

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE (eCW)

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(En letra de imprenta)

Nombre legal del paciente: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

Nombre completo preferido (si es diferente del anterior): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono particular (línea fija): \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Identidad de género:  Mujer  Hombre  Mujer transgénero a hombre  Hombre transgénero a mujer  Genderqueer  Elige no especificar  
 Categoría de género adicional no incluida en la lista \_\_\_\_\_

Raza:  Indio americano/nativo de Alaska  Asiático  Nativo de Hawaii/isleño del Pacífico  Negro/afroamericano  Blanco  
 Hispano  Elige no especificar  Otro que no figura en la lista \_\_\_\_\_

Etnia:  Hispano o latino  No hispano o latino  Elige no especificar

**Idioma** preferido:  Inglés  Español  Lenguaje de señas  Japonés  Mandarín  Coreano  Francés  Indio: Hindi, Tamil, Gujarati, etc.  
 Swahili  Ruso  Árabe  Vietnamita  Criollo haitiano  Bosnio/Croata/Serbio/Serbocroata  Albanés  
 Birmano  Tagalo  Farsi-Irani/Persa  Portugués  Camboyano  Otros que no figuran en la lista \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del paciente: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (si no es el paciente)

(Información utilizada para los estados de cuenta del paciente)

Parte responsable:  Otro paciente  Garante  El paciente mismo  Marque aquí si la información de dirección y teléfono es la misma que la del paciente

Nombre de la parte responsable: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: DD \_\_\_/MM \_\_\_/AAAA \_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

Número de Seguro Social de la parte responsable: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO:** Presente sus tarjetas de seguro (primario, secundario, etc.) en la recepción al ingresar.

### INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Tiene un testamento en vida?  Sí  No

Relación del contacto de emergencia con el paciente: \_\_\_\_\_  Tutor

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

AL PACIENTE: Como paciente, usted tiene derecho a recibir información sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico que se va a utilizar, para que pueda tomar una decisión sobre si someterse o no a un tratamiento o un procedimiento después de conocer los riesgos y peligros que implica. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un intento de obtener su permiso a fin de realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento o el procedimiento adecuados para cualquier afección identificada.

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) es su intención que este consentimiento continúe vigente, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento y (2) autoriza el tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene derecho a discontinuar los servicios en cualquier momento.

Usted tiene derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le sea indicada. Si tiene alguna inquietud sobre alguna prueba o tratamiento que haya indicado su proveedor de atención médica, le recomendamos hacer preguntas. Voluntariamente solicito a un médico o proveedor de nivel medio (enfermero practicante, asistente del médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según sea necesario, que realicen el examen médico, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios para la afección por la que busqué atención médica en este consultorio. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de realizar las pruebas o los procedimientos.

Certifico que leí y entiendo plenamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento pleno y voluntario a su contenido.

Firma del paciente o representante personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante personal en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Vínculo con el paciente: \_\_\_\_\_

Sección A: Esta sección se debe completar para todas las Autorizaciones					
<b>Nombre del paciente:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>		Últimos 4 dígitos de SSN (opcional):	
<b>Nombre de instalación:</b>		<b>Nombre del receptor:</b>			
Dirección de instalaciones:		<b>Dirección 1:</b>			
<b>Correo electrónico paciente:</b>		<b>Dirección 2:</b>			
		<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>	
<b>Entrega de solicitud (si se deja en blanco, se proporcionará una copia impresa):</b> <input type="checkbox"/> Copia impresa <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/>					
Medios electrónicos, si están disponibles (por ej., unidad USB, CD/DVD)					
<b>Dirección de correo electrónico (Si anteriormente marcó correo electrónico. Escriba en letra de imprenta y legible):</b>					
Esta autorización vencerá noventa días a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario a continuación: (Ingrese la fecha o el evento, pero no ambos.)					
<b>Fecha:</b>			<b>Evento:</b>		
<b>Objetivo de la divulgación:</b>					
<b>Descripción de la información que se utilizará o divulgará</b>					
¿Esta solicitud es para notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, entonces este es el único artículo que usted puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para otros artículos a continuación. <input type="checkbox"/> No, entonces usted puede seleccionar tantos artículos a continuación como necesite.					
<b>Descripción:</b>	<b>Fechas:</b>	<b>Descripción:</b>	<b>Fechas:</b>	<b>Descripción:</b>	<b>Fechas:</b>
<input type="checkbox"/> Toda la PHI en la historia clínica <input type="checkbox"/> Formulario de admisión <input type="checkbox"/> Informes de dictado <input type="checkbox"/> Órdenes médicas <input type="checkbox"/> Consumo/expulsión <input type="checkbox"/> Prueba clínica <input type="checkbox"/> Listas de medicamentos <input type="checkbox"/> Información operativa		<input type="checkbox"/> Laboratorio de cateterismo <input type="checkbox"/> Prueba/terapia especial <input type="checkbox"/> Tiras de ritmo cardíaco <input type="checkbox"/> Información de enfermería <input type="checkbox"/> Formularios de transferencia		<input type="checkbox"/> Resumen de parto/nacimiento <input type="checkbox"/> Examen de obstetricia <input type="checkbox"/> Diagrama de flujo posparto <input type="checkbox"/> Factura detallada: <input type="checkbox"/> UB-92: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Otro:	
Por este medio, reconozco y estoy de acuerdo con que la información divulgada puede contener información de abuso de alcohol, consumo de drogas, información genética, psiquiátrica, análisis para la detección del VIH, resultados del VIH o información sobre el SIDA.					
(Iniciales)					
Entiendo que:					
1. Me puedo negar a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria. 2. Mi tratamiento, pago, inscripción o derecho a recibir beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización. 3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación. Los detalles adicionales se encuentran en la Notificación de prácticas de privacidad. 4. Si el solicitante o el receptor no es un plan médico o proveedor de atención médica, la información divulgada podría no estar protegida por las leyes federales de privacidad y podría divulgarse de nuevo. 5. Comprendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por un cargo razonable de copia si la solicito. 6. Obtengo una copia de este formulario después de firmarlo.					
<b>Sección B: ¿La solicitud de PHI se hace con fines de marketing o implica la venta de la PHI?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si la respuesta es "Sí", el plan médico o el proveedor de atención médica deben completar la Sección B, de lo contrario, pase a la Sección C.					
¿El receptor recibirá remuneración financiera a cambio del uso o la divulgación de esta información?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", describa cómo:					
¿Puede el receptor de la PHI intercambiar la información por remuneración financiera en el futuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Sección C: Firmas</b>					
He leído lo expuesto anteriormente y autorizo la divulgación de información médica protegida según lo especificado.					
<b>Firma del paciente/representante del paciente:</b>				<b>Fecha:</b>	
<b>Nombre en letra de imprenta del representante del paciente:</b>				<b>Relación con el paciente:</b>	

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE HIPAA

## HIPAA ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT FORM

Location Name			
Apellido del paciente (en letra de imprenta)	Nombre del paciente (en letra de imprenta)	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

### Aviso de prácticas de privacidad/clínicas / Notice of Privacy Practice/clinics

\_\_\_\_\_ (iniciales del paciente/representante) Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad, que describe las formas en que la clínica/consultorio puede usar y divulgar mi información médica para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos; entiendo que puedo comunicarme con el Funcionario de privacidad designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. Entiendo que el proveedor o los socios comerciales del proveedor pueden divulgar esta información de forma electrónica. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad.

### Divulgaciones a amigos o miembros de la familia / Disclosures to Friends and/or Family Members

¿DESEA DESIGNAR A UN MIEMBRO DE SU FAMILIA U OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA DISCUTIR SU AFECCIÓN MÉDICA? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿A QUIÉN? Doy permiso para que se divulgue mi Información de salud protegida a fin de comunicar los resultados, los hallazgos y las decisiones de atención a mis familiares y otras personas que se detallan a continuación:

	Nombre / Name	Vínculo / Relationship	Número de contacto / Contact Number
1:			
2:			
3:			

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica y dicha revocación o modificación debe ser por escrito.  
Patient/Representative may revoke or modify this specific authorization and that revocation or modification must be in writing.

### Comunicaciones sobre My Healthcare / Communications about My Healthcare

Acepto que el Proveedor o un representante del Proveedor o un consultorio médico independiente pueden comunicarse conmigo para programar las visitas de seguimiento necesarias recomendadas por el médico tratante.

### Consentimiento para la toma de fotografías u otro tipo de grabación para operaciones de seguridad o atención médica / Consent for Photographing or Other Recording for Security and/or Health Care Operations

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, grabaciones digitales de audio o imágenes de mí para la atención, a los fines de seguridad o para operaciones de atención médica del consultorio/clínica (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad). Entiendo que el consultorio/clínica conserva los derechos de propiedad de las imágenes o las grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso a las imágenes o grabaciones, u obtener copias de estas, cuando sea tecnológicamente posible a menos que lo prohíba la ley. Entiendo que estas imágenes o grabaciones se guardarán y protegerán de forma segura. Las imágenes o grabaciones en las que se me identifica no se divulgarán ni se utilizarán fuera de las instalaciones sin una autorización específica por escrito de mi parte o mi representante legal, a menos que la ley lo permita o exija.

### Consentimiento para el uso de correo electrónico, teléfono celular o mensaje de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica / Consent to Email, Cellular Telephone, or Text Usage for Appointment Reminders and Other Healthcare Communications

Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o un número de teléfono celular en los que se me pueda contactar, doy mi consentimiento para recibir instrucciones no seguras y otras comunicaciones de atención médica en mi correo electrónico o en la dirección de mensajes de texto que proporcioné u obtuve el consultorio o su administrador de EBO, en cualquier número de mensaje de texto reenviado o transferido desde ese número. Estas instrucciones pueden incluir, entre otras, instrucciones posteriores al procedimiento, instrucciones de seguimiento, información educativa e información de recetas. Otras comunicaciones de atención médica pueden incluir, entre otras, comunicaciones a la familia o representantes designados con respecto a mi tratamiento o afección, o mensajes recordatorios de citas para la atención médica.

Importante: Puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento. La clínica/consultorio no cobra por este servicio, pero pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes de texto o minutos de teléfono celular según lo estipulado en su plan de servicios inalámbricos (comuníquese con su proveedor para conocer los precios y los detalles de los planes).

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE HIPAA

## HIPAA ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT FORM

Location Name			
Apellido del paciente (en letra de imprenta)	Nombre del paciente (en letra de imprenta)	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

**Importante:** Este centro utiliza una historia clínica electrónica que actualizará todos sus datos demográficos y consentimientos con la información que acaba de proporcionar. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su comodidad en todos nuestros centros afiliados con los que usted se relaciona que comparten la historia clínica electrónica.

### Divulgación de información / Release of Information

Por la presente, autorizo que el consultorio/clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención de pacientes hospitalizados o ambulatorios divulguen información de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información de atención médica con respecto a servicios anteriores de otros proveedores afiliados a HCA puede estar disponible para los proveedores afiliados posteriormente a HCA para coordinar la atención. La información de atención médica se puede divulgar a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente para verificar las preguntas de cobertura o pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también se puede divulgar a la persona designada por mi empleador cuando los servicios brindados se relacionan con una reclamación de indemnización laboral.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios u operadores para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, sin carácter restrictivo, antecedentes y registros físicos de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso médico, notas de enfermería, consultas, informes psicológicos o psiquiátricos, tratamiento de drogas y alcohol y resumen del alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que esta instalación participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre ellas para lograr objetivos que pueden incluir, entre otros, mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mi historia clínica, disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información, agregar y comparar mi información para fines de mejora de la calidad, y cualquier otro propósito que permita la ley. Entiendo que esta instalación puede ser miembro de una o más de esas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre las afecciones psicológicas, afecciones psiquiátricas, afecciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química o enfermedades infecciosas, lo que incluye, entre otras, enfermedades transmitidas por sangre, como el VIH y el SIDA.

Certifico que he leído y entiendo completamente todas las páginas de las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

Firma del paciente/representante: Patient/Representative Signature	Vínculo con el paciente (paciente, padre, tutor legal/representante, etc.) / Relationship to Patient (self, parent, legal guardian/representative, etc)	Fecha / Date

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Pediatric Gastroenterology Associates of Houston  
Questionario de nuevo paciente

Historia de nacimiento

¿Qué hospital / centro de parto? \_\_\_\_\_

¿Cesárea o parto vaginal? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el peso al nacer? \_\_\_\_\_

¿Cuál era la edad gestacional del bebé al nacer? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo estuvo el bebé en el hospital? \_\_\_\_\_

Enumere cualquier problema / complicación:

Historial médico pasado

Enumere los problemas médicos actuales del paciente:  ninguna

Enumere todas las cirugías en la vida del paciente:  ninguna

Cirugía:

Fecha:

Cirujano:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Enumere los medicamentos actuales del paciente:  ninguna

Nombre: \_\_\_\_\_ Frecuencia / Dosis / Fuerza: \_\_\_\_\_

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Enumere cualquier alergia (medicamentos, alimentos, otros):

Enumere cualquier otro especialista médico que el paciente haya visto (ENT, Alergólogo, cardiólogo, etc.)

¿Cuántos días de escuela perdió el paciente en el último año?

\_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre de su compañía actual de atención médica a domicilio?

\_\_\_\_\_

Enumere cualquier equipo médico especial para el hogar (oxígeno, bomba de alimentación, monitor de apnea, etc.)

\_\_\_\_\_

Historia Familiar

Enumere los hermanos del paciente:  ninguno

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Alguien en la familia tiene alguna de las siguientes condiciones? (por favor marque todos los que apliquen):

- Enfermedad de Crohn     Colitis ulcerosa     Lupus
- Artritis Reumatoide     Úlceras estomacales
- Enfermedad celíaca     Enfermedad congénita
- Diabetes tipo I     Migrañas

Historia social

¿El paciente asiste a algún tipo de guardería?  Si  No

¿Alguien a quien el paciente conoce fumar?  Si  No

Enumere las mascotas en el hogar u otros animales. a la que está expuesto el paciente.  ninguno

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Quién vive con el paciente en casa?

\_\_\_\_\_

¿En qué grado está actualmente el paciente?

\_\_\_\_\_

¿Ha viajado el paciente recientemente? Si es así, ¿dónde y cuándo?  No

\_\_\_\_\_

¿Ha comido el paciente alimentos extraños o productos lácteos no pasteurizados? Si es así, ¿qué y cuándo?

\_\_\_\_\_

### Revisión de sistemas

#### Constitucional

Fiebre o escalofríos (reciente o recurrente)	Si	No
Sudores nocturnos	Si	No
Peso pérdida ganancia	Si	No
Energía disminuida	Si	No
Cambios de apetito	Si	No
Dificultad para subir de peso	Si	No
Dificultad para dormir	Si	No

#### Ojo

Vision Problems	Si	No
Yellow eyes	Si	No

#### Piel

Ictericia	Si	No
Sarpullido	Si	No

#### Neurológico

Dolores de cabeza frecuentes	Si	No
Convulsiones	Si	No
Retrasos del desarrollo	Si	No
Está o estuvo inscrito su hijo en ECI	Si	No
¿Su hijo requiere especial clases en la escuela?	Si	No
¿Requiere su hijo terapia?	Si	No

En caso afirmativo, identifique: (circule los siguientes)

Habla Idioma Physica Ocupacional

### Cardiovascular

Soplo cardíaco o problema cardíaco	Si	No
Dolor de pecho	Si	No
Limitación de ejercicio	Si	No
Desmayos	Si	No
Diarrea	Si	No
Dificultad para tragar	Si	No
Vómito o saliva excesiva	Si	No
Estreñimiento	Si	No
Ardor de corazón	Si	No
Dolor abdominal frecuente	Si	No
Antecedentes de hierro u otra deficiencia nutricional.		
Úlceras de boca	Si	No
Heces blancas	Si	No

### Alérgica / inmunológica

Eccema (piel seca, áspera o con picazón)	Si	No
Urticaria (urticaria)	Si	No
Alergias (rinitis alérgica, fiebre del heno, etc.)	Si	No

### Endocrino

Demasiado caliente o demasiado frío	Si	No
Problemas de azúcar en la sangre (incluida diabetes)		
Hematomas / sangrado fáciles	Si	No
Toma pastillas anticonceptivas	Si	No

### Psiquiátrico

Síntomas de ansiedad(preocupaciones excesivas)	Si	No
Síntomas de depresión (sin esperanza, indefenso, tristeza excesiva, llanto)	Si	No
Problemas de comportamiento (peleas en la escuela)		
Otras condiciones psiquiátricas	Si	No

### Musculoesquelético

Dolor o inflamación articular.	Si	No
Debilidad muscular	Si	No

### Otra

Tenga en cuenta cualquier otro síntoma importante no mencionado anteriormente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_