

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Información personal*

Prefijo: Sr./Sra./Otro: _____ Nombre del paciente*: _____ Sufijo: Jr./Sr./Otro: _____


Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Nombre anterior: _____ Nombre preferido: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal*: _____

Calle No. Apto. Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____

 Método de contacto para recordatorios de citas: Mensaje de texto Teléfono particular Teléfono móvil

Proveedor de atención primaria (PCP): _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre Apellido

Proveedor de referencia: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre Apellido

Fecha de nacimiento*: _____ Sexo al nacer*: _____ Estado Civil*: Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a
dd/mm/aaaa

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Nombre del empleador: _____ Ocupación: _____

Situación Laboral: Tiempo Completo Tiempo Parcial No Empleado Autónomo Jubilado Militar Activo Desconocido

Situación Estudiantil: Tiempo Completo Tiempo Parcial N/A

Información adicional*

Raza*: Caucásica/Blanca Asiática Negra/Afroamericana Hawaiana/Isleña del Pacífico - Otra: _____

Origen étnico*: Hispano/Latino No hispano o latino

Identidad de género: Masculino Femenino Femenino a masculino (FTM)/Masculino transgénero/Hombre trans Masculino a femenino (MTF)/Femenino transgénero/Mujer trans Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino Decide no revelar - Otro, especifique: _____

Idioma*: Inglés Español Otro: _____

Orientación sexual: Lesbiana, gay/homosexual Heterosexual Bisexual No sabe Decide no revelar

Otra cosa: _____

Nombre de la farmacia*: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Contacto en caso de emergencia*

Nombre: _____ Parentesco: _____

Apellido Nombre

Dirección: _____

Calle No. Apto. Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____

Información de los padres / tutores* - Obligatorio si el paciente es menor de 18 años

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo al nacer: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Apellido Nombre dd/mm/aaaa

Dirección: _____

Calle No. Apto. Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____

Información sobre el seguro principal*

Nombre del Seguro: _____ No. de identificación del afiliado: _____ Relación con el asegurado: _____

Empleador: _____ No. Grupo: _____ Fecha efectiva: _____
dd/mm/aaaa

Información del asegurado* - (si no es usted mismo)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo al nacer: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Apellido Nombre dd/mm/aaaa

Relación con el asegurado: _____ Estado civil*: Soltero Casado Viudo Separado Divorciado

Dirección: _____

Calle No. Apto. Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____

Información sobre el seguro secundario

Nombre del Seguro: _____ No. de identificación del afiliado: _____ Relación con el asegurado: _____

No. Grupo: _____ Fecha efectiva: _____

Información del asegurado secundario - (si no es usted mismo)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo al nacer: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Apellido Nombre dd/mm/aaaa

Relación con el asegurado: _____ Estado civil*: Soltero Casado Viudo Separado Divorciado

Dirección: _____

Calle No. Apto. Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Autorizo a que las prestaciones de mi seguro se paguen directamente al médico y soy financieramente responsable de todos los cargos. Por la presente doy mi consentimiento para que se divulgue y vuelva a divulgar mi historial médico para permitir o facilitar el cobro, la verificación o la liquidación de mi cuenta por cualquier cantidad que me adeude o cualquier tercero pagador, organización de mantenimiento de la salud, aseguradora u otro plan de prestaciones sanitarias. Este consentimiento se aplica a LMG, PC, o a cualquiera de sus afiliados o agentes, prestamistas, o cualquier tercero administrador que actúe para LMG, PC o cualquiera de sus afiliados. También autorizo a LMG a analizar mi sangre para detectar hepatitis y/o el virus del SIDA, si en su opinión; un empleado ha sufrido un incidente de exposición como resultado de mi tratamiento, tal como lo define la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional. _____ (Ponga sus iniciales)

NOTIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO PRESUNTO PARA PRUEBAS DE VIH, HEPATITIS B O C

LMG está obligada por el § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), en su versión modificada, a darle el siguiente aviso:

Si algún profesional sanitario, trabajador o empleado de LMG se expusiera directamente a su sangre o a sus fluidos corporales de forma que pudiera transmitirle una enfermedad, se analizará su sangre para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (el virus del "SIDA"), así como la hepatitis B y C. Un médico u otro profesional sanitario le comunicará el resultado del análisis. En virtud del Va. Code § 32.1- 45.1(A), se considera que usted ha dado su consentimiento para que se comuniquen los resultados de la prueba a la persona expuesta. _____ (Ponga sus iniciales)

Si usted se viera expuesto directamente a la sangre o a los fluidos corporales de un profesional sanitario, trabajador o empleado de LMG de forma que pudiera transmitir una enfermedad, se analizará la sangre de esa persona para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (el virus del "SIDA"), así como por los de la hepatitis B y C. Un médico u otro profesional sanitario les comunicará a usted y a esa persona el resultado del análisis. _____ (Ponga sus iniciales)

CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SANITARIA

PRISMA es el intercambio de información sanitaria que reúne los historiales de pequeñas clínicas a grandes sistemas hospitalarios cuyos sistemas de historiales médicos participan en las redes de alianzas Carequality y CommonWell Health. PRISMA también agrega la información de los pacientes procedente de los pagadores de seguros y de los dispositivos vestibles de los pacientes para promover una mejor interoperabilidad y mejores resultados en la salud de los pacientes.

Por favor, ponga sus iniciales al lado de la opción de su elección:

Suscripción voluntaria: Enviar y recibir documentos

_____ Loudoun Medical Group enviará documentos clínicos cuando lo soliciten sitios conectados externos (PRISMA) y también solicitará documentos clínicos a sitios conectados externos (PRISMA) y los mostrará en nuestros registros médicos electrónicos.

Exclusión voluntaria

_____ Loudoun Medical Group no enviará documentos clínicos ni solicitará documentos clínicos a sitios conectados externos.

CONSENTIMIENTO DE HISTORIAL DE MEDICACIÓN

Doy mi consentimiento para que Loudoun Medical Group acceda electrónicamente a los datos de mis beneficios de farmacia a través de RXHub/SureScript. Este consentimiento permitirá a Loudoun Medical Group:

- Determinar los beneficios de farmacia y los copagos de medicamentos del plan de salud de un paciente. Comprobar si un medicamento prescrito está cubierto (en el formulario) por el plan de un paciente.
- Mostrar las alternativas terapéuticas con el rango de preferencia (si está disponible) dentro de una clase de fármaco para los medicamentos.
- Determinar si el plan de salud de un paciente permite la prescripción electrónica a farmacias de venta por correo y, en caso afirmativo, prescribir electrónicamente a estas farmacias.
- Descargue una lista histórica de todos los medicamentos prescritos a un paciente por cualquier proveedor.
- Además, este es el aviso de que el Grupo Médico Loudoun ha dado su consentimiento para utilizar el Programa de Supervisión de Prescripciones de Virginia en
- todos los pacientes a los que se prescriban sustancias controladas.
- En resumen, solicitamos su permiso para obtener información sobre el formulario y sobre otras recetas prescritas por otros proveedores mediante RXHub y el Programa de supervisión de recetas de Virginia. _____ (Ponga sus iniciales)

Firma del paciente, padre/madre/tutor legal o persona que actúa loco parentis

Fecha

Relación (en su caso)