica protegida del paciente para hacer tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.

**Leí o me leyeron este formulario en un idioma que comprendo y tuve la posibilidad de hacer preguntas sobre él. EL QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE ES EL PACIENTE O ESTÁ DEBIDAMENTE AUTORIZADO POR EL PACIENTE COMO SU REPRESENTANTE GENERAL PARA FIRMAR LO EXPLICADO ARRIBA Y ACEPTA ESOS TÉRMINOS.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Relación/Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Traductor usado:  Traductor aprobado por el personal  Language Line  Familiar del paciente o representante autorizado  
(el paciente ofreció otras opciones)

Nombre del traductor: \_\_\_\_\_ Identificación de operador del traductor: \_\_\_\_\_



**Consentimiento general para tratamiento**

Consent\_Gen\_07192018

**PATIENT LABEL**

## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

Todos los pacientes tienen el derecho de participar de sus propias decisiones de atención médica y a firmar instrucciones anticipadas, que pueden incluir un poder médico, un testamento en vida o una orden de no resucitación. Este hospital respeta y defiende esos derechos.

¿Firmó instrucciones médicas anticipadas, un testamento en vida o un poder que autorice a alguien a tomar decisiones de atención médica por usted? Marque la casilla correspondiente.

- Sí, tengo instrucciones anticipadas, un testamento en vida o un poder médico.  
Si marcó “Sí” en respuesta a esta pregunta, le pedimos que nos entregue una copia para guardar en su expediente médico.
- Copia para guardar en el expediente médico     Copia no disponible para el expediente médico
- No, no tengo instrucciones anticipadas, un testamento en vida o un poder médico.
- Me gustaría recibir información sobre las instrucciones anticipadas.

### SI MARCÓ “SÍ”, LEA LO SIGUIENTE:

Su médico hablará con usted sobre los riesgos específicos que implica hacer el procedimiento o no hacerlo. Cualquier otra pregunta que tenga en relación con los riesgos del procedimiento deberá hablarla con su médico **antes** de la fecha programada para la cirugía.

La mayoría de los procedimientos que se hacen en nuestro hospital se consideran optativos y tienen un riesgo de mínimo a moderado. **Por lo tanto, según nuestra política, y sin importar el contenido de las instrucciones anticipadas o los poderes médicos, si ocurre un evento adverso durante su tratamiento en este hospital, iniciaremos todas las medidas de resucitación o estabilización.** Después se lo transferirá a un hospital que tenga un mayor nivel de atención para hacer más pruebas. Se enviará, junto con su expediente médico, una copia de sus instrucciones anticipadas, su testamento en vida o su poder médico al siguiente proveedor de atención.

Como indica abajo con su firma, su acuerdo para suspender toda voluntad de detener un tratamiento para mantenerlo con vida mientras esté en nuestras instalaciones para esta cirugía no revoca ni invalida ninguna instrucción médica ni poder médico vigentes.

**Si no está de acuerdo con esta política, con gusto contactaremos al consultorio de su cirujano y reprogramaremos su procedimiento en otro hospital.**

**Al firmar este documento, reconozco que leí y comprendí todo su contenido y que estoy de acuerdo con la política descrita. Si indiqué que quería obtener más información, reconozco que recibí esa información.**

Nombre en letra de imprenta del paciente/tutor

Relación con el paciente

Firma del paciente/tutor

Fecha/Hora

## Preferencias de comunicación: información médica protegida

Para poder dar un mejor servicio a nuestros pacientes y comunicarles los servicios y sus obligaciones económicas, usaremos todos los métodos de comunicación que nos dé para agilizar esas necesidades. Al dar la siguiente información, estoy de acuerdo con que Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony (MHFC), sus agentes legales o empresas afiliadas puedan usar los números de teléfono que les dé para enviarme notificaciones por mensaje de texto, llamar usando un servicio de marcado automático con un mensaje de voz artificial o pregrabado, o dejar un mensaje de voz en una máquina contestadora. Si doy una dirección de correo electrónico, MHFC o uno de sus agentes legales puede contactarme por correo electrónico en relación con mi atención, los servicios o mi obligación económica.

Reconozco que un mensaje de texto no es un medio de comunicación totalmente seguro porque se puede acceder a él con fines inapropiados mientras esté almacenado o se puede interceptar durante el envío. Los mensajes que reciba pueden contener mi información personal. Si doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto, también acepto informar sin demoras a Memorial Hermann First Colony cuando cambie mi número de teléfono celular. No es necesario que autorice el uso de mensajes de texto. Además, si decido no firmar esta parte de la autorización, mi atención médica no se verá afectada de ninguna manera.

**Escriba los siguientes números de contacto y seleccione qué tipo de comunicación autoriza:**

MÉTODO	NÚMERO	Mensaje de voz	Mensaje de texto
Teléfono de casa	_____	Y	Y
Teléfono celular	_____	Y	Y
Teléfono alternativo	_____	Y	Y
Correo electrónico preferido	_____@_____.		

Preferencias de comunicación por correo postal | ¿Podemos enviarle un correo a la dirección de su casa?  SÍ  NO

Si la respuesta es NO, escriba una dirección alternativa: \_\_\_\_\_

**Además de usted, su compañía de seguros y los proveedores de atención médica relacionados con su atención, ¿con quién podemos hablar sobre su información de atención médica?**

<u>Nombre</u>	<u>Teléfono</u>	<u>Relación con usted</u>
1 _____		
2 _____		

Reconozco que se me dio la oportunidad de solicitar restricciones de uso o revelación de mi información médica protegida. Reconozco que se me dio la oportunidad de solicitar medios de comunicación alternativos de mi información médica protegida.

### Portal del paciente

El portal del paciente es una forma segura de acceder a sus expedientes médicos. Ejemplos: documentos educativos, medicamentos, procedimientos y resúmenes de consultas. Le ofrecemos el portal del paciente como un beneficio sin costo alguno. No venderemos ni revelaremos ningún tipo de información privada, incluidas las direcciones de correo electrónico. El portal no se debe usar para casos de emergencia. Al usar el portal del paciente en línea, acuerda proteger su contraseña de las personas no autorizadas. Lo registraremos y le enviaremos una invitación por correo electrónico. Escriba la dirección de correo electrónico que quiere usar y también la respuesta a la pregunta de seguridad: ¿cuáles son los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social? **Se le pedirá que cambie la contraseña la primera vez que inicie sesión.**

Dirección de correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_ Pregunta de seguridad: ¿Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social? \_\_\_\_\_

**Firma del paciente/representante del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_