

Traiga este documento el día de la cirugía



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INICIAL 2.º NOMBRE: _____
NÚM. SS: _____ FDN: _____ SEXO: M F
DIRECCIÓN: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
TEL. RESIDENCIA: _____ TEL. MÓVIL: _____
ESTADO CIVIL: _____ CASADO _____ SOLTERO _____ DIVORCIADO _____ OTRO
PREFERENCIA RELIGIOSA: _____ PREFERENCIA DE IDIOMA: _____
EMPLEADOR: _____ SITUACIÓN LABORAL: _____
CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ NÚM. DE TELÉFONO: _____
DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO: (Solo para fines de la encuesta electrónica) _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

PRIMARIO: _____ NÚM. DE PÓLIZA: _____ NÚM. DE GRUPO: _____
TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ FDN: _____ NÚM. SS: _____
RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____ EMPLEADOR: _____
SECUNDARIO: _____ PÓLIZA: _____ NÚM. DE GRUPO: _____
TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ FDN: _____ NÚM. SS: _____
RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____ EMPLEADOR: _____
ASEGURADORA DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES: _____ NÚM. RECLAMACIÓN: _____
AJUSTADOR: _____ NÚM. DE TELÉFONO _____

TRAIGA LA LICENCIA DE CONDUCIR Y TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO MÉDICO
EN LA FECHA DEL SERVICIO. GRACIAS.

Preferencias de comunicación del paciente sobre información médica protegida

Preferencias de comunicación telefónica

Núm. residencia _____

Núm. trabajo _____

Núm. móvil _____

Otro _____

Coloque la etiqueta de identif. del paciente aquí

Preferencias de comunicación electrónica

Dirección de correo electrónico _____

Para servir mejor a nuestros pacientes y comunicar sus servicios y obligaciones financieras, usaremos todos los métodos de comunicación proporcionados para aligerar esas necesidades. Al proporcionar la información anterior, acepto que Baylor Scott & White Medical Center - Uptown o uno de sus representantes legales usen mis números de teléfono proporcionados para enviarme notificaciones por texto, llamarme usando un mensaje pregrabado/con voz artificial mediante un servicio de marcado automatizado o dejarme un mensaje de voz en un contestador. Si he proporcionado una dirección de correo electrónico, Baylor Scott & White Medical Center - Uptown o uno de sus representantes legales puede comunicarse conmigo por medio de un mensaje electrónico sobre mi atención, servicios u obligaciones financieras.

Reconozco que los mensajes de texto no son un medio completamente seguro de comunicación debido al posible acceso indebido de los mismos mientras se encuentren almacenados o su interceptación durante la transmisión. El mensaje de texto que reciba podría contener información personal. Si desea que nos comuniquemos con usted por mensaje de texto, firme este consentimiento a continuación. Si acepta recibir mensajes de texto, también acepta actualizar oportunamente al Baylor Medical Center at Uptown cuando cambie su número móvil. Debe saber que usted no tiene que autorizar el uso de mensajes de texto y que la decisión de no firmar esta parte de la autorización no influirá en su atención médica de ninguna manera.

Firma del paciente para aceptar mensajes de texto.

Preferencias de comunicación por correo

¿Podemos enviarle correspondencia a su dirección residencial? (De no ser así, proporcione una dirección de correo alternativa a continuación).

Además de hablar con usted, su compañía de seguro y sus proveedores de atención médica involucrados en sus cuidados, ¿con quién más podemos hablar sobre su información de atención médica? (Marque todas las que correspondan)

- | <u>Nombre:</u> | <u>Teléfono:</u> |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuidador _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hijo _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Padre _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | _____ |

Confirmando que he tenido la oportunidad de solicitar restricciones sobre el uso o la divulgación de mi información médica protegida. Confirmando que he tenido la oportunidad de solicitar medios alternativos para la comunicación de mi información médica protegida.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente



Acuse de recibo del aviso de privacidad

Confirmando que he recibido una copia del Aviso de privacidad para Baylor Scott & White Medical Center - Uptown, Baylor Medical Center Imaging y Baylor Medical Center for Physical Medicine.

Fecha de revisión del Aviso de privacidad: Diciembre de 2017

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Relación del representante personal con el paciente

ARRIBA: Solo para el paciente o representante personal

ABAJO: Solo para el proveedor

Documentación de iniciativa de buena fe

Se le entregó al paciente antes indicado una copia del Aviso de privacidad del proveedor en esta fecha. Se ha tomado una iniciativa de buena fe para obtener un acuse de recibo escrito del paciente del Aviso de privacidad. Sin embargo, no se ha obtenido un acuse de recibo porque:

El paciente se negó a firmar el Acuse de recibo del aviso de privacidad

El paciente no pudo firmar porque:

Se trataba de una emergencia médica. El proveedor tratará de obtener un acuse de recibo en cuanto sea práctico.

Otro motivo, describa a continuación:

Firma del empleado

Fecha

ETIQUETA DEL
PACIENTE:

Acuse de recibo de instrucciones anticipadas para la atención médica

Las INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA son un documento legal creado para ayudarlo a comunicar sus deseos sobre tratamientos médicos futuros cuando no pueda dar a conocer sus deseos debido a una enfermedad o lesión. Lo exhortamos a que hable sobre sus valores y deseos con su familia o portavoz designado, y también con su médico.

Si tiene un documento de instrucciones anticipadas para la atención médica, responda a las preguntas 1 – 5

- ¿Tiene alguna de las siguientes INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA? (Marque todas las que correspondan)
 Poder legal para la atención médica Testamento vital No reanimar fuera del hospital
 Instrucciones anticipadas para la salud mental
- Si tiene cualquiera de estos documentos y no tiene copia consigo, ¿dónde se encuentra? _____
- ¿Puede alguien traer una copia al hospital? Sí No
- Si tiene un documento de instrucciones anticipadas para la atención médica pero no dispone de una copia de dicho documento en este momento, ¿cuáles son sus deseos de tratamiento si tuviera alguna enfermedad terminal o irreversible y no puede dar a conocer sus deseos? _____
- Si no puede dar a conocer sus deseos, indique el representante designado que puede tomar decisiones por usted.

Nombre _____ Relación _____ Núm. Teléfono _____

SI NO tiene un documento de instrucciones anticipadas para la atención médica, responda a las preguntas 1 – 3

- Si **NO** tiene un documento de instrucciones anticipadas para la atención médica y desea llenar uno, le daremos los formularios adecuados y la información necesaria para llenar dicho documento:
 Comunicación de sus preferencias para la atención médica Preferencias personales No desea recibir ninguna información
- NO deseo llenar un documento de instrucciones anticipadas para la atención médica en este momento. Estoy consciente de que si no fuera capaz de tomar decisiones por mi cuenta y no dispongo de un documento de instrucciones anticipadas para la atención médica, las leyes estatales exigen que mis médicos consulten a las personas que aparecen en el siguiente orden a la hora de tomar decisiones médicas: mi cónyuge, mis hijos razonablemente disponibles, mis padres o el pariente que viva más cerca. Si ninguna de estas personas está dispuesta a actuar en mi nombre, estoy consciente de que las leyes estatales permiten que mis médicos consulten al Comité de Ética del Hospital o a un tribunal judicial para tomar decisiones médicas. Su médico tendrá esta información. Sin embargo, si tiene preguntas o desea tratar este asunto más a fondo con dicho médico, no dude en decírnoslo. Podrá revocar cualquier parte de estas instrucciones anticipadas en cualquier momento durante la hospitalización notificándolo a cualquier miembro del equipo de atención médica.
- Si no puede dar a conocer sus deseos, indique el representante designado que puede tomar decisiones por usted:

Nombre _____ Relación _____ Núm. Teléfono _____

Firma del paciente: _____ Fecha/Hora: _____

Firma del testigo: _____ Fecha/Hora: _____

Solo para el uso personal de hospital: escriba la fecha a continuación cuando se llene el documento (si corresponde):

- _____ El paciente no puede hablar sobre el tema (reevaluar diariamente). Información entregada a un familiar o persona sustituta.
- _____ Documento de instrucciones anticipadas colocadas en el expediente médico.
- _____ Etiqueta del documento de instrucciones anticipadas en las notas del médico.
- _____ El paciente deseaba recibir más información; consulte a un Representante de Administración de Casos.

Firma del personal: _____ Fecha/Hora: _____

Etiqueta del paciente

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE DURANTE UNA ADMISIÓN AL BAYLOR SCOTT & WHITE MEDICAL CENTER - UPTOWN

Consentimiento para procedimientos médicos y quirúrgicos: Autorizo todos los procedimientos médicos a los que me someta en el Hospital ya sea como paciente interno o externo, que haya ordenado o recetado mi médico tratante para mí. Estos son, entre otros: procedimientos de laboratorio, exámenes de radiografía, procedimientos de diagnóstico, tratamiento o procedimientos médicos, de enfermería o quirúrgicos, anestesia o servicios hospitalarios, que se proporcionen bajo las directrices generales y especiales de mi médico. Los resultados de diagnósticos pueden requerir la divulgación de información en casos de VIH, tuberculosis, meningitis viral y otras enfermedades que se notifican a ciertas organizaciones, como al departamento de salud o los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Consentimiento para extracciones de sangre/Procedimientos de emergencia: Por la presente autorizo a que se extraiga una muestra de sangre en caso de que un empleado o contratista del Hospital entre en contacto con mi sangre o líquidos corporales a causa de un pinchazo de aguja o por exposición a las membranas mucosas. Autorizo además a que un médico autorizado proporcione tratamiento médico en caso de que ocurra una situación sumamente urgente o de emergencia en la que no sea razonablemente posible conseguir al paciente, un familiar u otra parte responsable para autorizar el tratamiento.

Acuerdo de pago: El firmante a continuación acepta, ya sea que firme como representante o paciente, que en consideración a los servicios prestados al paciente, él o ella por la presente asume la obligación individual de pagar la cuenta del Hospital por los servicios prestados al paciente de conformidad con los cargos y términos habituales del Hospital. Si se remitiera dicha cuenta a un abogado o agencia de cobro para el pago de la misma, el firmante a continuación pagará los honorarios del abogado y los gastos de cobro que en efecto se contraigan. Reconozco además que todos los médicos que prestan servicio, entre otros, médicos del departamento de emergencia, radiólogos, patólogos, anestesiólogos, consultores y ayudantes del médico, son contratistas independientes y no empleados del Hospital. Entiendo que podría recibir una factura por separado de cada uno de estos proveedores por los servicios prestados, y que es posible que dichos proveedores no participen con mi seguro médico, por lo que la reclamación se tramitará como fuera de la red.

Asignación de beneficios de seguro: Por la presente autorizo a que se remitan directamente a Baylor Scott & White - Uptown, y a todos los médicos tratantes, los beneficios de seguro especificados y que de otra manera serían pagaderos a mi persona, siempre y cuando no superen los cargos habituales del Hospital por estos servicios. Entiendo que soy responsable de pagar al Hospital los cargos que no cubra o no autorice esta asignación.

Estimación de la responsabilidad del pago: Entiendo que Baylor Scott & White - Uptown ha confirmado mi cobertura de beneficios. Los beneficios representan una estimación, y no una garantía, hasta que se pague la reclamación. Si la cobertura actual difiere de la cotización proporcionada por el seguro médico, o si la cirugía difiere de los procedimientos programados, soy responsable de los cargos.

La estimación de la responsabilidad del pago que me corresponde es: \$ _____

Divulgación de información: Autorizo al Hospital y a todo médico involucrado en mi atención médica a divulgar información médica y los documentos justificantes de dicha atención según aparecen en mis expedientes médicos durante el ingreso al Hospital, o en la visita como paciente externo, a cualquier organización que sea o pueda ser responsable del pago por los cargos asociados con mi atención médica, y para todos los demás fines de pagos de beneficios. Si se trata de una lesión relacionada con el trabajo, autorizo a que el Hospital divulgue cualquier información en mis expedientes médicos a mi empleador o su representante.

Artículos personales y medicamentos: Entiendo que Baylor Scott & White - Uptown no es responsable de artículos personales ni de valor perdidos o robados. Entiendo y acepto que no traeré ni consumiré medicamentos personales sin la notificación de una autorización escrita del Hospital del médico tratante, y que el Hospital no se hará responsable si ocurre algún daño por dicho uso.

Reconocimiento de posesión de la propiedad de los médicos (coloque sus iniciales):

Reconozco que uno o más de los médicos que prestan tratamiento en Baylor Scott & White - Uptown podrían tener un interés en Baylor Scott & White - Uptown como dueño participante. Reconozco además que tengo el derecho de seleccionar un proveedor de servicios de atención médica y que he elegido a Baylor Scott & White - Uptown. Entiendo que los médicos que participan en mis cuidados en Baylor Scott & White - Uptown no son empleados ni representantes de Baylor Scott & White - Uptown. Dichos médicos son independientes con consultorios privados de medicina, o médicos autorizados que participan en los cuidados de los pacientes como parte de un programa posgraduado de educación médica, o estudiantes de tercer y cuarto año de medicina que participan en un programa de educación médica aprobado, bajo la supervisión directa del médico tratante. Los médicos que participan en mis cuidados son entre otros, además del médico tratante, radiólogos, patólogos, anestesiólogos, cardiólogos, neumólogos, gastroenterólogos y nefrólogos. Los médicos que participan en mis cuidados podrían ser, o no, socios financieros en Baylor Scott & White - Uptown.

Derechos del paciente: Me han informado y he recibido una copia del documento "Derechos y responsabilidades del paciente", una copia del "Resumen de ayuda económica", "Política de ayuda económica" y una copia de la "Solicitud de ayuda económica" de Baylor Scott & White Health.

¿Ha preparado un documento de INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA? SÍ NO Si la respuesta es sí, ¿dónde se encuentra? _____

Política en contra del uso de tabaco: De conformidad con las normas reglamentarias de las agencias, Baylor Scott & White - Uptown es una instalación donde se prohíbe fumar.

Solo para pacientes de Medicare (coloque sus iniciales): _____ Si se trata de un ingreso al Hospital cubierto por Medicare, he recibido una copia del documento "Mensaje importante de Medicare" proporcionado por Baylor Scott & White - Uptown.

Firma del paciente o de la persona legalmente responsable

Fecha

Hora

Testigo a firmar:



A: Nuestros pacientes

De: Baylor Scott & White Medical Center - Uptown

Gracias por elegir al Baylor Scott & White Medical Center - Uptown. Nos comprometemos a brindarle una excelente experiencia clínica en un entorno seguro y atractivo para usted y sus familiares. Deseamos darle la bienvenida como paciente. Valoramos nuestra relación con usted. Con respecto a su visita al Baylor Scott & White Medical Center - Uptown, le pedimos que tenga en cuenta lo siguiente:

- Es posible que ciertos anestesiólogos, patólogos, radiólogos o médicos del departamento de emergencia (“médicos con sede en el hospital”) que le proporcionan servicios médicos mientras se encuentre en el Baylor Scott & White Medical Center - Uptown no participen con su plan de seguro médico.
- Podría recibir una factura por los servicios de los médicos con sede en el hospital por la suma que no pague su póliza de seguro.
- Podrá solicitar una lista de médicos con sede en el hospital a quienes se les ha otorgado privilegios como parte de la plantilla médica del Baylor Scott & White Medical Center - Uptown.

Puede pedir información de un médico con sede en el hospital para determinar si dicho médico es un proveedor participante con su plan médico y bajo qué circunstancias podría usted ser responsable de pagar las sumas que no cubra el seguro médico.

_____ Reconozco que el personal del Baylor Medical Center at Uptown me ha ofrecido una copia de este aviso.

Firma del paciente: _____ **Fecha/Hora:** _____

Testigo a firmar: _____ **Fecha/Hora:** _____

Preguntas sobre grupo étnico y raza exigidas por el estado

Las leyes de Texas exigen que el Consejo de Información sobre Atención Médica de Texas obtenga información sobre los antecedentes de raza y grupo étnico de los pacientes en hospitales. Por lo tanto, los hospitales les deberán pedir a los pacientes que identifiquen dichos antecedentes.

Si los pacientes no lo hacen o se niegan a hacerlo, el personal de la instalación usará su mejor criterio al hacer dicha identificación.

Grupo étnico:

- Hispano/Latino**
- No hispano ni latino**
- Prefiere no responder**

Raza:

- Indígena estadounidense/Esquimal/Aleuta**
- Asiático o de una isla del Pacífico**
- Negro**
- Blanco**
- Otra (p. ej., multirracial o mixto):** _____
- Prefiere no responder**

Idioma:

- Inglés**
- Español**
- Otro:** _____

Firma del paciente o tutor legal: _____ **Fecha/Hora:** _____