

Fecha: _____

Primer nombre: _____ Inicial 2.º nombre ____ Apellido: _____

N.º de SS _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio actual _____ Ninguno
Domicilio Ciudad Estado CP

Número de teléfono: _____

Sexo (marque uno) Masculino Femenino Es jefe de familia Sí No Es una persona sin techo Sí No

Actualmente, está viviendo (indique uno) Solo Con una pareja Con familiares Cant. de miembros de la familia _____
 Cant. de dependientes _____

¿Dónde durmió anoche? (indique uno) Refugio Calle Hospital Cárcel/Prisión/Transición
 Parientes Otro

Raza: (indique una)

Origen étnico: (indique uno)

Idioma

Blanca <input type="checkbox"/>	Hispano <input type="checkbox"/>	Inglés <input type="checkbox"/>
Asiática <input type="checkbox"/>	No hispano <input type="checkbox"/>	Español <input type="checkbox"/>
Nativa hawaiana <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> _____
Otra de la isla del Pacífico <input type="checkbox"/>		
Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/>		Se necesita traductor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Indígena americano <input type="checkbox"/>		
Nativa de Alaska <input type="checkbox"/>		¿Tiene discapacidad visual? Sí / No
Más de una raza <input type="checkbox"/>		¿Tiene discapacidad auditiva? Sí / No

¿Cuál es su estado civil? (indique uno) Soltero Casado Separado/Divorciado/Viudo Desconocido

¿Cuántos hijos tiene? _____ ¿Cuántos menores de 18 años? _____ ¿Cuántos viven con usted? _____

¿Es veterano? (indique una respuesta) Sí No

¿Cuál es su ingreso mensual? _____

¿Cuándo fue su última consulta médica? _____

¿Dónde queda su farmacia? _____

Información adicional

E-Dirección de correo electrónico _____

Método de comunicación preferido Hogar / Celular / Correo electrónico

¿Podemos dejarle mensajes en el hogar? Sí / No ¿En el celular? Sí / No

¿Hace cuánto que está en el sur de NJ? (indique una) Menos de 1 mes 1-5 meses 6-12 meses
 1-5 años Más de 5 años Desconocido

¿Cuál es el motivo principal por el cual no tiene un lugar habitual en donde quedarse? (indique hasta tres opciones)

- Estoy de paso o viajando fuera de la ciudad Es mi estilo de vida Abuso físico Conflicto familiar
 Alta de hospital psiquiátrico Liberado de cárcel o prisión Problemas económicos Otro
 Desalojo o ejecución hipotecaria Abuso de drogas/alcohol Desempleado

¿Ha tenido empleo alguna vez? (indique una opción)

Sí ¿A qué se dedica habitualmente? _____ No

¿Tiene empleo actualmente? (indique una opción)

Sí ¿Qué tipo de trabajo está realizando? _____ No

¿Ha solicitado alguna vez viviendas sociales? (indique una opción)

Sí ¿Dónde? _____ Fecha _____ No

¿Dónde recibe atención médica generalmente? (indique una opción)

- Sala de emergencias Clínica u hospital Médico particular Prisión
 No he recibido atención en _____ años

¿Con quién podemos comunicarnos en caso de emergencia?

_____ Apellido

_____ Domicilio

_____ Número de teléfono

La persona mencionada anteriormente es... (indique una) Madre Padre Hermana Hermano
 Cónyuge Otro pariente Amigo Otro

Educación (indique la opción (UNA) que mejor describa el nivel más alto completado)

- Ninguno Escuela primaria Escuela secundaria incompleta Graduado de escuela secundaria / GED
 Centro de información profesional/técnica Universidad incompleta Graduado universitario

Nombre completo del padre (primer nombre, inicial 2.º nombre, apellido) _____

Nombre de soltera de la madre (primer nombre, inicial 2.º nombre, apellido) _____

¿Dónde nació? Ciudad _____ Estado (dentro de EE. UU.) _____

País (fuera de EE. UU.) _____

Idioma principal hablado _____

Gracias por tomarse el tiempo de brindarle esta información a AtlantiCare Mission Healthcare.
Nos permite atenderlo mejor.

ANTECEDENTES MÉDICOS: (indique todas las opciones que correspondan)

Hipertensión	Drogadicción
Colesterol alto	Alcoholismo
Diabetes	Úlceras
Cáncer	Hepatitis
Tuberculosis	VIH
Problemas en el tracto urinario	Tiroides
Infecciones	Asma
Anemia	EPOC
Cálculos renales	ACV
Enfermedad renal	Angina de pecho
Enfermedad en la vesícula biliar	Enfermedad de Lyme
Enfermedad cardíaca	Artritis
Depresión	Otro (describa)

Es alérgico a algún medicamento, alimento u otro: **Sí / No**

Enumere todos los medicamentos, incluidas vitaminas y suplementos y remedios de venta libre

<u>Medicamento</u>	<u>MG/Concentración</u>	<u>Dosis/Frecuencia</u>

Antecedentes quirúrgicos: (enumere tipo de cirugía, si la hubo, y fecha)

Antecedentes familiares: (indique todas las opciones que correspondan)

Presión arterial	ACV
Diabetes	Ataque cardíaco
Cáncer	Enfermedad renal
Otro (describa)	Depresión

Antecedentes sociales

Alcohol: <u>Sí / No</u>	En caso afirmativo, ¿cuántos tragos consume por semana?
Cigarrillos: <u>Sí / No</u>	En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día?

Otros proveedores tratantes:

(enumere el nombre y la especialidad de cualquier proveedor que lo esté tratando actualmente)

Nombre: _____

Especialidad: _____

Nombre: _____

Especialidad: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

NOMBRE DEL PACIENTE:

Consentimiento para tratamiento: A sabiendas que yo (o el paciente indicado en la parte superior de este formulario) estoy padeciendo una afección que requiere de tratamiento, presto consentimiento voluntariamente para tal atención. Presto mi consentimiento para la realización de procedimientos diagnósticos de rutina, radiografías y tratamiento médico por parte de los médicos de AtlantiCare Health Services Mission Health Care y demás proveedores de atención médica que podrían ser convocados para consultar o asistir en mi atención, conforme lo considere necesario mi médico tratante. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han garantizado los resultados de mi atención, tratamiento o examen en AtlantiCare Health Services Mission Health Care. En AtlantiCare Health Services Mission Health Care, se tratará a los pacientes independientemente de su raza, color, edad, nacionalidad de origen, discapacidad o religión.

Firma del paciente o del representante del paciente: _____ Fecha desde: _____ hasta: 12/31/2016

(se exige la firma del representante si el paciente es menor de edad o no puede prestar consentimiento): _____

Parentesco del representante con el paciente: _____ Testigo: _____

El paciente no puede prestar consentimiento porque: _____

Reconocimiento de prácticas de privacidad: Comprendo y se me ha proporcionado el *Aviso de prácticas de privacidad* de AtlantiCare, el cual brinda una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información. Comprendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. AtlantiCare se reserva el derecho de realizar modificaciones a su Aviso de privacidad. Hay copias revisadas disponibles en todas las áreas de registro de pacientes. Al firmar el presente formulario, reconozco que se me ha concedido la oportunidad de evaluar el Aviso de las prácticas de privacidad de AtlantiCare antes de firmar este consentimiento y tomar decisiones sobre la atención médica.

Firma del paciente o del representante del paciente: _____ Fecha desde: _____ hasta: 12/31/2015

Términos y condiciones generales:

1. Comprendo que, como parte de mi atención médica, AtlantiCare Health Services Mission Health Care crea y mantiene registros de salud que describen mis antecedentes de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y planes para atención futura. Esta información se utiliza tal como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad y para lo siguiente: planificar mi atención y tratamiento, comunicarse con profesionales que participen de mi atención, aplicar mi información sobre diagnósticos y procedimientos a mi factura, verificar con pagadores externos los servicios brindados y realizar tareas de rutina, como requisitos de informe de auditorías, revisión de uso y actividades de evaluación de calidad.
2. Soy consciente y se me ha informado que yo (o el paciente) estoy padeciendo una afección que requiere de tratamiento y me presento para el tratamiento y presto consentimiento voluntariamente para tal atención. Presto mi consentimiento para la realización de procedimientos diagnósticos y tratamiento médico por parte de los médicos de AtlantiCare Health Services Mission Health Care, personal médico y demás afiliados y proveedores de atención médica que podrían ser convocados para consultar o asistir en mi atención, conforme sea necesario según su criterio profesional. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han garantizado los resultados de mi atención, tratamiento o examen en AtlantiCare Health Services Mission Health Care.
3. AtlantiCare Health Services Mission Health Care mantiene expedientes médicos de pacientes en papel, microfilm y/o medios electrónicos, que incluyen identificación con foto, a los cuales pueden acceder los médicos o proveedores de atención médica que estén participando de mi atención actual o futura. Comprendo que estos expedientes incluirán información sobre mi diagnóstico y tratamiento y podrían, o no, tener información concerniente a mi estado psiquiátrico, abuso de drogas o alcohol, y asesoramiento o pruebas de VIH. Los expedientes médicos se divulgan conforme la legislación aplicable del estado de Nueva Jersey, ley federal 42 y 45 C.F.R. y las disposiciones del presente consentimiento.
4. Por el presente, cedo a los médicos de AtlantiCare Health Services Mission Health Care que participen de mi atención y demás proveedores certificados, todos los derechos y beneficios que podría tener que surjan de cualquier seguro de responsabilidad civil o atención médica. Eximo a AtlantiCare Physician Group de toda responsabilidad a causa de cualquier reducción en mis beneficios de atención médica por parte de mi compañía de seguros, que surja a partir de un incumplimiento con cualquier cláusula o condición en mi póliza que pudiera requerir: notificación, certificación previa, autorización previa o retrospectiva o revisión de utilización de los servicios médicos que recibo. Acepto que soy económicamente responsable de mis deducibles, coseguro y servicios sin cobertura que mi póliza del seguro no cubra.
5. Acepto abonar a AtlantiCare Health Services Mission Health Care el monto final y total de todas las facturas que se me emitan (o a nombre del paciente mencionado) y que mi seguro no cubra. Autorizo a AtlantiCare Health Services Mission Health Care a hacer uso del proceso de apelación con mi aseguradora y en mi nombre por cualquier servicio denegado.
6. Certifico que la información brindada por mí en la solicitud de pagos que amparan los títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Certifico, de manera aceptable, que he recibido el "Mensaje importante" de Medicare.

Al firmar este consentimiento, certifico que he recibido una copia de mis "Derechos del paciente". Indico que comprendo el contenido de este documento y que acepto sus disposiciones, incluso lo que se refiere a la divulgación de la información conforme con el Aviso de prácticas de privacidad de AtlantiCare. Firmo el presente consentimiento de manera voluntaria.

Firma del paciente o del representante del paciente: _____ Fecha desde: _____ hasta: 12/31/2016

Relación del representante con el paciente: _____ Testigo: _____

El paciente no puede prestar consentimiento porque: _____



Fax para formulario de registro: 609-441-7089

- AtlantiCare Community Health
- Mission Health Care 2009 Bacharach

Nombre del paciente: _____

N.º de Seguro Social: _____ N.º de expediente médico: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____/_____/_____

Domicilio: _____

_____ Estado: _____ CP: _____

Número de teléfono: () _____ Teléfono móvil: () _____

Alergias:

Ninguna Sulfamida Penicilina Aspirina Codeína

Otra (enumere): _____



NOMBRE DEL CLIENTE _____

FORMA DE PAGO (marque una con un círculo)

*Medicaid *Medicare *DYFS *PAAD *Libertad condicional federal Otro (especifique) _____

**Se deberá adjuntar copia de tarjeta de ID*

***Se deberá adjuntar constancia de ingresos y se revisará cada 3 meses.*

Recursos domésticos \$ _____ (ingreso bruto) Cant. de dependientes _____

Escala variable de tarifas de AtlantiCare Mission HealthCare:

Responsabilidad del cliente

\$ _____ Costo del servicio para consultas médicas y psiquiátricas

\$ _____ Costo del servicio para medicamentos

\$ _____ Costo del servicio para terapia grupal

Compañía de seguros privada _____
(se deberá adjuntar copia de la credencial)

Responsabilidad del cliente \$ _____ Deducible \$ _____ Copago \$ _____

CONDICIONES

El pago de los deducibles y de copagos/coseguro vence en el momento en que se prestan los servicios. Aceptamos efectivo y cheques. Resaltamos que, como proveedores de atención médica, nuestro vínculo es con usted, no con su compañía de seguros. Solo presentamos reclamos de seguro ante las empresas con quienes participamos.

X _____
Firma del cliente/tutor legal Fecha

Firma del funcionario del registro Fecha

CARTA DE DERECHOS PARA ATENCIÓN AMBULATORIA DE ATLANTICARE HOSPITAL

Como paciente del Centro de atención ambulatoria de AtlantiCare Health Services, tiene los siguientes derechos:

ATENCIÓN MÉDICA:

- A recibir la atención y los servicios médicos que la ley le exige proporcionar al hospital.
- A participar en la planificación de su atención y tratamiento en el Centro de atención ambulatoria y a rechazar tal medicación y tratamiento. Dicho rechazo debe estar documentado en su expediente médico.
- A recibir una explicación comprensible de parte de su médico u otro profesional de la salud certificado (Licensed Allied Health Professional o "AHP certificado") sobre la totalidad de su afección médica, tratamiento recomendado, opciones de tratamiento, resultados previstos, riesgos involucrados y alternativas médicas razonables. Si su médico cree que parte de esta información sería perjudicial para su salud o que estuviera fuera de su capacidad de comprensión, se le dará la explicación a su pariente más cercano o tutor, y se documentará en su expediente médico.
- A brindar consentimiento informado antes de comenzar con los tratamientos o procedimientos médicos que no sean de emergencia únicamente después de que médico o AHP certificado le haya explicado, en términos que pueda comprender, los detalles específicos sobre el procedimiento o tratamiento recomendado, los riesgos, el tiempo de recuperación y las alternativas médicas razonables. Si no puede prestar un consentimiento informado, se buscará el consentimiento de su familiar más cercano, tutor o hasta donde la ley lo autorice. Dicho consentimiento debe estar documentado en su expediente médico.
- A rechazar medicación y tratamiento y a ser informado sobre las consecuencias médicas de tal rechazo, a menos que la ley exija el procedimiento.
- A esperar y recibir una evaluación, el manejo y el tratamiento adecuados para el tratamiento del dolor como componente integral de su atención.
- A ser incluido en investigaciones experimentales, solo cuando haya prestado consentimiento informado escrito para participar. Puede negarse a participar de investigaciones experimentales, incluida la investigación de medicamentos nuevos y dispositivos médicos.
- A tener acceso a servicios de protección y grupos de apoyo para pacientes.
- A recibir atención en un contexto seguro por parte de personal instruido sobre los derechos del paciente.

COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN:

- A conocer los nombres y funciones de todos los médicos, AHP certificados y demás profesionales de la salud que lo atiendan directamente.
- A recibir de manera expeditiva los servicios de un traductor o intérprete, de ser necesario, sin costo alguno para usted, para comunicarse con los profesionales de la salud.
- A estar informado sobre los nombres, títulos y funciones de cualquier profesional de la salud externo e instituciones educativas que participen de su tratamiento. Puede negarse a permitir su participación.
- A estar informado por escrito sobre las políticas y los procedimientos concernientes a los métodos de reanimación y al uso o a la renuncia de los mecanismos para soporte vital.
- A ser informado por escrito acerca de las normas concernientes a la conducta de los pacientes y las visitas.
- A ser informado en el Centro de atención ambulatoria sobre estos derechos, en manifiesto mediante constatación o documentación escrita en el expediente médico que se le ofreció una copia de estos derechos en términos que pudo comprender.
- A recibir un resumen de sus derechos como paciente que incluya los nombres y números telefónicos de los miembros del equipo hospitalario a quienes deba dirigir sus preguntas o reclamos sobre posibles violaciones de sus derechos. Si al menos un 10% del área de servicios del hospital habla su idioma nativo, puede recibir una copia del resumen en su idioma nativo.
- A enviar una voluntad anticipada por escrito y hacer que un profesional de la salud cumpla con dicha voluntad.
- A ser informado sobre estos derechos en términos que pueda comprender, en manifiesto en el expediente médico. El Centro de atención ambulatoria deberá tener los medios para notificarle cualquier norma y reglamentación que haya adoptado que rija la conducta de los pacientes en el centro.

TRASLADOS:

- A ser trasladado a otro centro, únicamente si el Centro de atención ambulatoria actual no puede proporcionarle el nivel adecuado de atención médica, o si usted o su pariente más cercano o tutor sea quien solicita el traslado.
- Excepto en situaciones en donde esté en riesgo su vida y donde sea necesario un traslado inmediato, a recibir una explicación de antemano de parte de un médico sobre los motivos de su traslado y posibles alternativas, verificación de aceptación de parte del centro receptor y la garantía de que el movimiento asociado con el traslado no lo someterá a un riesgo sustancial e innecesario de deterioro de su condición médica.

EXPEDIENTES MÉDICOS:

- A tener un rápido acceso a sus expedientes médicos. Si su médico siente que este acceso es perjudicial para su salud, su representante legal tiene derecho a ver sus expedientes.
- A obtener una copia de sus registros médicos por una tarifa razonable en un plazo de 30 días después de enviar una solicitud por escrito al hospital. Si el acceso está contraindicado médicamente, entonces su representante legal o médico tendrá acceso a tales expedientes.

COSTO DE LA ATENCIÓN:

- A ser informado sobre los servicios disponibles en el centro de atención ambulatoria, los nombres y estado profesional del personal que brinda la atención, y/o que es

responsable de la atención del paciente, de las tarifas y cargos relacionados, incluida la política de pago, tarifa, depósito y reembolso del centro, y de cualquier cargo por servicios no cubiertos por las fuentes de pagos externos o no cubiertos por la tarifa básica del centro.

PLANIFICACIÓN DEL ALTA:

- A ser informado sobre cualquier necesidad de atención de seguimiento y a recibir asistencia para obtener dicha atención requerida después de su alta de parte del Centro de atención ambulatoria.
- A recibir el tiempo suficiente, antes de ser dado de alta, para coordinar la atención de seguimiento.
- A ser informado por parte del Centro de atención ambulatoria sobre el proceso de apelación del alta si no está de acuerdo con los planes de alta.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

- A que le brinden privacidad física durante el tratamiento médico y actividades de higiene personal, a menos que necesite ayuda. Su privacidad deberá ser respetada durante todos los procedimientos médicos y cuando el personal converse sobre usted.
- A que le garanticen confidencialidad sobre su estadía como paciente. No se le deberá entregar sus expedientes médicos ni financieros a nadie externo del Centro de atención ambulatoria sin su autorización, a menos que se lo traslade a otro centro que requiera la información, o que dicha información sea exigida o permitida por la ley.

NECESIDADES PERSONALES:

- A ser tratado con cortesía, consideración, respeto y reconocimiento de su dignidad, individualidad y derecho a la privacidad, incluida privacidad auditiva y visual.

SIN ABUSO, RESTRICCIÓN Y AISLAMIENTO:

- A que no se lo someta a negligencia, explotación, así como tampoco a abuso ni acoso físico, verbal y mental.
- A que no se lo someta a restricción ni aislamiento físico, a menos que esté autorizado por un médico por un período limitado de tiempo y para proteger su seguridad o la seguridad de terceros. No se deberá emplear medicamentos o drogas para disciplinar a los pacientes ni para la comodidad del personal del centro.

DERECHOS CIVILES:

- A recibir tratamiento y servicios médicos sin sufrir discriminación a causa de la edad, religión, credo, raza, color de piel, nacionalidad de origen, ascendencia, estado civil, estado de unión civil, estado de pareja de hecho, sexo, orientación sexual o afectiva, identidad de género o expresión, discapacidad o minusvalía, información genética, rasgos celulares o sanguíneos atípicos hereditarios, servicio militar, enfermedades relacionadas con el SIDA o VIH, diagnóstico, capacidad de pago o fuente de pago.
- A mantener y ejercer los derechos constitucionales, civiles y legales, incluidas sus libertades religiosas, incluso el derecho a tomar una decisión personal independiente. No se le deberá imponer ninguna creencia o práctica religiosa, o asistencia a ningún servicio religioso.
- A manifestar agravios o recomendar modificaciones a las políticas y servicios del personal del Centro de atención ambulatoria, autoridad gobernante y/o representantes externos de su elección, ya sea individual o grupalmente, y sin que se lo someta a restricciones, interferencia, coerción, discriminación ni represalia.
- A que no se le exija realizar un trabajo para el centro, a menos que el trabajo sea parte de su tratamiento y lo realice voluntariamente. Dicho trabajo deberá ser conforme a las normas y leyes locales, estatales y federales.

PREGUNTAS, RECLAMOS Y APELACIONES:

- A formular preguntas o elevar quejas sobre los derechos del paciente con un miembro designado del personal hospitalario y a recibir una respuesta en un plazo de tiempo razonable.
- A que el centro le proporcione la información de contacto de la unidad del Departamento de Salud y Servicios para las Personas Mayores del Estado de Nueva Jersey que maneja las preguntas y quejas. Puede escribir directamente al Departamento de Salud de Nueva Jersey, División de Evaluación y Permisos para Centros Médicos (Oficina de Evaluación y Encuesta para Terapia Intensiva) a la siguiente dirección: New Jersey Department of Health, Division of Health Facilities Evaluation and Licensing (Office of Acute Care Assessment and Survey), PO Box 367, Trenton, New Jersey, 08625-0367 o llamar a la Línea Directa para Reclamos del Departamento de Salud de Nueva Jersey al 1-800-792-9770. También puede escribir a la Comisión Conjunta, Oficina de Control de Calidad, a la siguiente dirección: The Joint Commission, Office of Quality Monitoring, One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, Illinois, 60181 o llamar al 1-800-994-6610. Para conseguir un Centro de atención ambulatoria, puede comunicarse con el Estado de Nueva Jersey, Defensoría del Pueblo, por correo a la Office of the Ombudsman, P.O. Box 852, Trenton, New Jersey 08625-0852 o por teléfono en el 1-877-582-6995. Los beneficiarios de Medicare que tengan una queja o reclamo respecto de la calidad de la atención, que estén en desacuerdo con la decisión de cobertura o que deseen apelar un alta prematura, también puede llamar a Livanta BFCC-QIO al 1-866-815-5440.

INFORMACIÓN SOBRE COBERTURA DE MEDICARE/MEDICAID:

Para obtener información acerca de la cobertura de Medicare, puede llamar al 1-800-633-4227 o escribir a Centers for Medicare & Medicaid Services al 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244. Se puede obtener información sobre la cobertura de Medicaid comunicándose con el 1-800-356-1561 o escribiendo al New Jersey Department of Human Services, Division of Medical Assistance & Health Services, PO Box 712, Trenton, New Jersey, 08625-0712.

Puede comunicarse con un operador de AtlantiCare con solo marcar cero ("0") internamente desde el hospital, o si está fuera, marque (609) 652-1000 para solicitar el representante de relaciones con el cliente de su localidad.

REVISADO Agosto 01, 2014