



REGISTRO DEL PACIENTE

A lo largo de este formulario de registro, "Grupo Médico" incluye a WellMed Medical Group, PA; WellMed Medical Management of Florida, Inc.; OptumCare Florida Inc.; USMD Physician Services, Inc. ("USMD"), y Healthcare Associates of Irving ("HCAT").

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____

Dirección (número y calle): _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Farmacia preferida: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Idioma preferido para el lenguaje médico hablado: Inglés Español Otro: _____

Idioma preferido para el lenguaje médico escrito: Inglés Español Otro: _____

¿Requiere servicios de traducción (escrito) o interpretación (verbal)? Sí No Idioma: _____

¿A veces necesita ayuda para entender la información médica que le da su proveedor médico o el personal de la clínica? Sí No

Raza: Indígena hawaiana o Isleña de las islas pacíficas Negra o Afroamericana Asiática Blanca
 Indígena americana o Nativa de Alaska Prefiero no declararla

Origen étnico: Hispano o latino Ni hispano ni latino Prefiero no declararlo Sexo: M F Otro

Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Pareja Legalmente separado(a)

¿Es usted empleado(a) de Grupo Médico o familiar de un(a) empleado(a) de Grupo Médico? Sí No

CONTACTOS PREFERIDOS (Indique las personas que desea que participen en su atención).

Nombre	Relación con el paciente		Número de teléfono
	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> HIPAA*	Domicilio: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> HIPAA*	Domicilio: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> HIPAA*	Domicilio: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

*Al marcar la casilla de HIPAA, autorizo a Grupo Médico a hablar sobre la atención médica y las necesidades médicas mías/del paciente con el contacto mencionado anteriormente.

_____ Iniciales del Paciente o Padre/Madre/Tutor legal

Los programas y actividades médicos de la compañía no discriminan a nadie por motivo de su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidades. Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o impresas en letra grande, o usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame al 1-888-781-WELL (9355). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-781-WELL (9355). 請注意: 如果您說中文 (Chinese), 我們免費為您提供語言協助服務。請致電: 1-888-781-WELL (9355).

Nombre del paciente _____

AUTORIZACIÓN PARA HABILITAR PARA EL PORTAL DEL PACIENTE POR INTERNET (Sólo se puede utilizar un correo electrónico por cuenta del paciente.)

Al marcar la casilla a continuación y proporcionar una dirección de correo electrónico, autorizo a Grupo Médico a habilitar mi cuenta en Internet utilizando la dirección de correo electrónico proporcionada para registrarme en el Portal del Paciente, de modo que pueda acceder y revisar mis expedientes médicos y medicamentos, comunicarme con mi clínica y recibir notificaciones relacionadas con la clínica, como recordatorios de citas, mediante:

Mi correo electrónico: _____ Correo electrónico de mi representante*: _____

***El representante deberá estar en la lista de Contactos Preferidos con la casilla de HIPPA marcada para habilitar el acceso del representante al Portal del paciente. Se recomienda que usted proporcione una dirección de correo electrónico personal a la cual solamente usted/su representante tenga(n) acceso.**

_____ Iniciales del Paciente o Padre/Madre/Tutor legal

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo doy mi consentimiento voluntario para recibir servicios médicos y de atención médica proporcionados por médicos, empleados y socios, asistentes de Grupo Médico y otros proveedores de atención médica que mis médicos consideren necesarios. Entiendo que dichos servicios podrían incluir procedimientos de diagnóstico, exámenes y tratamientos. Entiendo que Grupo Médico es un centro de enseñanza afiliado y que es posible que médicos residentes y estudiantes participen en mi atención. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía con respecto al resultado o curación. Entiendo que este consentimiento para tratamiento será válido y permanecerá en vigor mientras yo sea atendido o reciba servicios de Grupo Médico.

_____ Iniciales del Paciente o Padre/Madre/Tutor legal

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR HISTORIAL DE RECETAS MÉDICAS

Autorizo que Grupo Médico y sus proveedores afiliados obtengan electrónicamente mi historial externo de recetas médicas. Entiendo que mis proveedores y el personal de aquí pueden ver el historial de recetas médicas de otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios farmacéuticos, y que puede incluir recetas médicas de años anteriores. Entiendo que Grupo Médico y sus proveedores afiliados usarán mi historial externo de recetas médicas para darme tratamiento médico y para evaluar y mejorar la seguridad y la calidad de la atención médica del paciente. Entiendo que puedo revocar mi permiso en cualquier momento al darle un aviso por escrito a mi proveedor de atención médica.

_____ Iniciales del Paciente o Padre/Madre/Tutor legal

AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DENTRO DE GRUPO MÉDICO

Entiendo y acepto que: Esta Autorización es voluntaria; Mi información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) podría incluir información generada por otros, incluidos proveedores de atención médica, podría incluir información médica, farmacéutica, de la visión, de salud mental, uso de drogas, VIH/SIDA, psicoterapia, reproductiva, genética, de enfermedades transmisibles y de programas de atención médica, y podría incluir, por ejemplo, información sobre consultas, hospitalizaciones, tratamientos, reclamaciones, gestión de casos o coordinación de cuidados médicos. No se me puede negar tratamiento, el pago de los servicios médicos ni la inscripción o elegibilidad para recibir beneficios médicos si no escribo mis iniciales en esta sección. La PHI que autorizo a ser divulgada podría ya no estar protegida y podría volver a ser divulgada por el destinatario en caso de que el destinatario no esté sujeto a las leyes de privacidad federales o estatales. Autorizo a Grupo Médico y sus afiliados a acceder, usar y divulgar mi PHI individualmente identificable entre sí, y autorizo a mis proveedores médicos tratantes (pasados, presentes y futuros) a usar y divulgar mi PHI individualmente identificable a Grupo Médico y sus afiliados. Esta Autorización sigue en vigor a menos y hasta que yo la revoque; puedo revocar esta Autorización en cualquier momento al notificar a Grupo Médico por escrito. Sin embargo, la revocación no tendrá efecto alguno en las medidas que se tomen antes de la fecha en que se reciba y tramite mi revocación. Entiendo que, de acuerdo con la norma 42 CFR Part 2 (Código de regulaciones federales título 42, parte 2), tengo derecho a obtener una lista, si la solicito, de las entidades que han recibido mi información médica protegida (PHI) conforme a esta designación general.

_____ Iniciales del Paciente o Padre/Madre/Tutor legal

Nombre del paciente _____

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA A LOS INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIE, por sus siglas en inglés) Y A LOS INTERCAMBIOS DE INTEROPERABILIDAD

Entiendo y acepto que: Esta autorización es voluntaria. No se me podrá negar el tratamiento, el pago de los servicios médicos ni la inscripción o elegibilidad para los beneficios de atención médica si no pongo mis iniciales en esta sección. Greater Houston Healthconnect (www.ghhconnect.org), Carequality (<https://carequality.org>), Commonwell (www.commonwellalliance.org/providers) (sitios web solamente en inglés) y todo HIE futuro al que Grupo Médico se conecte y sus participantes actuales y futuros pueden acceder, usar y divulgar mi Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) electrónicamente a través de los intercambios con fines de tratamiento, pago y actividades operativas de atención médica. Estas entidades pueden conectarse a otros HIE en todo el país y autorizo a estas entidades a acceder, usar y divulgar mi información con esos intercambios para los mismos fines de tratamiento, pago y actividades operativas de atención médica. Mi PHI, incluidos notas, resultados de pruebas, informes de laboratorio, radiografías, listas de medicación o cualquier otra PHI electrónica relevante puede ser compartida mediante estos intercambios. Mi PHI puede estar sujeta a que la vuelvan a divulgar los destinatarios y que si estos destinatarios no son proveedores de atención médica o planes médicos es posible que la información ya no esté protegida por los reglamentos federales de privacidad. Esta Autorización seguirá vigente a menos y hasta que yo la revoque. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento al notificarle a Grupo Médico por escrito; y entiendo que la revocación de esta Autorización no tendrá efecto alguno en las medidas que se tomen antes de la fecha en que se reciba y tramite mi revocación.

_____ Iniciales del Paciente o Padre/Madre/Tutor legal

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES DIGITALES

Al proporcionar mi número de teléfono a Grupo Médico, acepto recibir llamadas automatizadas, mensajes pregrabados y/o mensajes de texto relacionados con mi atención médica por parte de Grupo Médico y sus afiliados. Acepto recibir textos de recordatorios de citas y notificaciones clínicas, como disponibilidad de la vacuna contra la gripe o cierres de clínicas, al número de teléfono que he proporcionado en este formulario. Entiendo que pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos, que las condiciones y la información sobre privacidad están disponibles en línea, (www.wellmedhealthcare.com/es/texting-terms/), y que los mensajes serán recurrentes. También reconozco y acepto que estos mensajes de texto puedan contener Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Enviar mensajes de texto no es un modo de comunicación seguro y existe cierto riesgo de que sean leídos por terceros. Puedo revocar o retirar este consentimiento en cualquier momento. Dicha revocación del consentimiento deberá hacerse por escrito.

_____ Iniciales del Paciente o Padre/Madre/Tutor legal

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA, VIDEOGRABACIONES O AUDIOGRABACIONES

Doy mi consentimiento a Grupo Médico para que tome mi imagen para uso en algún tratamiento, pago o actividades operativas de atención médica. Entiendo que mi imagen, incluyendo fotografías y grabaciones de audio/video se utilizarán con el fin de ayudar en mi atención médica, pago o actividades operativas de atención médica, incluidas las iniciativas de calidad. Entiendo que Grupo Médico será propietario de estas imágenes. Es posible que haya copias disponibles a un costo razonable. Puedo revocar mi permiso en cualquier momento al darle un aviso por escrito a mi proveedor médico. La revocación del consentimiento no afecta ninguna de la información previa al aviso por escrito de la revocación.

_____ Iniciales del Paciente o Padre/Madre/Tutor legal

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo que Grupo Médico solicite en mi nombre los beneficios para los servicios cubiertos. Solicito que el pago de mi compañía de seguros se haga directamente a Grupo Médico. Doy fe de que la información que he proporcionado con respecto a mi cobertura de seguro es la correcta. Entiendo que soy responsable del pago de todos los servicios médicos prestados. Todo cheque que me envíe la compañía de seguros se remitirá a Grupo Médico para aplicarse a mi cuenta, si existiera un saldo. Esta asignación seguirá en vigor hasta que yo la cancele por escrito.

_____ Iniciales del Paciente o Padre/Madre/Tutor legal

Nombre del paciente _____

AVISO DE SERVICIOS DE TELESALUD/TELEMEDICINA

He recibido notificación de mis derechos con respecto a la telesalud/telemedicina. Se proporcionará una copia a petición.

_____ Iniciales del Paciente o Padre/Madre/Tutor legal

AVISO DE POLÍTICA FINANCIERA

He recibido y acepto cumplir con la Política Financiera. La Política Financiera está disponible para su revisión en la clínica y se proporcionará una copia a petición.

_____ Iniciales del Paciente o Padre/Madre/Tutor legal

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que el Aviso sobre Prácticas de Privacidad está disponible para consultar en la clínica y en línea en el sitio web de Grupo Médico. Se proporcionará una copia a petición.

_____ Iniciales del Paciente o Padre/Madre/Tutor legal

Firma del paciente o Padre/Madre/Tutor legal

Fecha

Favor de prestar atención: Si usted es un tutor legal o representante autorizado por la corte debe adjuntar una copia del comprobante de su autorización legal para representar al paciente.

Nombre del tutor legal	Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal	Teléfono

AVISO DE SERVICIOS DE TELESALUD/TELEMEDICINA

Por favor lea a continuación antes de recibir los servicios.

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la telesalud/telemedicina:

- 1. Definición de telesalud/telemedicina.** Los servicios de telesalud/telemedicina implican el uso de equipo y dispositivos de videoconferencia interactiva segura o plataformas que permiten a los proveedores de atención médica prestar servicios de salud a los pacientes cuando están ubicados en diferentes lugares.
- 2. El derecho a recibir atención médica.** Entiendo que las mismas normas de atención médica que se aplican a una visita en persona se aplican a una visita por video. Entiendo que tengo derecho a no participar o decidir dejar de participar en una visita por video, y que mi negativa no afectará mi derecho a recibir atención médica o tratamiento en un futuro.
- 3. Información y confidencialidad del paciente.** Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información sobre la salud también se aplican a los servicios de telesalud/telemedicina. Entiendo que cualquier video, audio o fotografías pueden ser almacenados y que tengo derecho a acceder a mi información médica de acuerdo con la ley federal y estatal. Entiendo que mi compañía de seguro médico tendrá acceso a mi información médica para fines de revisión de calidad y/o auditoría. Entiendo que no estaré físicamente en la misma habitación que mi profesional clínico; por lo tanto se me notificará y se obtendrá mi consentimiento para que esté presente cualquier persona que no sea mi profesional clínico. Entiendo que la divulgación de mi información médica, incluidos archivos de audio y video, puede ser por transmisión electrónica.
- 4. Riesgo de comunicación y consentimiento.** Entiendo que existen riesgos potenciales al usar la telesalud y la videotecnología, incluidos mas no limitados a la posibilidad de interceptación, interrupción o distorsión debido a fallas técnicas, pese a los esfuerzos razonables por parte de mi proveedor médico. Si se determina que la conexión electrónica no es adecuada, entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podremos suspender su uso y hacer otros arreglos para continuar la visita por otros métodos. Al firmar el formulario de registro (incluidas todas las formas de firma digital) y proporcionar mi número de móvil y/o dirección de correo electrónico dentro de la plataforma de telesalud, doy mi consentimiento para recibir mensajes de SMS/texto o correos electrónicos (pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos) para servir de recordatorio de las visitas de video y/o enlaces de conexión. Entiendo que los mensajes pueden contener información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y que se envían a través de medios no encriptados, que existe cierto riesgo de divulgación o interceptación, y que puedo optar por excluirme eliminando mi número de móvil o dirección de correo electrónico de la cuenta correspondiente dentro de la plataforma de telesalud. Confirmando haber entendido los Términos y las Condiciones de los Mensajes de Texto disponibles en línea, (www.wellmedhealthcare.com/es/texting-terms/).
- 5. Seguro y facturación.** Acepto y entiendo que soy responsable de cualquier costo de desembolso (de bolsillo), incluidos deducibles, copagos o coaseguros que se apliquen a mi visita por video. Entiendo que las políticas de pago del plan de salud por visitas por video pueden ser diferentes de las visitas en persona.
- 6. Quejas.** Entiendo que puedo presentar una queja sobre médicos, así como sobre otros titulares de licencias y titulares de las juntas médicas estatales respectivas.

Texas Medical Board: (Consejo Médico de Texas) 333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610, P.O. Box 2018, MC-263, Austin, TX 78768-2018. (Attn: Investigations) o 1-800-201-9353. Más información está disponible en inglés en <https://www.tmb.state.tx.us/>

Quejas sobre la atención médica en Florida: Department of Health, 4052 Bald Cypress Way, Bin C75, Tallahassee, Florida 32399-3260. Correo electrónico: MQA.ConsumerServices@flhealth.gov. Fax 850-488-0796. Más información está disponible en inglés en <https://www.floridahealth.gov>

New Mexico Medical Board: (Consejo Médico de Nuevo México) 2055 S. Pacheco Building 400, Santa Fe, NM 87505. Fax: (505) 476-7237. Correo electrónico: nmbme@state.nm.us. Más información está disponible en inglés en <https://www.nmmb.state.nm.us>

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Por favor lea a continuación antes de recibir los servicios.

A lo largo de esta Política Financiera, "Nosotros" y "nos" incluye a WellMed Medical Group, PA; WellMed Medical Management of Florida, Inc.; OptumCare Florida Inc.

Pago: si aún no ha cubierto el deducible o es responsable de un porcentaje del deducible, el pago se espera en el momento del servicio. Si usted es responsable de cualquier saldo adeudado después de que cualquier reclamación de seguro sea procesada, el saldo será facturado mediante un estado de cuenta. Hay un cargo de \$25 dólares por cheques devueltos (sin fondos).

Comprobante de seguro: todos los pacientes deben completar el formulario de Información sobre el paciente antes de ver a un profesional clínico. Por favor notifique a nuestra oficina los cambios en la cobertura del seguro primario o secundario. Obtendremos una copia de su licencia de conducir o identificación estatal y la tarjeta del seguro actual y válida. Si no nos da los datos correctos del seguro en el momento oportuno, usted podría ser responsable del saldo de la reclamación. Si no podemos verificar o confirmar su elegibilidad, usted podría ser responsable de los cargos incurridos.

Seguro: participamos en varios planes de seguros, incluido Medicare. Antes de recibir los servicios, usted debe conocer sus beneficios y verificar que seamos proveedores participantes de su seguro médico. Si usted recibe un servicio, y nosotros no somos proveedores participantes o su médico no figura como su proveedor de atención primaria con su compañía de seguro médico, (o usted no está asegurado) el pago deberá realizarse en su totalidad en el momento del servicio.

Atención médica administrada: todos los copagos de atención médica administrada (HMO, PPO, etc.) se deben efectuar en el momento del servicio. Si su plan de seguro requiere una autorización de remisión de un médico de atención primaria, por favor presente esta en su visita inicial. Si usted solicita una visita al consultorio o una cirugía sin una autorización de remisión, su plan de seguro podría considerar esto como un tratamiento fuera de la red o no cubierto, y usted sería responsable del pago de una cantidad mayor o de todos los cargos. Por favor asegúrese de que entienda cuáles servicios están cubiertos y esté preparado para pagar cualquier servicio que se considere no cubierto o no autorizado por el plan.

Medicare: participamos en el programa de Medicare y aceptamos el pago permitido por Medicare, el deducible del paciente y/o el 20% del coaseguro. Si usted tiene un seguro suplementario (Medigap), por favor denos una copia de su tarjeta de seguro y los formularios que la compañía de seguros requiera. Medicare o las compañías de seguros secundarios no cubren algunos procedimientos y suministros. En estos casos, se le podría pedir que firme un formulario de exención en el que se indique que usted entiende esto y que será responsable de estos cargos.

Medicaid: si usted tiene algún tipo de cobertura de Medicaid, por favor avísenos antes de su visita. Esto forma parte de su acuerdo con Medicaid; el no avisarnos de la cobertura de Medicaid podría resultar en que usted sea responsable del pago de los servicios prestados.

Copagos y deducibles: todo copago y deducible debe pagarse en el momento del servicio. Este arreglo forma parte de su contrato con su compañía de seguros.

Servicios no cubiertos: por favor tenga en cuenta que algunos o todos los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o ser considerados no razonables o innecesarios por Medicare u otras aseguradoras. El pago debe realizarse en el momento del servicio y cualquier saldo pendiente se facturará mediante un estado de cuenta.

Envío de reclamaciones: nosotros presentaremos sus reclamaciones a su seguro. Es posible que su seguro necesite que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con esa petición.

Cambios en la cobertura: si su seguro cambia, por favor avísenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios indicados para ayudarle a recibir los máximos beneficios.

Falta de pago: si su cuenta está sin pagar, puede ponerse en contacto con nuestro departamento de facturación para hacer arreglos de pago. Si no se paga, podríamos iniciar diversas actividades de cobranza que incluyen, entre otras, la presentación de la cuenta vencida a una agencia de cobranza.

Pacientes víctimas de accidentes automovilísticos: es posible que tratemos a pacientes establecidos para la atención de accidentes automovilísticos. Se presentará una reclamación a su plan de seguro o aceptaremos el pago como pago por cuenta propia. No aceptaremos una carta de protección de un abogado como garantía de pago ni facturará a un seguro de terceros.

Compensación de trabajadores: no tratamos a pacientes nuevos o establecidos para la compensación de trabajadores o lesiones laborales. Además, no participamos en los seguros de compensación de trabajadores.

Hijos de padres divorciados: el pago del tratamiento de los hijos menores de edad de padres divorciados recae en el padre que busca el tratamiento. Cualquier juicio de responsabilidad ordenado por la corte debe ser determinado entre los individuos involucrados, sin incluirnos.

Tabla de cuotas (cargos): nuestro consultorio está comprometido a ofrecer el mejor tratamiento para nuestros pacientes. Nuestros precios representan los cargos normales que se acostumbra cobrar en nuestra área.

Estados de cuenta: le enviaremos un estado de cuenta a la dirección de facturación que usted nos proporcione. Si tiene alguna pregunta o cuestiona la validez del saldo, comuníquese a nuestra oficina comercial lo más pronto posible después de que reciba el estado de cuenta.