

Fecha de Finalización: _____ **Formulario Completado Por:** _____

Los Datos de filiación del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Medio: _____

Alias/Apodo: _____

La Seguridad Social #: _____ Sexo: ____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____

Permanente / Dirección Física (Obligatorio) - *Si PO Box se usa para el correo de la lista de direcciones por favor como confidencial*

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____ Comarca: _____

Dirección Temporal **Dirección Confidencial** (no obligatorio) Fecha de Inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____ Comarca: _____

Números de Teléfono de Contacto: Casa: _____ Trabajo: _____

Móvil / Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Información general

Intérprete necesita? Sí No hay Idioma Preferido: _____

Estado Civil: _____ Nombre del Cónyuge: _____ Religión: _____

Hispano / Latino la Etnicidad? Sí NO HAY País de Nacimiento: _____

Compruebe todas las categorías de raza el paciente se identifica a sí misma como:

- | | |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico |
| <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano | <input type="checkbox"/> Rehusó Responder |

Médico de referencia

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Ubicación: _____

Médico de Atención Primaria

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Ubicación: _____

La fecha de inicio aproximada de cuidados: _____

Estado de Empleo (marque uno)

Empleados: Tiempo Completo Tiempo Parcial Trabajadores por cuenta propia Militares Activos

Ocupación: _____ Empleador: _____

Dirección: _____

Estudiante: Tiempo completo Tiempo Parcial

Jubilado: (Fecha) _____ Compañía: _____

Discapacitados: (Fecha) _____

Contactos de emergencia

Contacto #1 Nombre: _____ **Relación:** _____

Casa: _____ Trabajo: _____ Móvil / Celular: _____

Contacto #2 Nombre: _____ **Relación:** _____

Casa: _____ Trabajo: _____ Móvil / Celular: _____

Garante de la cuenta (obligatorio si el paciente es un menor).

Madre Padre Tutor Legal Otro _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Medio: _____

Alias/Apodo: _____

La Seguridad Social #: _____ Sexo: ____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: ____

Dirección de facturación: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____ Comarca: _____

Información de Seguros

Seguro primario: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Relación con Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS# _____ Empleador: _____

Política Paciente #: _____ Abonado Directiva #: _____

Grupo # (si procede) _____

Seguro Secundario: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Relación con Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS# _____ Empleador: _____

Política Paciente #: _____ Abonado Directiva #: _____

Grupo # (si procede) _____

UNIVERSITY OF MARYLAND CHARLES REGIONAL MEDICAL GROUP (UM CRMG)
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y PROCEDIMIENTOS DEL CUIDADO DE LA SALUD UM CRMG a los efectos de este consentimiento, se incluyen todos los hospitales, consultorios médicos y otras instalaciones que prestan servicios de atención médica y que forman parte de UM CRMG.

SOLICITUD, AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: voluntariamente solicito, autorizo y doy mi consentimiento para la atención en el hospital que incluye el tratamiento médico o quirúrgico y los exámenes y procedimientos de diagnóstico, radiología y laboratorio por parte de médicos, residentes, enfermeros y demás personal técnico de **UM CRMG**. Comprendo y acepto que los profesionales de atención médica en capacitación, que pueden incluir entre otros a los residentes, becarios, estudiantes de medicina/enfermería/odontología, pueden ayudar o participar en la prestación de atención hospitalaria o médica para mí. Comprendo que estos profesionales se encuentran en capacitación trabajan bajo la dirección o supervisión de mi médico u otro profesional de atención médica, y que pueden realizar u observar algunos de los servicios de salud que recibo y sobre los cuales otorgo mi consentimiento específicamente.

Entiendo que no se conoce en este momento la magnitud ni la gravedad de mi lesión o enfermedad. Asimismo, entiendo y acepto que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se han dado garantías tanto en cuanto a los resultados de la atención en el hospital como en cuanto a los exámenes o tratamientos quirúrgicos o médicos. Si corresponde, otorgo mi permiso a **UM CRMG** para que disponga adecuadamente de cualquier muestra biológica o tejido, (como las muestras de sangre, el Papanicolaou, las carnosidades, etc.) tomadas de mi cuerpo. Una vez eliminados, estas muestras biológicas o tejidos no se pueden recuperar. Por medio del presente autorizo a **UM CRMG** a retener, preservar y utilizar con fines científicos o educativos, o a disponer a su conveniencia, de cualquier muestra biológica o tejido que se extraiga de mi cuerpo durante cualquier procedimiento hospitalario/clínico.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA: entiendo que el tratamiento que me brinden en una situación de emergencia no pretende ser exhaustivo en cuanto a su alcance y que puede ser necesario seleccionar otro médico para obtener otro diagnóstico y la continuación del tratamiento después de que me den el alta de **UM CRMG**.

CONTRATISTAS INDEPENDIENTES: Reconozco que no todos los proveedores de atención médica son empleados, prestadores de servicios o agentes de **UM CRMG**. Algunos son contratistas independientes a quienes se les ha otorgado el privilegio de utilizar las instalaciones de **UM CRMG** para la atención y el tratamiento de sus pacientes. Comprendo que, si la situación laboral de una persona es importante para mí, por tomar decisiones de tratamiento y otras decisiones de atención médica, puedo investigar sobre la situación laboral de dicha persona. Comprendo asimismo que **UM CRMG** no es responsable de las decisiones de atención y tratamiento de estos proveedores de atención médica contratados de manera independiente.

___ (Iniciales del paciente/parte responsable)

CERTIFICACIÓN Y ASIGNACIÓN DEL SEGURO: por el presente documento, certifico que la información que suministré al solicitar el pago conforme a los títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social o que suministraron terceros pagadores es correcta. Asigno a **UM CRMG** todos los beneficios por la atención que me corresponden conforme a los términos de dichas pólizas y programas, pero que no superen los cargos regulares por servicios similares. Asigno el pago a los médicos que prestan los servicios médicos y asigno el pago por los cargos impagos de los médicos, quienes autorizan a **UM CRMG** a facturar en relación con sus servicios. Entiendo que soy responsable del pago de cualquier deducible de seguro de salud, coseguro o cualquier otro gasto incurrido no pagado por alguna aseguradora u otro tercero pagador.

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE: solicito que se haga en mi nombre el pago de los beneficios autorizados por Medicare por todos los servicios que me brindó **UM CRMG**, incluso los servicios de los médicos. Autorizo a todo aquel que posea información médica y de otro tipo sobre mí a entregar a Medicare y a sus representantes toda información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios por servicios relacionados.

FOTOGRAFÍA o grabación de video: quienes estén a su cargo pueden necesitar fotografiarlo o grabarlo para documentar una afección médica, ayudar con el diagnóstico o tratamiento de una afección o ayudar a planificar los detalles de la cirugía. Las fotografías o grabaciones tomadas para estos motivos clínicos no requieren su permiso por escrito.

PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN: (marque con \checkmark una opción)

_____ - **RECONOZCO** haber recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad que explica cómo UM CRMG puede utilizar y divulgar la información de salud protegida;

o

_____ - **NIEGO** haber recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad que explica cómo UM CRMG puede utilizar y divulgar la información de salud protegida.

USO Y DIVULGACIÓN DE LOS REGISTROS DE PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS: si recibo tratamiento para un trastorno por consumo de drogas en un programa dentro de **UM CRMG**, presto mi consentimiento al programa para la divulgación de estos registros a otras personas dentro de **UM CRMG**, y a otras filiales del Sistema Médico de la Universidad de Maryland que me presten servicio a los efectos de mi tratamiento, la mejora de la calidad y otros procedimientos de cuidado de la salud y coordinación de la atención. El presente consentimiento caduca un año después de que ya no sea paciente de **UM CRMG** u otras filiales de la Universidad de Maryland. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto en la medida en que el programa, **UM CRMG**, u otra filial del Sistema Médico de la Universidad de Maryland haya actuado confiando en mi consentimiento.

EFFECTOS/VALORES PERSONALES: entiendo que **UM CRMG** recomienda que todos los efectos personales sean enviados a casa con un familiar o un amigo y que **UM CRMG** no será responsable del robo, pérdida o daño de dichos efectos personales que incluyen, entre otros, el dinero, las joyas, los anteojos, las prótesis dentales, las prótesis auditivas, las prendas de vestir u otros artículos inusuales de valor. Comprendo que puede haber opciones de almacenamiento disponibles para mi uso. Asumo toda la responsabilidad por todos mis efectos y valores personales y libero de toda responsabilidad a UMMS.

GARANTÍA DE LA CUENTA: admito la responsabilidad por dicha cuenta y asumo y garantizo el pago de todos los cargos hospitalarios y médicos, incluso de los copagos y los deducibles y los cargos no cubiertos emitidos a mi nombre durante esta visita. Si se derivara esta cuenta a un abogado para el cobro, estoy de acuerdo en pagar los honorarios del abogado del veinticinco por ciento (25%), los gastos de cobro y los intereses a la tasa más alta autorizada por la ley. Comprendo que se me puede facturar por separado por los servicios que se me proporcionen o proporcionen en mi nombre durante este periodo de tratamiento por parte de los grupos de profesionales independientes o servicios médicos situados en el hospital (radiología, anestesiología, emergencia, patología, etc.).

COMUNICACIÓN INALÁMBRICA: consiento y autorizo expresamente a **UM CRMG** y sus agentes para lo siguiente:

- a. Llamarme a cualquier número de teléfono, incluso los números inalámbricos, direcciones de correo electrónico o identificadores o modos electrónicos únicos, que proporcioné a **UM CRMG**, asociados conmigo o con mi cuenta en algún momento.
- b. Comunicarse conmigo utilizando cualquier medio de comunicación actual o futuro, que incluyan entre otros, sistemas de marcado telefónico automatizados, mensajes artificiales o pregrabados, mensajes de texto SMS u otras formas de mensajes electrónicos por cualquier motivo relacionado con los servicios provistos por **UM**



**UNIVERSITY of MARYLAND
CHARLES REGIONAL MEDICAL GROUP**

CRMG o servicios a prestar por **UM CRMG** en el futuro, incluso por operaciones y temas de calidad, como las encuestas de satisfacción del paciente y el cobro de los montos adeudados en mi cuenta.

- c. Dejar mensajes en el contestador automático y el buzón de voz, de conformidad con las leyes correspondientes, por cualquier motivo relacionado con los servicios proporcionados por **UM CRMG** o los servicios que proporcionará **UM CRMG** en el futuro, incluso para operaciones y temas de calidad, como las encuestas de satisfacción del paciente y el cobro de montos adeudados en mi cuenta.

Prometo asimismo notificar inmediatamente a **UM CRMG** si cualquier número telefónico, dirección de correo electrónico u otro identificador o modo electrónico único que proporcioné a **UM CRMG** cambia o dejo de utilizarlo.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO ESTE CONSENTIMIENTO Y QUE SOY EL PACIENTE, UNO DE LOS PADRES O EL TUTOR DEL PACIENTE, O QUE ESTOY DEBIDAMENTE AUTORIZADO COMO REPRESENTANTE DEL PACIENTE PARA EJECUTAR LO MENCIONADO ANTERIORMENTE Y ACEPTO SUS TÉRMINOS. AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

_____ **NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA IMPRENTA**

_____ **NOMBRE DE LA PARTE RESPONSABLE
EN LETRA IMPRENTA**

_____ **RELACIÓN CON EL PACIENTE**

_____ **FIRMA**

_____ **FECHA**

_____ **HORA**

_____ **NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO**

FORMULARIO NO FIRMADO:

_____ **NEGATIVA** _____ **INCAPAZ** (si no puede continuar con el consentimiento verbal)

PARA USAR EN CASO DE CONSENTIMIENTO VERBAL:

EL _____ A LAS _____ EN PUNTO,
 FECHA **HORA**

_____ **NOMBRE DE LA PERSONA QUE DA SU CONSENTIMIENTO EN LETRA DE IMPRENTA**

LOS TÉRMINOS DE ESTE CONSENTIMIENTO FUERON REVISADOS VERBALMENTE CON EL PACIENTE, PADRE/MADRE O TUTOR DEL PACIENTE O EL REPRESENTANTE DEBIDAMENTE AUTORIZADO DEL PACIENTE Y TAL INDIVIDUO OTORGÓ SU CONSENTIMIENTO VERBAL A LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE.

_____ **NOMBRE DEL TESTIGO EN
LETRA DE IMPRENTA**

_____ **FIRMA DEL TESTIGO**

University of Maryland Charles Regional Medical Group cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. University of Maryland Charles Regional Medical Group no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

University of Maryland Charles Regional Medical Group proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, tales como:

- Intérpretes de lenguaje de señas cualificados.
- Información escrita en otros formatos (impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Proporciona servicios gratuitos de idiomas para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:

- Intérpretes cualificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si cree que University of Maryland Charles Regional Medical Group no ha proporcionado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: el Compliance Director (director de Cumplimiento); 900 Elkridge Landing Road, First Floor, Linthicum, MD 21090, 410-328-4141, compliance@umm.edu. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si tiene problemas para presentar la queja, el Compliance Director (director de Cumplimiento) está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja relacionada con sus derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina para Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina para Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

El formulario de quejas está disponible en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.