



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

(Rev. 09/23) Página 1 de 2

Nombre legal del paciente (apellido, nombre, segundo nombre)		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): ____/____/____			
Nombre anterior: (si corresponde)		Número de seguro social: (opcional):			
Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Género actual:	Estado civil:			
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no revelar					
Dirección de envío		Dirección postal (si es diferente)			
Ciudad, estado, código postal		Ciudad, estado, código postal			
Teléfono residencial		Teléfono celular		Teléfono de día	
Dirección de correo electrónico					
¿Podemos enviarle una invitación al portal MyCare a esta dirección para que pueda acceder a su información de salud en línea? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Contacto de emergencia (opcional)					
Nombre:			Número de teléfono:		
Comunicación: WMC Health Advanced Physician Services utiliza diversos métodos para comunicar información a nuestros pacientes sobre recordatorios de citas, cancelaciones/cierres de consultorios, registro de pacientes, e información y enseñanza de salud en general. Si elige aceptar, estará aceptando recibir comunicaciones por teléfono (incluidos mensajes pregrabados de recordatorio de citas), mensajes de texto o por correo electrónico a cualquiera de los números de teléfono de línea o celular y a las direcciones de correo electrónico que haya proporcionado.					
<input type="checkbox"/> Aceptar <input type="checkbox"/> Rechazar (Si elige rechazar, solo recibirá recordatorios de citas al número de teléfono residencial que se indica anteriormente)					
Raza (pregunta obligatoria del gobierno) <input type="checkbox"/> Nativo de América del Norte/de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra raza <input type="checkbox"/> Se niega a responder					
Idioma (pregunta obligatoria del gobierno)				<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro, especificar:	
Etnia (pregunta obligatoria del gobierno) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Se niega a responder			Religión (opcional)		
Médico de atención primaria			Farmacia preferida		
Nombre:			Nombre:		
Dirección:			Dirección:		
Teléfono:			Teléfono:		
Empleador Nombre:		Dirección:		Teléfono:	



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

(Rev. 09/23) Página 2 de 2

Seguro primario	Seguro secundario (si corresponde)
Nombre del pagador	Nombre del pagador
Número de póliza	Número de póliza
¿El titular de la póliza está jubilado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El titular de la póliza está jubilado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de jubilación ____/____/____	Fecha de jubilación ____/____/____
¿El paciente es el titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si elige No, complete lo siguiente:	¿El paciente es el titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si elige No, complete lo siguiente:
Nombre legal del titular de la póliza	Nombre legal del titular de la póliza
Fecha de nacimiento del titular de la póliza (dd/mm/aaaa): ____/____/____	Fecha de nacimiento del titular de la póliza (dd/mm/aaaa): ____/____/____
Dirección del titular de la póliza	Dirección del titular de la póliza
Relación del paciente con el titular de la póliza <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro	Relación del paciente con el titular de la póliza <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro

Garante/Responsable (SOLO si el paciente es menor de 18 años o dependiente legal)			
Nombre legal (apellido, nombre, segundo nombre)	Número de seguro social (opcional)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección de envío	Ciudad, estado, código postal		
Teléfono residencial	Teléfono de día/trabajo		
Nombre de soltera de la madre	Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro		

Reconocimiento/Autorización

- Por la presente reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de WMC Health.
- Por la presente reconozco que he recibido el Código de Conducta del Paciente y entiendo que puedo solicitar una copia.
- Doy mi consentimiento para que me examinen y me traten los médicos y el personal de WMC Health.
- Doy mi consentimiento para que mi información de atención médica esté disponible para otros proveedores de atención médica para los fines de tratamiento.
- Autorizo y ordeno a WMC Health que divulgue a organismos gubernamentales, compañías de seguros y otros que sean financieramente responsables de mi atención médica, cualquier información necesaria para procesar o justificar el pago de mis reclamos de seguro.
- Por la presente, cedo o transfiero a WMC Health Advanced Physician Services el pago de los beneficios a los que podría tener derecho de parte de organismos gubernamentales, compañías de seguros u otros que sean financieramente responsables de mi atención médica para cubrir el costo de la atención y el tratamiento que se me brindó a mí y a mis dependientes Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre, y comprendo y acepto que, independientemente del estado de mi seguro, soy el responsable final de los cargos no cubiertos por la póliza o el plan.
- Acepto que esta autorización será válida hasta que se cancele por escrito o se reemplace por otra con fecha posterior. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como el original.
- El Nombre legal se define como el nombre completo que figura en una identificación emitida por el gobierno o como consta en este formulario de inscripción.
- He leído toda la información anterior y comprendo totalmente sus condiciones.
- Certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Notificaré a WMC Health sobre cualquier cambio en la información anterior.

Firma del paciente/tutor

Fecha

Formulario de autorización del representante del paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Este formulario no sirve como directiva anticipada, como formulario de poder de atención médica del estado de Nueva York ni como poder notarial duradero.

Información del representante del paciente

Por la presente doy permiso a WMC Health Advanced Physician Services, sus médicos, empleados y representantes, a analizar todos los aspectos de mi atención médica y tratamiento, incluidos, entre otros, mi información médica protegida, y a analizar todos los problemas de pago con la persona designada a continuación.

Nombre de la persona: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Se debe completar una autorización por separado para compartir información sumamente confidencial, como la relativa al tratamiento de VIH, alcoholismo y drogadicción, o información de salud mental.
- Esto no otorga al representante del paciente el derecho a acceder a la información o los registros médicos impresos y no le da derecho a solicitarlos en nombre del paciente.
- Para revocar los derechos del Representante del paciente indicados anteriormente, se debe completar un nuevo formulario con información actualizada.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN A APS PARA EL ACCESO AL HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS:

El historial de medicamentos del paciente es una lista de los medicamentos recetados que los proveedores de nuestra institución, u otros proveedores, le han recetado. Una variedad de fuentes, incluyendo a farmacias, contribuyen a la recopilación de este historial. El historial de medicamentos es importante para ayudar a los proveedores de servicios de salud a tratar correctamente sus síntomas y su enfermedad, y para evitar interacciones farmacológicas potencialmente peligrosas.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted otorga su permiso a su proveedor de servicios de salud para recolectar, y a su farmacia y aseguradora de salud para divulgar, la información referente a sus recetas que hayan sido surtidas en cualquier farmacia y cubiertas por cualquier plan de seguro de salud. Esto incluye a los medicamentos recetados para tratar el VIH/sida y a los medicamentos usados para tratar problemas mentales como la depresión.

El historial de medicamentos es una guía útil, pero podría no ser completamente exacto. Algunas farmacias no nos proporcionan acceso a su historial de medicamentos, y el historial de medicamentos de su plan de salud podría no incluir medicamentos que usted compró sin usar su seguro de salud. Su historial de medicamentos podría no incluir medicamentos de venta sin receta, suplementos, o remedios de herbolaria. Aún es muy importante que nos tomemos el tiempo necesario para hablar sobre todo lo que está tomando y para que usted nos señale los posibles errores en su historial de medicamentos.

Por este medio autorizo a Westchester Medical Center Advanced Physicians Services PC para que obtenga de manera electrónica mi historial de medicamentos de mi farmacia, mis planes de salud y otros proveedores de servicios de salud, para que pueda ser incluido como parte de mi expediente médico electrónico.

Por favor lea detenidamente la información antes de tomar su decisión.

____ OTORGO MI CONSENTIMIENTO para obtener acceso a mi historial electrónico de medicamentos con el fin de proveerme servicios de salud, incluyendo atención de emergencia.

____ NIEGO MI CONSENTIMIENTO para obtener acceso a mi historial electrónico de medicamentos para cualquier fin, incluso en caso de emergencia médica.

Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de Westchester Medical Center Health Network si tiene alguna pregunta acerca de su información médica personal.



PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO

CONSENTIMIENTO TELEFÓNICO OTORGADO POR
(si se requiere)

Firma: _____

Paciente

Firma: _____

Representante legal autorizado

Testigo: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma: _____

Nombre del representante legal y relación con el paciente.

Firma: _____

Firma de la persona que llama.

Testigo: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación
Otros nombres (por ejemplo, nombre de soltera)		

Solicito que el acceso a la información de salud vinculada a mi atención médica y tratamientos se rija por lo que se establece en este formulario. Puedo optar por permitir (o no) que los empleados, agentes o miembros del personal médico de las Organizaciones Proveedoras de WMCHHealth * acceda a mis registros médicos a través de las organizaciones de intercambio de información de salud denominadas HealthConnections y Hixny. En caso de otorgar mi consentimiento, se podrá acceder a través de una red informática estatal, llamada la SHIN-NY, a mis registros de atención de salud provenientes de los diferentes lugares donde me atiendo. HealthConnections y Hixny son organizaciones sin fines de lucro que comparten información sobre la salud de las personas por medios electrónicos y cumplen con los requisitos de privacidad y seguridad establecidos por la ley Ley de Transferencia y Responsabilidad en los Seguros de Salud (HIPAA) y la ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite estos sitios en Internet:

- www.healthconnections.org
- www.hixny.org/
- <https://www.nyehealth.org/shin-ny/what-is-the-shin-ny/>

La elección que haga en este formulario NO afectará mi acceso a la atención de salud. La elección que haga en este formulario NO autoriza a las empresas de seguros de salud a acceder a mi información con el objetivo de decidir si me brindarán o no cobertura de seguro de salud o pagarán mis gastos médicos.

<p>Mi opción de consentimiento. He marcado UNA casilla a la izquierda de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar de opinión en cualquier momento, para lo cual bastará con que llene un nuevo formulario.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. DOY MI CONSENTIMIENTO para que WMCHHealth acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de la SHIN-NY para brindarme cuidados de atención de salud (incluidos cuidados en situación de emergencia).</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO EXCEPTO EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA para que WMCHHealth acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de la SHIN-NY.</p>
<p><input type="checkbox"/> 3. NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que WMCHHealth acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de la SHIN-NY, <i>aun en situaciones de emergencia médica</i> (excepto a pacientes menores de edad). A menos que marque esta casilla, la ley del estado de Nueva York permite que los proveedores médicos que lo atienden en una emergencia tengan acceso a sus registros médicos, incluidos los registros que están disponibles a través de la SHIN-NY.</p>

Si quiero denegar mi consentimiento a todas las organizaciones proveedoras de cuidados de salud o planes de salud que participan en la red informática estatal (SHIN-NY) a fin de que no accedan a mi información de salud en formato electrónico a través de las siguientes organizaciones de intercambio de información de salud, podré hacerlo contactando a cada una de las organizaciones individualmente:

HealthConnections	www.healthconnections.org	315-671-2241 x 5
Hixny	www.hixny.org	518-640-0021

He recibido respuestas a mis preguntas sobre este formulario, y se me ha entregado una copia del mismo.

Firma del paciente o representante legal del paciente	Fecha	Fecha de nacimiento
Nombre del representante legal en imprenta (si corresponde)	Relación entre el representante legal y el paciente (si corresponde)	

Detalles sobre la información a la que se accede a través de la SHIN-NY y el proceso de consentimiento:

- 1. Maneras en las que podría utilizarse su información.** Su información de salud en formato electrónico se utilizará **únicamente** para los siguientes servicios de atención de salud:
 - **Servicios de tratamiento.** Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de elegibilidad de cobertura de seguro.** Verificar si cuenta con un seguro médico, y qué es lo que cubre.
 - **Actividades de administración de cuidados.** Las mismas incluyen brindarle asistencia para acceder a cuidados médicos apropiados, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la provisión de los múltiples servicios de atención de salud que reciba o ayudarlo para que cumpla con su plan de cuidados médicos.
 - **Actividades de mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que reciben usted y todos los pacientes.
- 2. Tipos de información sobre usted que se incluyen.** Si usted otorga su consentimiento, WMCHHealth podrá acceder a TODA su información de salud en formato electrónico disponible a través de la SHIN-NY. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de firma de este formulario. Sus registros de salud podrían incluir su historial de enfermedades o lesiones (como diabetes o fracturas óseas), resultados de análisis (como rayos X o análisis de sangre) y listas de los medicamentos que haya tomado. Dicha información podría incluir datos sobre afecciones de salud de índole confidencial, entre ellas:

Problemas de abuso de alcohol o drogas	Control de natalidad y abortos (planificación familiar)
Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas)	VIH/SIDA
Enfermedades mentales	Enfermedades de transmisión sexual

Si ha recibido atención por abuso de alcohol o drogas, su legajo puede incluir información relacionada con sus diagnósticos de abuso de alcohol o drogas, medicamentos y dosificaciones, pruebas de laboratorio, alergias, historial de uso de sustancias, historial de traumatismos, altas hospitalarias, empleo, situación de vida y apoyos sociales, así como historial de reclamaciones del seguro de salud.

- 3. De dónde proviene la información de salud sobre usted.** La información sobre usted proviene de los lugares donde ha recibido atención médica o de su proveedor de seguro de salud. Eso podría incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, empresas de seguros de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud por vía electrónica. Podrá contactar a HealthConnections y/o Hlxny para obtener una lista completa y actualizada de dichas entidades. Podrá acceder a una lista actualizada en cualquier momento en los sitios en Internet de HealthConnections y Hlxny o por llamándolos a los números que figuran en este formulario.
- 4. Quiénes podrán acceder a su información, si otorga su consentimiento.** Únicamente médicos y otros miembros del personal de WMCHHealth que desarrollen actividades autorizadas en este formulario, tal como se describen en el párrafo uno. En situaciones de emergencia a, los médicos y otros miembros del personal podrán usar la SHIN-NY para ver la información de salud de los pacientes menores de edad.
- 5. Acceso de organizaciones de salud pública y de trasplante de órganos.** La ley autoriza a las agencias federales, estatales o locales de salud pública, y ciertas organizaciones de trasplante de órganos, a acceder a la información de salud sin el consentimiento del paciente para determinados fines vinculados a la salud pública y al trasplante de órganos. Dichas entidades podrán acceder a su información a través de la SHIN-NY con dichos fines independientemente de que usted otorgue o no su consentimiento, o no llene un formulario de consentimiento.
- 6. Sanciones por el uso o acceso ilícito a su información de salud.** Existen sanciones por el acceso o uso inapropiado de su información de salud en formato electrónico. Si en cualquier momento usted sospecha que alguien no autorizado ha visto o accedido a su información de salud: llame WMCHHealth al 914-493-2600; o visite los sitios en Internet de HealthConnections o Hlxny; o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o siga el proceso para presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- 7. Divulgaciones posteriores de su información.** Cualquier organización a la que usted haya dado su consentimiento para acceder a su información de salud podrá volver a divulgarla, pero únicamente en la medida permitida por las leyes y disposiciones estatales y federales. La información vinculada a tratamientos por el abuso de alcohol o drogas, o la información confidencial vinculada al VIH, únicamente será accesible, y podrá volver a divulgarse, si está acompañada por las declaraciones obligatorias sobre la prohibición de divulgaciones posteriores.
- 8. Período de vigencia.** Este formulario de consentimiento conservará su vigencia hasta el día en que usted revoque su consentimiento, o hasta que WMCHHealth, HealthConnections o Hlxny deje de funcionar (**o hasta pasados 50 años desde su fallecimiento, lo que ocurra primero**). En caso de que HealthConnections y/o Hlxny se fusione con otra entidad calificada, sus opciones de consentimiento conservarán su vigencia en la nueva entidad fusionada.
- 9. Cómo cambiar su opción de consentimiento.** Usted podrá cambiar su opción de consentimiento en cualquier momento y para cualquier organización de provisión de cuidados de salud o plan de salud, para lo que bastará con que presente un nuevo formulario de consentimiento con su nueva elección. Las organizaciones que accedan a su información de salud a través de la SHIN-NY mientras su consentimiento esté en vigencia podrán copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aun si posteriormente usted decide cambiar su decisión de consentimiento, dichas organizaciones no estarán obligadas a devolverle su información o eliminarla de sus registros.
- 10. Copia del formulario.** Usted tiene derecho a que se le entregue una copia de este formulario de consentimiento.

*Definición. Al firmar este formulario de consentimiento, permite que los proveedores, empleados, agentes y miembros del personal médico de cada una de las siguientes organizaciones proveedoras afiliadas a WMCHHealth accedan a sus registros médicos a través de la SHIN-NY. Más información sobre las ubicaciones de WMCHHealth está disponible en <https://www.wmchealth.org/contact-us>

- Westchester Medical Center que incluye:
Maria Fareri Children's Hospital
Behavioral Health Center
- MidHudson Regional Hospital
- Good Samaritan Hospital of Suffern, N.Y.
- St. Anthony Community Hospital, Warwick, New York
- Bon Secours Community Hospital
- St. Francis at the Knolls (Mt. Alverno Center)
- Villa Frances at the Knolls (Schervier Pavilion)
- HealthAlliance Hospital
- Margaretville Hospital
- Mountainside Residential Care Center
- Westchester Medical Center Advanced Physician Services, P.C.
- Bon Secours Charity Health System Medical Group, P.C.
- North Road LHCSA