



IMS

Integrated Medical Services

Hoja de registro del paciente

Información personal

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Fecha de nac.: _____ Edad: _____ Núm. de Seguro Social: _____ Email: _____

Dirección: _____
Calle Núm. de apt. Ciudad/Estado/Código postal

Telf. de casa: _____ Telf. del trabajo: _____ Telf. celular: _____

Sexo asignado al nacer: M F Identidad de género: _____ Pronombres: _____

Idioma: Inglés Español OTRO: _____ Estado civil: S C V D O

Origen étnico: Hispano o latino No hispano o latino No respondo Desconocido

Raza: Blanco Asiático Indio americano/nativo de Alaska Afroamericano
 No respondo Desconocido Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico

Ocupación: _____ Jubilado: Sí No Desde: _____

Nombre del empleador: _____ Número de telf.: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Información de la parte responsable financiera

Nombre de la parte responsable: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nac.: _____ Edad: _____ Núm. de Seguro Social: _____

Nombre de contacto de emergencia: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Información del seguro

Seguro principal: _____ Dirección: _____

Núm. de póliza: _____ Núm. de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nac.: _____ Relación con el paciente: _____

Seguro secundario: _____ Dirección: _____

Núm. de póliza: _____ Núm. de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nac.: _____ Relación con el paciente: _____



Integrated Medical Services

Autorización y consentimiento para el tratamiento

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que el consentimiento tenga carácter continuo incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; (2) da su consentimiento para el tratamiento en esta clínica o en cualquier otro lugar bajo propiedad común; y (3) la información que ha proporcionado es verdadera y precisa. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito.

Firma del paciente/representante: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente/representante en letra de imprenta: _____ Relación: _____

Divulgación a otros

¿DESEA DESIGNAR A UN FAMILIAR U OTRO INDIVIDUO CON QUIEN IMS O EL PROVEEDOR PUEDA HABLAR SOBRE SU CONDICIÓN MÉDICA? SI RESPONDE SÍ, MENCÍONELO A CONTINUACIÓN:

Doy permiso para que mi información médica protegida (PHI) se divulgue con el fin de comunicar resultados, hallazgos y decisiones de atención a las siguientes personas:

Nombre	Apellido	Relación	Número de contacto

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



Integrated Medical Services

Acuerdo de responsabilidad financiera del paciente

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nac.:** _____ **Núm. de cuenta:** _____

En Integrated Medical Services, Inc. (“IMS”) nos comprometemos a brindar atención y servicio de calidad a todos nuestros pacientes. Su comprensión de nuestras políticas financieras es importante para nuestra relación profesional. Tómese un momento para leer este documento a fin de comprender por completo su responsabilidad como paciente y firme y coloque la fecha en la parte inferior.

Información del seguro: Usted es responsable de asegurarse de que tengamos toda la información de seguro actualizada en nuestros archivos, incluidas las tarjetas de seguro actuales. Si no proporciona esta información en el momento oportuno, es posible que se le facturen los cargos. Le pedimos que actualice y verifique su registro en cada visita.

Deducibles, copagos y coseguros del plan de salud: Si no ha cumplido con el deducible de su plan de salud en la fecha del servicio, cobraremos un monto estimado antes de que le atiendan para cubrir su deducible. Tenga en cuenta que es posible que reciba una factura con cargos adicionales por los servicios prestados. Usted es responsable de cualquier copago y coseguro que exija su compañía de seguros en el momento del servicio. Los pagos recibidos en exceso de los cargos podrán aplicarse a servicios posteriores. Le recomendamos que se comunique directamente con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta relacionada con su cobertura.

Servicios no cubiertos: El equipo de verificación de beneficios de IMS verificará la cobertura antes de que le atiendan, pero en última instancia es su responsabilidad garantizar el pago de su factura. Todo servicio que realicen nuestros proveedores y que no esté cubierto por su seguro es su responsabilidad. Es su responsabilidad conocer sus beneficios antes de recibir atención. La verificación de beneficios y cobertura de seguro no es garantía de pago.

Referidos: Es su responsabilidad asegurarse de que tengamos un referido válido para los servicios en nuestros archivos. Todo servicio no cubierto es responsabilidad financiera del paciente.

Pago por cuenta propia: Si no tiene seguro médico, está en un plan con el que no tenemos contrato o si no podemos verificar su cobertura al momento del servicio, cobraremos un pago estimado antes de que lo atienda un proveedor. Es posible que existan cargos adicionales dependiendo de los servicios proporcionados por los cuales usted pueda recibir una factura.

Completar formularios: Se le solicitará que pague una tarifa administrativa de \$50 o que saque una cita con el proveedor, cuando este lo solicite, para completar formularios como FMLA, Discapacidad y otros formularios que se deban completar manualmente. El pago se debe realizar por adelantado y no se factura a su compañía de seguros.

Solicitud de registros médicos: Se cobrará una tarifa administrativa por una copia impresa de su registro médico. Tendrá a su disposición una copia electrónica gratuita de sus registros a través de su portal del paciente.

Cheques devueltos: Por cada cheque devuelto, agregaremos un cargo por fondos insuficientes (NSF) de \$25 a su saldo del cargo no pagado.



Menores: Para todos los servicios prestados a pacientes menores de edad, el padre, tutor o persona responsable que lleve al paciente a la cita es responsable de todos los pagos adeudados al momento del servicio.

Cuentas morosas: Se pueden agregar cargos adicionales, incluidos cargos de cobranza y cargos financieros, a las cuentas morosas no pagadas. Su cuenta puede ser enviada a una agencia de cobranzas si el saldo tiene 90 días de antigüedad o si se ha realizado un pago parcial o nulo del saldo. Si su cuenta ha sido enviada a cobranzas, podría estar sujeto a cargos financieros y cargos de cobranza adicionales de hasta un 25%.

Es responsabilidad de IMS: Presentar reclamaciones de seguros en nombre del paciente. IMS presentará una reclamación a las compañías de seguros principales. Como cortesía a nuestros pacientes, las reclamaciones secundarias y terciarias también se presentarán una sola vez. Se extenderá un período de 60 días para los pagos de seguro pendientes, después del cual el paciente podrá ser considerado responsable del saldo.

Contacto: Si tiene alguna pregunta sobre su factura, comuníquese con la oficina de facturación de IMS al (602) 633-3838.

He leído las anteriores políticas financieras de IMS y acepto estar sujeto a sus términos. También entiendo que IMS tiene derecho a modificar estas políticas en cualquier momento.

Firma del paciente o de la parte responsable: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

Nombre de la parte responsable en letra de imprenta: _____

Relación con el paciente: _____

Número de teléfono de contacto del responsable: _____

Política de no presentación

IMS aplica una política de no presentación; entendemos que pueden surgir circunstancias que le hagan imposible cumplir con una cita programada. Si esto sucede, llámenos tan pronto como sepa que perderá la cita, con un aviso mínimo de 24 horas.

Varias inasistencias interfieren con la atención a nuestros pacientes y, como resultado, es posible que ya no podamos brindarle atención y que le den el alta de la clínica. Sin embargo, contamos con recursos para ayudarle según sea necesario. Comuníquese con la clínica y solicite ayuda al equipo de gestión de atención.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



Integrated Medical Services

Cesión de beneficios

Por la presente, cedo todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los que tengo derecho, incluidos todos los planes de seguro gubernamentales y privados u otros pagadores, por el servicio prestado por **Integrated Medical Services, y los profesionales médicos que me atienden durante mi tratamiento en esta oficina recibirán su pago directamente a Integrated Medical Services**, u otros proveedores asociados según corresponda. Entiendo que soy responsable de todos los cargos no pagados por mi seguro. Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento del paciente para telemedicina

Acepto participar en una evaluación de telemedicina. Al firmar este acuerdo, autorizo la transmisión electrónica de mi información médica y/o sesión de videoconferencia para que pueda ser vista por un médico y otras personas involucradas en mi atención médica o de salud mental. [Nota: La probabilidad de que esta transmisión sea interceptada por personas distintas a las que se encuentran en el lugar de la consulta es extremadamente pequeña.]

Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento y que no tengo que responder ninguna pregunta que considere inapropiada o que no esté dispuesto a ser escuchada por otras personas. Entiendo que si no elijo participar en una sesión de telemedicina, no se tomarán medidas en mi contra que puedan causar un retraso en mi atención y que todavía podré buscar una consulta en persona.

Entiendo que, tal como ocurre con cualquier tecnología, la telemedicina tiene sus limitaciones. Por lo tanto, no hay garantía de que esta sesión de telemedicina elimine la necesidad de ver a un especialista en persona.

Entiendo que los registros médicos de los servicios de telemedicina se mantendrán tanto en las instalaciones del sitio de referencia como en las instalaciones del sitio de consulta.

Entiendo que parte o toda mi información médica puede usarse con fines educativos o de enseñanza.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



Consentimiento sobre mensajes de texto, correo electrónico y teléfono

Acepto que IMS y el proveedor o agente del proveedor puedan comunicarse conmigo con el fin de programar las visitas de seguimiento necesarias que recomiende el médico tratante.

Por la presente, autorizo a IMS, al proveedor o a otros profesionales de la salud involucrados en mi atención a divulgar información médica con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Por la presente, doy mi consentimiento para el uso de mi correo electrónico, teléfono celular u otros métodos de comunicación electrónica para recordatorios de citas y otras comunicaciones importantes sobre atención médica. Entiendo que puedo optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento.

Entiendo que IMS utiliza un registro médico electrónico que se actualizará con la información y los consentimientos que proporciono aquí y que para mi conveniencia esta información se actualizará en todas nuestras clínicas afiliadas que comparten un registro médico electrónico en el que tengo una relación.

Autorizo a IMS a comunicarse conmigo a los números de teléfono que he proporcionado, y que IMS pueda dejar un mensaje electrónico si así se lo indico.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Reconozco que puedo solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de IMS, que describe las formas en que IMS puede usar y divulgar mi información de atención médica sobre su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos descritos y permitidos. Entiendo que puedo comunicarme con el Funcionario de privacidad designado en el aviso si tengo alguna pregunta o queja. También entiendo que IMS o su agente pueden divulgar esta información por vía 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 de IMS.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



Integrated Medical Services

Instrucciones anticipadas

Una instrucción anticipada es una forma de documentar sus preferencias sobre los cuidados al final de su vida al asignar a una persona de su confianza para que tome decisiones en su nombre. Una instrucción anticipada puede adoptar la forma de un testamento vital, un poder notarial para atención médica, un poder notarial para atención de salud mental o una instrucción de atención médica prehospitalaria.

¿Tiene una instrucción anticipada vigente? Sí No

Si responde Sí, ¿ha proporcionado una copia a IMS? Sí No

Fecha en que la proporcionó _____

Si responde No, ¿está interesado en recibir información sobre Instrucciones anticipadas? Sí No

Su clínica puede proporcionarle un paquete con información adicional o puede visitar el siguiente sitio web.

Registro de instrucciones de atención médica de Arizona <https://azhdr.org/>

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



IMS

Integrated Medical Services

Aviso de prácticas de información médica

Usted está recibiendo este aviso porque su proveedor de atención médica participa en un intercambio de información médica (HIE) no gubernamental sin fines de lucro llamado Health Current, una empresa de Contexture. No le costará nada y puede ayudar a su médico, proveedores de atención médica y planes de salud a coordinar mejor su atención al compartir de forma segura su información médica. Este Aviso explica cómo funciona el HIE y le ayudará a comprender sus derechos con respecto al HIE según la ley estatal y federal.

¿Cómo le ayuda Health Current a obtener una mejor atención?

En un sistema de registros en papel, su información médica se envía por correo o fax a su médico, pero a veces estos registros se pierden o no llegan a tiempo para su cita. Si permite que su información médica se comparta a través del HIE, sus médicos podrán acceder a ella vía electrónica de manera segura y oportuna.

¿Qué información médica está disponible a través de Health Current?

Los siguientes tipos de información médica pueden estar disponibles:

- Registros hospitalarios
- Informes de radiología
- Historial médico
- Información sobre consultas médicas y clínicas
- Medicamentos
- Inscripción y elegibilidad del plan de salud
- Alergias
- Otra información útil para su tratamiento
- Resultados de pruebas de laboratorio

¿Quién puede ver su información médica a través de Health Current y cuándo se puede compartir?

Las personas involucradas en su atención tendrán acceso a su información médica. Esto puede incluir a sus médicos, enfermeras, otros proveedores de atención médica, plan de salud y cualquier organización o persona que trabaje en nombre de sus proveedores de atención médica y plan de salud. Pueden acceder a su información para fines de tratamiento, coordinación de atención, gestión de atención o casos, planificación de la transición de atención, pago de su tratamiento, realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad, desarrollo de pautas y protocolos clínicos, realización de actividades de seguridad del paciente y servicios de salud de la población. Los médicos forenses, las autoridades de salud pública, las organizaciones de obtención de órganos y otros también pueden acceder a la información médica para ciertos fines aprobados, como realizar investigaciones sobre muertes, investigaciones sobre salud pública y donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos, según lo permita la ley aplicable.

Health Current también puede usar su información médica según lo exija la ley y según sea necesario para realizar servicios para proveedores de atención médica, planes de salud y otros que participan en Health Current.

La Junta Directiva de Salud Actual puede ampliar las razones por las cuales los proveedores de atención médica y otros pueden acceder a su información médica en el futuro siempre y cuando la ley permita el acceso. Esa información se encuentra en el sitio web de Health Current en healthcurrent.org/permitted-use.

También puede permitir que otros accedan a su información médica al firmar un formulario de autorización. Solo podrán acceder a la información médica descrita en el formulario de autorización para los fines establecidos en dicho formulario.

¿Health Current recibe información sobre salud conductual? De ser así, ¿quién puede acceder a ella? Health Current recibe información sobre salud conductual, incluidos registros de tratamiento por abuso de sustancias. La ley federal otorga protección de confidencialidad especial a los registros de tratamiento por abuso de sustancias de algunos programas de tratamiento por abuso de sustancias. Health Current mantiene estos registros de tratamiento por abuso de sustancias protegidos y separados del resto de su información médica. Health Current solo compartirá estos registros de tratamiento de abuso de sustancias protegidos que reciba de estos programas en dos casos. En primer lugar, el personal médico puede acceder a esta información en caso de emergencia médica. En segundo lugar, puede firmar un formulario de consentimiento que otorgue a su proveedor de atención médica u otras personas acceso a esta información.

¿Cómo se protege su información médica?

Las leyes federales y estatales, como HIPAA, protegen la confidencialidad de su información médica. Su información se comparte mediante transmisión segura. Health Current cuenta con medidas de seguridad para evitar que alguien que no esté autorizado tenga acceso. Cada persona tiene un nombre de usuario y una contraseña, y el sistema registra todo acceso a su información.

Sus derechos con respecto al intercambio seguro de información electrónica

Usted tiene derecho a:

1. Solicitar una copia de su información médica que está disponible a través de Health Current. Para realizar esta solicitud, complete el Formulario de solicitud de información médica y devuélvaselo a su proveedor de atención médica.
2. Solicitar que se corrija cualquier información en el HIE. Si alguna información en el HIE es incorrecta, puede pedirle a su proveedor de atención médica que la corrija.
3. Solicitar una lista de personas que han visto su información a través de Health Current. Para realizar esta solicitud, complete el Formulario de solicitud de información médica y devuélvaselo a su proveedor de atención médica. Informe a su proveedor de atención médica si cree que alguien que no debería haberlo hecho ha visto su información.

Usted tiene derecho, según el artículo 27, sección 2 de la Constitución de Arizona y el título 36, sección 3802, de los Estatutos Revisados de Arizona, a evitar que su información médica se comparta electrónicamente a través de Health Current:

1. Salvo que la ley estatal o federal disponga lo contrario, usted puede “optar por no” compartir su información a través de Health Current. Para ello, solicite a su proveedor de atención médica el formulario de exclusión. Su información no estará disponible para compartirse a través de Health Current dentro de los 30 días posteriores a que Health Current reciba su formulario de exclusión de su proveedor de atención médica.
Precaución: Si opta por excluirse, su información médica NO estará disponible para sus proveedores de atención médica, incluso en una emergencia.
2. Si hoy opta por excluirse, puede cambiar de opinión en cualquier momento al completar un formulario de reingreso y devolverlo a su proveedor de atención médica.
3. Si no hace nada hoy y permite que su información médica se comparta a través de Health Current, podrá optar por excluirse en el futuro.

SI NO HACE NADA, SU INFORMACIÓN PUEDE SER COMPARTIDA DE FORMA SEGURA A TRAVÉS DE HEALTH CURRENT.