

Formulario de admisión de pacientes

Por favor, rellene toda la información con la mayor precisión posible. La información que proporcione le ayudará a formular un perfil de salud completo. Todas las respuestas son confidenciales.

Información del paciente

Nombre: _____ Inc. De 2º Nombre: _____ Apellido: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino No-binario Otro _____
 # de Seguro Social: _____ Dirección: _____
 Ciudad y Estado: _____ Código Postal: _____ Estado Civil: S C V D
 Número de teléfono: (_____) _____ Número alternativo: (_____) _____
 Correo electrónico: _____ Situación laboral: Empleado Desempleado Estudiante
 Jubilado Prefiero no Contestar
 Lugar de Trabajo: _____ Número de Trabajo: (_____) _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Parentesco: _____
 Número de teléfono: (_____) _____ Número alternativo: (_____) _____
 Nombre: _____ Parentesco: _____
 Número de teléfono: (_____) _____ Número alternativo: (_____) _____

Derivaciones y atención complementaria

¿Está actualmente bajo atención médica? Sí No ¿Para? _____
 Médico de Atención Primaria (PCP): _____
 ¿Acude a algún otro especialista/médico? _____
 ¿Algún servicio de atención complementaria? Atención Domiciliaria Cuidados Paliativos Hospicio
 Hogar de ancianos/centro de vida asistida Diálisis Rehabilitación Servicios de salud mental Otros
 (especifique: _____)
 ¿Cómo te enteraste de nosotros? _____
 ¿Cuál es la razón por la que nos ves hoy? _____

Información del seguro: presente su tarjeta de seguro actual en el momento de su visita para fines de verificación

Nombre de la compañía de seguros: _____ ¿Es usted el titular de la póliza? Sí No
 Nombre completo del titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Relación con el paciente: Propio _____ Número de ID/Licencia del titular: _____
 Número de Grupo de Seguro: _____ Número de Póliza: _____
 Número de contacto del seguro: (_____) _____ Tipo de plan: HMO PPO EPO _____

¿Tiene un seguro secundario? Sí No

Nombre de la compañía de seguros: _____ ¿Es usted el titular de la póliza? Sí No
 Nombre completo del titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Relación con el paciente: Propio _____ Número de ID/Licencia del titular: _____
 Número de Grupo de Seguro: _____ Número de Póliza: _____
 Número de contacto del seguro: (_____) _____ Tipo de plan: HMO PPO EPO



Autorización para la divulgación de información y pago – Política de pago

Autorizo a Cigarroa Clinic a divulgar información a mi aseguradora y a dirigir los pagos de beneficios médicos a la clínica. Reconozco mi responsabilidad por cualquier cargo no cubierto por el seguro. Entiendo que la resolución de reclamos no es responsabilidad de la clínica, y se aplican tarifas separadas para las interpretaciones del radiólogo con procedimientos de imágenes.

Autorización para métodos de comunicación

Autorizo a Cigarroa Clinic (Laredo Cardiovascular Consultants, P.A.) a comunicarse conmigo a través de llamadas telefónicas, mensajes de voz, mensajes de **texto y correos electrónicos** para fines relacionados con mi atención médica. Esto puede incluir recordatorios de citas, preguntas de seguimiento y otra información relacionada con la atención médica. Entiendo que estas comunicaciones se llevarán a cabo de una manera que cumpla con las regulaciones de HIPAA para garantizar la confidencialidad y seguridad de mi información médica personal.

Información de contacto preferida:

- Número de teléfono: _____
- Correo electrónico: _____

Acuse de recibo del Aviso de privacidad

Me han presentado una copia del libro de Cigarroa Clinic (Laredo Cardiovascular Consultants, P.A.) Aviso de Políticas de Privacidad del Condado de Webb que detalla cómo se puede usar y divulgar mi información según lo permitido por las leyes federales y estatales. Entiendo el contenido del aviso y solicité la(s) siguiente(s) restricción(es) con respecto al uso de mi información médica personal:

Además, permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico, ya sea a mí mismo o a la parte que acepta las asignaciones. Se aplican las regulaciones que permiten la tarea médica de las prestaciones.

Firmado: _____ Fecha: _____

Relación: _____ Testigo: _____

Si no está firmado por el paciente, indique la relación con el paciente (p. ej., cónyuge / representante autorizado)

Solo para uso interno

Si el paciente o los representantes del paciente se niegan a firmar el Acuse de recibo de la notificación, documente la fecha y la hora en que se presentó la notificación al paciente y firme a continuación.

Nombre y Título: _____ Fecha: _____



DIVULGACIÓN DE LA PROPIEDAD Y PROVEEDORES ALTERNATIVOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Fecha: _____

Yo _____, comprende completamente que todo el equipo médico utilizado en esta instalación es propiedad exclusiva de Cigarroa Clinic (Laredo Cardiovascular Consultants, PA). He revisado una lista de proveedores/centros alternativos de pruebas diagnósticas.

Instalaciones alternativas:

Community Health Systems

1700 E Saunders St
Laredo, TX 78041
956-796-5000 (No se proporcionan servicios de PET en esta instalación)

University Health Services

10700 McPherson Rd
Laredo, TX 78045
956-523-2000 (No se proporcionan servicios de PET en esta instalación)

Radiology Clinic of Laredo

5401 Springfield Ave
Laredo, TX 78041
956-718-0092 (No se proporcionan servicios de PET o medicina nuclear en esta instalación)

Laredo Premier ASAS Health

7215 McPherson Rd.
Laredo, TX 78041
956-608-4500 (No se proporcionan servicios de PET, CT o medicina nuclear en esta instalación)

Metabolic Imaging of Laredo

2344 Laguna Del Mar Ct, Laredo, TX 78041
956-725-6400 (No se proporcionan servicios de medicina nuclear, tomografía computarizada, radiografía o ultrasonido en este centro)

Laredo Vascular and Ultrasound Center

5702 McPherson Rd.
Laredo, TX 78041
956-723-2220 (No se proporcionan servicios de PET, CT, radiografía o medicina nuclear en este centro)

Carlos G. Cigarroa, M.D, PA

702 E. Calton Rd. Suite #101
Laredo, TX 78041 (No se proporcionan servicios de PET, CT, radiografía o ultrasonido en esta instalación)



AUTORIZACIÓN QUE CUMPLE CON HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE DE CONFORMIDAD CON 45 CFR 164.508

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Autorizo y solicito la divulgación de toda la información protegida con el fin de revisarla y evaluarla en relación con una reclamación legal. Solicito expresamente que el custodio de registros designado de todas las entidades cubiertas bajo HIPAA identificadas anteriormente divulgue información médica protegida completa y completa que incluya, entre otros:

- Todos los registros médicos (todas las páginas de mi registro, incluidas las notas de la oficina, las consultas, los registros de tratamiento, los registros clínicos, las notas de enfermería, etc.)
- Todas las solicitudes físicas, ocupacionales y de rehabilitación, consultas y notas de progreso.
- Todos los registros de discapacidad, Medicaid o Medicare, incluidos los formularios de reclamación y el registro de denegación de beneficios.
- Todos los registros de empleo, personal o salarios.
- Todos los registros y muestras de autopsia, laboratorio, histología, citología, patología, inmunohistoquímica, registros y películas de radiología, incluidas tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, resonancias magnéticas, EMG, gammagrafía ósea, mielografía, estudio de conducción nerviosa, ecocardiograma y resultados de cateterismo cardíaco, videos/CD/películas/carretes e informes.
- Todos los registros de farmacias/recetas, incluidos los números de NDC y los folletos/monografías de información sobre medicamentos.
- Todos los registros de facturación, incluyendo todos los estados de cuenta, formularios de reclamaciones de seguros, facturas detalladas y registros de facturación a terceros pagadores y de pago o denegación de beneficios para el período de _____ a _____.

Métodos de divulgación:

- Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información de salud a través de los siguientes métodos que puedan ser necesarios: por escrito, fotocopia, papel, comunicación electrónica, verbal y fax.

Esta información puede incluir datos relacionados con enfermedades de transmisión sexual, SIDA/VIH y tratamiento por abuso de alcohol/drogas. Esta autorización se otorga de conformidad con los requisitos de consentimiento federal para la divulgación de registros de abuso de alcohol o sustancias según 42 CFR 2.31. Esta información de salud protegida se divulga con el propósito de continuar la atención médica con Cigarroa Clinic.



Usted está autorizado a divulgar los registros anteriores a los siguientes representantes de los demandados en el asunto mencionado anteriormente que hayan acordado pagar cargos razonables realizados por usted para proporcionar copias de dichos registros:

Nombre del representante

Capacidad de representante (por ejemplo, abogado, solicitante de registros, agente, etc.)

Dirección de la calle

Ciudad, estado y código postal

Entiendo lo siguiente (véase CFR § 164.508 (c) (2) (i-iii)):

- un. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.
- b. La información divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida.
- c. Mi tratamiento o el pago del tratamiento no puede estar condicionado a la firma de esta autorización.

Cualquier fax, copia o fotocopia de la autorización le autorizará a divulgar los registros solicitados en este documento. Esta autorización estará en vigor y surtirá efecto hasta dos años después de la fecha de ejecución, momento en el cual expirará:

Firma del paciente o representante legalmente autorizado
(este 45CFR § 164.508 (c) (1) (vi))

Fecha

Nombre y relación del representante legalmente autorizado con el paciente
(este 45CFR § 164.508 (c) (1) (iv))

Firma del testigo

Fecha



Formulario de Consentimiento para Servicios de Telemedicina

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
ID/MRN del Paciente: _____

- Naturaleza de la Consulta de Telemedicina:** Entiendo que una consulta de telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica de Laredo Cardiovascular Consultants, P.A., que opera bajo el nombre de Cigarroa Clinic, presten servicios a mí en una ubicación remota del proveedor. Entiendo que no tendré un examen físico directo por parte del proveedor durante una consulta de telemedicina, lo que en algunos casos puede afectar la capacidad del proveedor para diagnosticar y tratar mi condición.
- Información Médica y Registros:** Entiendo que todas las leyes existentes sobre el acceso a mi información médica y copias de mis registros médicos se aplican a la telemedicina. Como tal, tendré acceso a toda la información resultante del servicio de telemedicina según lo dispuesto por la ley para acceder a mis registros médicos.
- Confidencialidad:** Entiendo que las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telemedicina. Como tal, entiendo que la información que divulgo durante el curso de mi terapia es generalmente confidencial.
- Riesgos y Beneficios:** Entiendo que existen riesgos asociados con la telemedicina, que incluyen, entre otros, la posibilidad de que la transmisión de mi información médica pueda ser interrumpida o distorsionada por fallas técnicas o pueda ser interceptada por personas no autorizadas. Sin embargo, también entiendo que la telemedicina ofrece beneficios, incluyendo un acceso más fácil a la atención, la capacidad de recibir tratamiento cuando no se puede presentar para una visita en persona, y la continuidad del cuidado.
- Derechos:** Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para servicios de telemedicina en cualquier momento sin afectar mi derecho a futuros cuidados o tratamientos.
- Preguntas y Preocupaciones:** He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la naturaleza y los riesgos de la telemedicina, y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo los procedimientos y los posibles riesgos involucrados con los servicios.
- Facturación y Pagos:** Entiendo que la facturación de los servicios de telemedicina será similar a la facturación de un servicio de atención médica en persona. Puedo ser responsable de cualquier copago o deducible que aplique a mi visita de telemedicina.
- Cuidado de Seguimiento:** Si requiero cuidado de seguimiento o tengo una emergencia, puedo contactar a Cigarroa Clinic en la información de contacto proporcionada a continuación. En caso de emergencia, marcaré 911 o iré a una sala de emergencias.
- Requisitos Técnicos:** Entiendo que soy responsable de cumplir con los requisitos tecnológicos necesarios para participar en los servicios de telemedicina, incluyendo el acceso a una conexión confiable a internet y una computadora o dispositivo móvil con cámara y micrófono.
- Consentimiento del Paciente:** He leído y comprendido la información proporcionada arriba. Lo he discutido con mi proveedor de atención médica o con los asistentes que puedan ser designados, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Firma del Paciente/Representante Autorizado

Fecha

Relación al paciente