

FORMULARIO DE REGISTRÓ DEL PACIENTE

Por favor complete este formulario y léalo cuidadosamente



Post Office Box 660 · 85 Sierra Park Road · Mammoth Lakes, CA 93546 · 760-934-3311 · Fax 760-924-4029 · www.mammothhospital.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE ¿Ha sido paciente de algunas de las facilidades de Mammoth Hospital? Si No Event date:_____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección de correo electrónico _____ No. de teléfono celular (____) _____

Domicilio del Hogar/Ciudad/Estado/Código postal _____

Dirección (Si es diferente a la de arriba) _____ Teléfono (____) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____ País _____

Fecha de Nacimiento _____ Mes _____ Dia _____ Año _____ Edad _____ Sexo M F No. de Seguro Social _____

Estado Civil C S D V

¿Hay algún cambio en la sección de arriba? Si No

Nombre de la compañía donde trabaja _____ Teléfono(____) _____

Dirección _____

Ocupación _____ Jornada completa _____ Media jornada _____ Empleo Independiente _____ Retirado _____ Estudiante _____

Si Ud. está de visita en el área, de un número de teléfono local y un lugar donde pueda ser localizado:_____

Raza: _____ Blanco _____ Negro _____ Indigena Americano/Eskimo/Aleut _____ Asiático/Isleño del Pacifico _____ Otra _____ Desconocida

Grupo étnico: _____ Hispano _____ No soy Hispano _____ Desconocido ¿Cuál es su Idioma Materno?_____

¿Hay algún cambio en la sección de arriba? Si No

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

SEGURO MÉDICO PRIMARIO: _____ SEGURO MÉDICO PRIMARIO: _____

Póliza en grupo O Póliza individual

Póliza en grupo O Póliza individual

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono (____) _____ Teléfono (____) _____

No. de Identificación _____ No. de grupo _____ No. de Identificación _____ No. de grupo _____

Nombre del asegurado: _____ Nombre del asegurado: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo M F Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo M F

Nombre de la compañía donde trabaja: _____ Nombre de la compañía donde trabaja: _____

Dirección _____ Dirección _____

Jornada completa _____ Media Jornada _____ Temporal _____ Retirado/Fecha _____ Jornada completa _____ Media Jornada _____ Temporal _____ Retirado/Fecha _____

Ocupación _____ Ocupación _____

Relación con el paciente: _____ Relación con el paciente: _____

Otro Seguro Médico (Si es que tiene) _____

*** Una copia del seguro medico y algún tipo de identificación se requiere para las facturas

¿Hay algún cambio en la sección de arriba? Si No

CONTACTO DE EMERGENCIA (Preferible alguien que no viva en la casa) Relación con el paciente _____

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

CONSENTIMIENTO
PARA TRATAMIENTO
(CONSENT FOR TREATMENT)



Exp. Méd. N.º

Nombre del (de la) paciente

Fecha de nacimiento

Consentimiento médico y quirúrgico: El (la) paciente está bajo el control de los médicos que le atienden; el hospital no se responsabiliza por acto u omisión algunos cometidos por seguir las instrucciones de dichos médicos. El (la) abajo firmante consiente en someterse a cualesquiera exámenes con rayos X, procedimientos de laboratorio, anestesia, tratamientos médicos o quirúrgicos, o servicios hospitalarios que se le rindan en conformidad con las instrucciones generales y especiales de sus médicos. El (la) abajo firmante reconoce que todos los facultativos que proporcionan sus servicios a los pacientes sean radiólogos, patólogos, anestesistas u otros profesionales son contratistas independientes y no empleados ni agentes del hospital.

Enfermería de asistencia y cuidado general: El hospital proporciona solo atención de enfermería de asistencia y cuidado general. Según este sistema, se llama a los enfermeros o enfermeras a la cabecera del (de la) paciente en respuesta a una indicación de este(a). Si el estado del (de la) paciente es tal que requiere atención de enfermería de asistencia y cuidado continuos o especializados, se entiende que el (la) paciente, su representante legal o sus médicos se encargarán de hacer los arreglos necesarios para que el (la) paciente reciba dicha atención, y el hospital no se responsabilizará en manera alguna por no proveerla. Por eso, por este medio, se libera al hospital de cualquier y toda responsabilidad civil que pueda o pudiera originarse en el hecho de que no se proporcione la atención adicional mencionada al (a la) paciente abajo firmante.

Objetos personales de valor: Se entiende que el hospital mantiene una caja fuerte para guardar dinero y objetos de valor; y se concuerda con ello, así como con el hecho de que el hospital no será responsable de la pérdida o daño ocurridos a cualesquiera dinero, joyas, gafas, dentaduras, documentos, pieles, abrigos u otras prendas de piel, ni demás artículos pequeños y de valor, a menos que se los coloque dentro de la caja fuerte mencionada; así como tampoco será responsable de la pérdida o daño de ninguna otra propiedad personal, a menos que específicamente se la deposite en el hospital para su custodia.

Acuerdo financiero: Sea que firme como paciente o como agente, el (la) abajo firmante conviene en que, en consideración a los servicios que habrán de rendirse al (a la) paciente, se obliga a sí mismo(a) a pagar la cuenta del hospital en conformidad con los términos financieros (adjuntos) del hospital. En caso de que la cuenta se envíe a un abogado o a una agencia de cobranzas para que ellos se encarguen de su cobro, el (la) abajo firmante pagará los honorarios del abogado y los gastos de cobranza correspondientes. Todas las cuentas morosas devengarán intereses a la tasa legal.

Asignación de prestaciones de Medicare: Si es pertinente, certifico que la información que diera al solicitar el pago correspondiente según el Título XVIII (Medicare) de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a quien fuere que posea información médica o de otro tipo acerca de mí, a que comparta con la Administración de Seguridad Social o con sus intermediarios o portadores, cualquier información necesaria para este u otro reclamo relacionado con Medicare. Solicito que el pago de las prestaciones solicitadas se efectúe en mi nombre.

Asignación de prestaciones: Por este medio, autorizo el pago directo al Mammoth Hospital de las prestaciones de seguro médico que de otro modo se harían a mi nombre, en concepto de pago por esta hospitalización, pero sin exceder los precios regulares del citado hospital. Se conviene en que el pago al hospital conforme a esta autorización, por parte de una compañía de seguro médico, exonerará a dicha compañía de cualquier y toda obligación según la póliza, hasta el punto del pago en cuestión. Entiendo que el hospital no aceptará responsabilidad alguna de cobrar mis ganancias o negociar un acuerdo sobre un reclamo en disputa. Además, se entiende que, financieramente, yo soy responsable de los gastos no cubiertos por esta asignación.

ENTIENDO QUE UNA VEZ QUE FIRME ESTE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, EL MISMO PERMANECERÁ EN VIGENCIA PARA TODAS LAS CONSULTAS FUTURAS EN LA CLÍNICA, HASTA QUE SE REVOQUE POR ESCRITO.

EL (LA) ABAJO FIRMANTE CERTIFICA QUE HA LEÍDO LO ANTEDICHO Y QUE ES EL (LA) PACIENTE, EL (LA) TUTOR(A) LEGAL DEL (DE LA) PACIENTE O LA PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR EL (LA) PACIENTE, COMO SU AGENTE GENERAL PARA FORMALIZAR EL ACUERDO PRECEDENTE Y ACEPTAR SUS TÉRMINOS.

Firma del (de la) paciente o de su representante legal

Fecha

Si firma alguien que no es el (la) paciente, sírvase indicar su relación con este(a).



Gracias por elegir las clínicas de Mammoth Hospital para sus servicios médicos.
Lo siguiente es una declaración general que explica nuestras políticas financieras.

EL ACUERDO FINANCIERO El acuerdo financiero es un contrato entre usted el paciente o la persona responsable y el hospital.

PRECIOS

Los precios en Mammoth Hospital son para nuestra área. Usted es responsable por el pago completo sin importar cualquier reducción hechas por su seguro médico.

SEGURO MÉDICO

Su póliza de seguro médico es un contrato entre usted y la compañía, nosotros no somos parte de ese por su compañía de seguro médico y se pueden por lo tanto considerar "no cubiertos". Mammoth Hospital mandará la factura a su seguro médico como cortesía siempre y cuando tengamos la información completa y precisa. Es responsabilidad en hacer las llamadas necesarias a su compañía de seguro médico para asegurarse que la compañía pague por su tratamientos. Si pertenece a un seguro médico HMO o le asignan un solo doctor (PC) un grupo médico (PMG), es vital que usted les notifique de su tratamiento en Mammoth Hospital. LEA su tarjeta de seguro médico y libro informativo para instrucciones específicas.

SERVICIOS O MATERIALES NO CUBIERTOS

Costos no cubiertos son servicios y/o materiales que se pueden determinar, por Medi-cal, CMSP, MediCare u otras compañías de seguro médico, como no medicamente necesarios para los síntomas o diagnóstico y/o el tratamiento de una condición médica. Usted es monetariamente responsable de TODOS los servicios y materiales que reciba.

SERVICIOS NEGADOS

En caso de que todo o una parte de los costos sean negados por su seguro médico, el paciente o la persona responsable sera responsable de todos los costos.

COBERTURA LIMITADA

Si su cobertura es para servicios solamente de emergencia, accidental o relacionado con el embarazo usted puede ser responsable de los costos que no sean parte del criterio de la cobertura de su seguro médico.

LA DEFINICIÓN DE UNA CONDICIÓN DE EMERGENCIA

Una condición medica que se manifiesta por síntomas agudos de gran severidad, incluyendo un dolor severo que en ausencia de la asistencia medica inmediata se podría poner la salud del individuo o del niño en el vientre, en serio peligro, la debilitación corporal o la disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Si usted ha recibido servicios tales como de anestesia, de un médico en la sala de emergencia, consulta con un médico especializado, de laboratorio o de patología que fueron enviados fuera del hospital, o llegó al hospital en ambulancia Mono County Paramedics, usted recibirá facturas de ellos aparte. Médicos independientes u otras compañías que le dieron servicio no son parte de los contratos que tiene Mammoth Hospital.

NOTA: Pacientes con MediCare pueden tener derechos adicionales que no estan mencionados.

Yo reconozco que recibí copia del Informe de Normas de Confidencialidad de Mammoth Hospital. El documento provee información de como Mammoth Hospital puede usar y divulgar mi información médica protegida.

Una vez que Ud. haya firmado la política financiera, esta Permanecerá en efecto para todas las visitas a futuro hasta que sea rechazada Por escrito.

He leído entendido las declaraciones antes dichas. Reconozco que soy completamente responsable de todos los costos.

Firma del paciente o persona responsable

Fecha

Nombre del Paciente (Letra de molde)

Si firmo otra persona que no sea el paciente cual es el parentesco

Consulta Sobre Una

Nueva Lesion

(New Injury Questionnaire)



Información General

Médico de cabecera: _____ Fecha ____/____/____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____ Fax/Dirección de correo electrónico _____

Ocupación: _____

Trabajo de: Tiempo Completo Medio Tiempo Jubilado Sin trabajo

Desde cuando: _____

¿Quién lo refirió? Nombre: _____

Dirección: _____

¿Cuáles son sus pasatiempos?: _____

¿Qué deportes práctica? _____

Problema Ortopédico Actual

¿Cuál parte del cuerpo _____ Izquierda Derecha ¿El problema esta relacionado con el trabajo? Si No

¿Está relacionado con un accidente de automóvil? Si No ¿Hay algún caso legal pendiente? Si No

Quando comenzaron los síntomas ____/____/____ o Quando se Lesionó ____/____/____
Mes Día Año Mes Día Año

Ciudad _____ Estado _____ A que hora _____

Si se lesionó, por favor describa en detalle cómo sucedió: _____

¿Cuándo le duele? Agarrando algo Al jalar Al empujar Al cargar Al presionar Al apretar Al levantar
AL levantar por encima de la cabeza Caminar Correr Estando de Pie En Cuclillas Subir/Bajar las Escaleras

El Cuello En medio de la Espalda Parte Baja de la Espalda
En la mañana En la noche Cuando duerme Todo el tiempo

¿Qué alivia el dolor? _____

¿Qué empeora el dolor? _____

Utilizando la escala, que número puede darle al dolor: nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 severo

¿Qué medicamento le ayuda? _____

Utilizando la escala, que numero puede darle al dolor: nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 severo

¿Tiene adormecimiento? Si No ¿Adónde _____

¿Tiene debilidad? Si No ¿Adónde? _____

¿Ha consultado con algún otro doctor, terapeuta o quiropráctico? _____

¿Ha recibido terapia física? Si No ¿Cuantas veces? _____

Consulta Sobre Una

Nueva Lesion

(New Injury Questionnaire)



¿Ha recibido Inyecciones de Cortisona? Si No ¿ Cuántas veces? _____ Fecha de la última inyección ____/____/____
 ¿Le ayudó? Si No Solo por poco tiempo
 ¿Le han tomado Radiografías? Si No Fecha: ____/____/____
 ¿Le han tomado Tomografías? Si No Fecha: ____/____/____
 ¿Le han tomado Imagen por resonancia magnética (MRI o IRM)? Si No Fecha: ____/____/____

Cirugías Relacionadas:

1) _____ Fecha: ____/____/____
 2) _____ Fecha: ____/____/____
 3) _____ Fecha: ____/____/____
 4) _____ Fecha: ____/____/____

¿Le ha ayudado la cirugía? Si No

Si contesto No, indique la razón: _____

Cirugías previas que no son relacionadas

1) _____
 2) _____
 3) _____
 4) _____
 5) _____
 6) _____
 7) _____

Medicamentos actuales

1) _____
 2) _____
 3) _____
 4) _____
 5) _____
 6) _____
 7) _____

Alergias a Medicamentos

1) _____
 2) _____
 3) _____

Antecedentes sobre el uso de cigarrros: ¿Cuántas cajetillas fuma al día? _____ ¿Por cuántos años ha fumado? _____

Antecedentes sobre el uso de Alcohol: ¿Cuántas bebidas toma al día? _____ ¿Cuántas bebidas toma a la semana? _____

Ha tenido algún problema dentro de los últimos cinco años o está experimentando algún problema actualmente: Por favor circule todo lo que le aplica.

Convulsiones Depresión Estremecimiento Cambios en la Vista Cambios en la Audición
 Faringitis Estreptocócica Problemas con la Tiroides Dificultad para Respirar Uso de Esteroides
 Ataque Cardíaco Ulceras Estoracales Ictericia Dolor al orinar Cálculos en Los riñones Gota
 Fracturas Múltiples Sangrar con Facilidad Insomnio Dependencia a las Drogas Mareos
 Dolores de Cabeza Severos Salpullido Crónico Pérdida de Peso Reciente Asma/Neumonía
 Colesterol Alto Dolor de Pecho Excremento de Color Negro o Con Sangre Diarrea
 Sangre en La Orina Enfermedades Transmitidas Sexualmente Dolor de varias Articulaciones
 Artritis Reumatoide Diabetes Problemas con la Anestesia

Si circulo cualquiera de los siguientes, por favor explique las cosas que circuló: _____

Firma del Paciente: _____