

#### www.PrimaryCarePlus.com

#### Bienvenido a Primary Care Plus/Metairie

Gracias por depositar su confianza en Primary Care Plus para sus necesidades de cuidado de la salud. Quisiéramos aprovechar esta oportunidad para darle la bienvenida a nuestros consultorios y esperamos proporcionarle un cuidado de la salud personalizado e integral.

Para satisfacer sus necesidades de cuidado de la salud, es esencial contar con información actualizada. Le agradeceríamos que llene los formularios que se indican a continuación a fin de tener sus registros médicos al día:

- Formulario de Información del Paciente proporciona a su médico un detalle completo de sus problemas de salud actuales, una lista de medicamentos precisa y un historial médico familiar.
   Además, incluye su información de contacto actual (número de teléfono, correo electrónico, mensajes de texto) para que podamos comunicarnos con usted en relación a su cuidado de la salud.
- Formulario de Responsabilidad de Pago y Recepción del Aviso de HIPAA nos permite facturar a su compañía de seguros los servicios que le prestaron a usted y es su acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Formulario de Consentimiento para el Tratamiento le da a nuestro personal médico el permiso para proporcionar la evaluación básica y el tratamiento de sus condiciones médicas.
- Formulario de Designación de Representante Personal concede a un familiar o amigo el permiso para analizar información médica o de facturación en nombre de usted. Para poder hablar de los aspectos de su cuidado con otra persona, necesitamos un permiso por escrito.
- Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida nos permite obtener sus registros médicos de otros proveedores de cuidado de la salud.

Una parte importante de cada visita con su médico es revisar todos los medicamentos que está tomando de TODOS los proveedores, tanto de cuidado primario como especialistas. Lleve todos sus medicamentos a cada visita.

Primary Care Plus es reconocido como una institución médica centrada en el paciente, lo cual es un reflejo de nuestro compromiso de proporcionar el mejor cuidado de calidad para nuestros pacientes. Ofrecemos cuidado proactivo para promover el bienestar y prevenir enfermedades, y nos comunicaremos con usted por teléfono, mensaje de texto (con su permiso) y nuestro portal para pacientes. Asegúrese de proporcionar información de contacto actualizada en el *Formulario de Información del Paciente*.

Como paciente de Primary Care Plus, nos comprometemos a ayudarle a *estar bien y disfrutar de la vida a pleno*. Revise la información adicional sobre Primary Care Plus que está en esta carpeta. En caso de que tenga preguntas o comentarios, no dude en comunicarse conmigo directamente al **504-836-1575** 

Atentamente.

Colette Iteld Gerente de la Clínica (Clinic Manager)



Referido por: Familia\_\_ Amigo/a\_\_Internet\_\_Television\_\_Radio\_\_Correo\_\_Media Social\_\_ FECHA DE HOY:

Formulario de Información del Paciente (Llene en Letra de Molde) ¿Fue paciente de Primary Care Plus o Stanocola en el pasado? ☐ Sí ☐ No Inic. 2.º Nombre Edad Apellido Nombre Fecha de Nacimiento **PACIENTE** Dirección Ciudad Estado Código Postal ☐ Soltero ¿Es estudiante? 🗆 Sí 🗆 No □ Casado Número de Seguro Social: Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Divorciado Dirección Física (si es diferente a la dirección postal) Ciudad Estado Código **Postal** ☐ Viudo Teléfono (Particular) Nombre del Empleador Número de Teléfono del Empleador ☐ Otro Teléfono (Móvil) Dirección del Empleador ¿Método preferido de contacto? 🛘 Teléfono particular 🔻 Teléfono móvil ¿Podemos enviar recordatorios de citas y tratamientos por mensaje de texto y correo de voz? 🔲 Sí 🔲 No Correo Electrónico: Nombre del Cónyuge Fecha de Nacimiento Raza: 🗆 Indoamericano o nativo de Alaska 🗀 Asiático 🗀 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico 🗀 Negro 🗀 Blanco 🗀 Hispano 🗀 Otra ☐ Se niega a responder INFORMA<u>CIÓN</u> **Origen Étnico:** □ Hispano □ No hispano ¿Qué idioma prefiere? 🛘 Inglés ☐ Español ADICIONAL Nombre de su Farmacia Dirección Código Postal Ciudad Número de Teléfono Estado PARTE Apellido Nombre Inic. 2.º Nombre Número de Teléfono: RESPONSABLE Dirección **Paciente** Cónyuge Ciudad Estado Código Postal ☐ Tutor □ Otro Relación Nombre EN CASO DE EMERGENCIA, Dirección Número de Teléfono **NOTIFICAR A** Dirección Seguro Primario N.º de Contrato de la Póliza N.º de Grupo Ciudad Estado Código Postal INFORMACION **DEL SEGURO** Nombre del Titular de la Póliza Fecha de Nacimiento Seguro Secundario Dirección N.º de Contrato de la Póliza N.º de Grupo Ciudad Código Postal Estado Nombre del Titular de la Póliza Fecha de Nacimiento

Fecha:	



### FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente:			No	mbre d	el tutor (si	es menor	de 18 año	os): _				
		<u> </u>	AS A LOS M	IEDICA	MENTOS	o AMBIE						
Medicamentos u Oros Factores (Ambientales)					<u>Reacción</u>							
		/8.4			ES FAMIL			\				
Condición	<u>Madre</u>	Padre Padre			uelos		Herman		Hermana		<u>nana</u>	Hermanos Adicionale
Cáncer												
Diabetes												
Ataque cardíaco												
Presión arterial alta												
Colesterol alto												
Derrame cerebral												
Otra												
Si su madre, padre, herr	nanos o herm	nanas fallecie	ron indique l	a edad	al moment	o de la mu	erte v la ca	nsa.		'		
Relación	Causa de		Edad al n			ción			muerte	a	Ed:	ad al mori
<u>iteracion</u>	<u>causa ue</u>	: muerte	<u>Luau ai ii</u>	<u>IIOIII</u>	INCID	icion	Cau	sa uc	muerte	<u> </u>	<u>Euau ai IIIOIII</u>	
			CLIC ANIT	FAEDE	NITEC DE	CALLID					l .	
		(Marc	Jue si ha tenido		NTES DE de las siguie		iones)					
Frecuencia cardíaca D			Dolor crónico		Acidez estomacal/ reflujo gástrico			Obesidad				
Alergias (cualquiera	)	Enfermeda	d renal cróni	ca	Soplo ca				Oste	oporos	sis	
Anemia		Depresión			Hepatiti	is			Enfermedad vascular periférica			
Ansiedad/estrés		Diabetes			Presión	arterial alt	:a		Conv	ulsion	es/ep	ilepsia
Asma		Enfisema/I	POC		Coleste	rol alto			Apnea del sueño			
Artritis		Enfermeda	d vesicular		VIH/sida	a			Úlcei	ras est	omaca	ales
Fibrilación auricular		Gota	Gota		Síndrome del intestino irritable		e	Derrame cerebral		ıl		
Colitis o enfermeda de Crohn	d	Dolor de c	abeza/migrañ	ías	Insuficie	encia renal		Enfermedad de tiroides		iroides		
Cáncer		Ataque car insuficienc	díaco/ ia cardíaca		Cálculos	s renales						
	ANTECEDE						ΔN.	TFCF	DENTE	S DE	ORSI	TETRICIA
Complete si se hizo algi								LCL		ECOLO		
<u>Prueba</u>	<u>Fecha</u>	Resultado	<u>Médico</u>		de Vacun	a <u>Fecha</u>					JUIA	
Colonoscopia					o (Td)				e embara			
Análisis de colesterol				Pulmonía				Cantidad de bebés a término				
Prueba de esfuerzo cardíaco				Hepatitis B				Cantidad de bebés prematuros				
Densidad ósea				Gripe				Cantidad de abortos/abortos espontáneos				
Mamografía			es zóster		Canti	dad de	e hijos vi	vos				
Examen de senos				Otra								
			ACCIDEN'	TFS - T	ΈΔΙΙΜΔΤ	ISMOS.						
Alguna vez ۱	tuvo un accid	ente grave?					2 SÍ NO	Si reci	nondió c	nie si	descr	iha
CAIguila vez	Lavo un acciu	cinc grave: 3	TITO CHELL	c ciavus	o piacas ei	i ei cuei po	. <u>31 110</u> :	1162	Jonalo C	1uc 31,	ucsti	isa

				Fecha:			
		<u>CIRUGÍAS ANT</u>	EDIODES				
Fecha	Ciru		Fecha Cirugía				
<u>reciia</u>	<u>Cirugía</u> <u>Fecha</u>			Cirugia			
ndique cualquier inform	nación médica adici	onal:					
			<b>70</b> 0 0411154	N 50			
: F		ANTECEDENTES DE HÁBI		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
que fuma? ¿Cuánto			idio que si, ¿dur	ante cuánto tiempo fumó/desde	cuando nace		
		· un círculo) Si respondió que sí, a	en qué año dei	<b>ά</b> ?			
		semana? ¿Cuántos dí					
		egularidad? <u>SÍ</u> NO ¿Dónde?					
		¿Usa un aparato auditivo? <u>Sí</u>					
20sa anteojos/ientes co	offectivos: <u>St. NO.</u>	203a un aparato auditivo: <u>31 - 1</u>	<u>vo</u>				
¿Usa alguno de los sigu							
<u>Dispositivo</u>	<u>Sí/No</u>	<u>Dispositivo</u>	<u>Sí/No</u>	<u>Dispositivo</u>	<u>Sí/No</u>		
Bastón		Andador		Bi-pap (apnea del sueño)			
Escúter eléctrico		Silla de ruedas		C-pap (apnea del sueño)			
_		ue con un círculo) Describa qué	tipo de dieta sig	gue: bien balanceada, pocos			
carbobidratos nocas gr	acac otc						
carbornaratos, pocas gr	asas, etc.						
· -		AMENTOS CON RECETA V	/ΙΤΔΜΙΝΙΔ <b>ς V</b>	SLIDI EMENTOS A BASE DE I	HIFRRAS		
INDIQUE TO	DOS LOS MEDIC		ITAMINAS Y	SUPLEMENTOS A BASE DE I			
		AMENTOS CON RECETA, V Frecuencia	'ITAMINAS Y S	SUPLEMENTOS A BASE DE I			
INDIQUE TO	DOS LOS MEDIC		<u>ITAMINAS Y :</u>				
INDIQUE TO	DOS LOS MEDIC		<u>'ITAMINAS Y S</u>				
INDIQUE TO	DOS LOS MEDIC		<u>ITAMINAS Y :</u>				
INDIQUE TO	DOS LOS MEDIC		<u>'ITAMINAS Y S</u>				
INDIQUE TO	DOS LOS MEDIC		<u>ITAMINAS Y :</u>				
INDIQUE TO	DOS LOS MEDIC		<u>'ITAMINAS Y S</u>				
INDIQUE TO	DOS LOS MEDIC		ITAMINAS Y				
INDIQUE TO	DOS LOS MEDIC		'ITAMINAS Y S				
INDIQUE TO	DOS LOS MEDIC	Frecuencia					
INDIQUE TO	Dosis  Dosis		DICOS	Proveedor que Ir			
INDIQUE TO	Dosis  Dosis	LISTA DE MÉL	DICOS	Proveedor que Ir			
INDIQUE TO  Nombre  Especialidad	DOS LOS MEDIC  Dosis  (II	LISTA DE MÉ Indique cualquier otro médico que l	DICOS e esté prestando s	Proveedor que Ir	ndica		
INDIQUE TO  Nombre  Especialidad  Alergia/inmunología	DOS LOS MEDIC  Dosis  (II	LISTA DE MÉI  ndique cualquier otro médico que le  Especialidad	DICOS e esté prestando s	ervicios)  Especialidad	ndica		
INDIQUE TO  Nombre  Especialidad  Alergia/inmunología  Cardiología	DOS LOS MEDIC  Dosis  (II	LISTA DE MÉI  ndique cualquier otro médico que l  Especialidad  Hematología	DICOS e esté prestando s	ervicios)  Especialidad  Manejo del dolor	ndica		
INDIQUE TO  Nombre  Especialidad  Alergia/inmunología  Cardiología  Quiropráctica	DOS LOS MEDIC  Dosis  (II	LISTA DE MÉI  ndique cualquier otro médico que l  Especialidad  Hematología  Nefrología	DICOS e esté prestando s	ervicios)  Especialidad  Manejo del dolor  Podiatría	ndica		
INDIQUE TO  Nombre  Especialidad  Alergia/inmunología  Cardiología  Quiropráctica  Dental	DOS LOS MEDIC  Dosis  (II	LISTA DE MÉD dique cualquier otro médico que le Especialidad Hematología Nefrología	DICOS e esté prestando s	Proveedor que Ir  servicios)  Especialidad  Manejo del dolor  Podiatría  Psiquiatría/salud mental	ndica		
INDIQUE TO Nombre  Especialidad Alergia/inmunología Cardiología Quiropráctica Dental Dermatología	DOS LOS MEDIC  Dosis  (II	LISTA DE MÉTO DE MÉTO DE COMPANDA DE LISTA DE MÉTO DE COMPANDA DE LISTA DE MÉTO DE LISTA	DICOS e esté prestando s	Proveedor que Ir  Servicios)  Especialidad  Manejo del dolor  Podiatría  Psiquiatría/salud mental  Medicina pulmonar  Reumatología	ndica		
INDIQUE TO  Nombre  Especialidad  Alergia/inmunología  Cardiología  Quiropráctica  Dental  Dermatología  Endocrinología	DOS LOS MEDIC  Dosis  (II	LISTA DE MÉD dique cualquier otro médico que le Especialidad Hematología Nefrología Neurología Neurología Obstetricia y ginecología Oncología Oftalmología	DICOS e esté prestando s	Proveedor que In  Servicios)  Especialidad  Manejo del dolor  Podiatría  Psiquiatría/salud mental  Medicina pulmonar  Reumatología  Medicina para el sueño	ndica		
Nombre	DOS LOS MEDIC  Dosis  (II	LISTA DE MÉTO DE MÉTO DE COMPANDA DE LISTA DE MÉTO DE COMPANDA DE LISTA DE MÉTO DE LISTA	DICOS e esté prestando s	Proveedor que Ir  Servicios)  Especialidad  Manejo del dolor  Podiatría  Psiquiatría/salud mental  Medicina pulmonar  Reumatología	ndica		

Si respondió que sí, suministre una copia al consultorio para incorporar en su historia clínica. Si respondió que no, ¿quisiera tener uno? SÍ NO (marque

con un círculo)



#### Responsabilidad de Pago/Recepción del Aviso de HIPAA/Comunicación del Paciente

Entiendo que soy plenamente responsable de todas las tarifas adeudadas a Primary Care Plus o cualquier proveedor médico asociado (denominados de forma colectiva, la "Clínica"), como resultado de los servicios que he recibido, y que todas las tarifas son exigibles y pagaderas al momento del servicio, a menos que la Clínica esté de acuerdo en aceptar la asignación de mis beneficios de Medicare, Medicaid u otros seguros de salud.

#### Si tengo cobertura de seguro distinta de Medicare:

Entiendo que la asignación de beneficios a la Clínica y la presentación de un reclamo de seguro en mi nombre es una cortesía para mí y que no me absuelve de mi responsabilidad de pagar los servicios si la compañía de seguros no paga estos servicios o si se adeudan deducibles o copagos. Entiendo que mi póliza de seguro podría no cubrir el costo total de los servicios o podría considerarlo un servicio no cubierto o médicamente innecesario, o yo podría no tener beneficios de cobertura por estos servicios. Por lo tanto, acepto la responsabilidad de los cargos incurridos, así como de mi copago o el deducible que no se haya alcanzado.

Entiendo, además, que cualquier verificación de mis beneficios del seguro que haga la Clínica no es una garantía de pago de parte de mi compañía de seguros. Si mi compañía de seguros no paga los servicios que recibí, o si no paga dentro de los 60 días del servicio, entiendo que la Clínica me facturará estos servicios y acepto pagar la cantidad adeudada dentro de los 10 días de la recepción de la factura de tales servicios. Asimismo, si se presenta un reclamo en mi nombre como reclamo no asignado, también seré responsable de la diferencia entre la cantidad pagada por mi compañía de seguros y el cargo real de ese servicio.

#### Si estoy cubierto por un plan de salud de Medicare o Medicare Advantage:

Entiendo que seré responsable de pagar mi copago o el deducible que no se haya alcanzado a través de mi cobertura de Medicare o de cualquier póliza complementaria que también pudiera tener. Asimismo, si se presenta un reclamo en mi nombre como reclamo no asignado, también seré responsable de la diferencia entre la cantidad pagada por Medicare y el cargo real de ese servicio.

Entiendo, además, que seré notificado con antelación mediante un Aviso Anticipado de No Cobertura para el Beneficiario si es probable que Medicare no vaya a pagar los artículos o servicios. Luego, tendré el derecho a tomar una elección informada sobre recibir o no los artículos o servicios. Si elijo recibir los artículos o servicios, soy consciente de que seré responsable de pagar dichos artículos o servicios.

Solicito que ese pago de beneficios autorizados de Medicare, Medicaid o de otro seguro se hagan en mi nombre a la Clínica por los servicios que me presten, sujeto a todas las normas relativas a la asignación de beneficios de estos seguros de salud. Autorizo a quienes poseen mi información médica a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; la Administración del Seguro Social y sus agentes, intermediarios u operadores; o a cualquier otra fuente externa o compañía de seguros y sus agentes cualquier información o documentación que sea necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Puede utilizarse una copia de esta autorización en lugar del original y esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito.

Certifico que la información del seguro que se me proporcionó es actual y exacta a mi leal saber y entender, y entiendo y acepto acatarla según las condiciones detalladas más arriba.

Asimismo, acuso el recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica. Acepto recibir recordatorios de citas y tratamientos por medio de mensaje de texto y correo de voz: SÍ 🔲 NO 🗆							
	Nombre del paciente (en letra de molde)	Fecha	Firma del paciente o parte responsable				
	Relación con el paciente		Motivo por el que el paciente no puede firmar (si corresponde)				



## Consentimiento para el Tratamiento

Yo,	, solicito voluntariamente cuidado de l	la salud y, por
(Nombre del paciente)		
•	i consentimiento para recibir tratamiento médic os servicios para el cuidado de la salud. Entiendo	• •
en general, permitir pruebas de labora (por ejemplo, medicamentos, inyeccion detección, información educativa sobre	procedimientos específicos. Sin embargo, al firm torio y exámenes de diagnóstico, tratamiento me nes, extracción de sangre para análisis, asesoram e la salud y otros procedimientos de diagnóstico) y servicios hospitalarios prestados a solicitud del	édico de rutina niento, pruebas de ), procedimientos
u otros médicos que asistan en mi cuid	ado.	
aceptar cualquier consentimiento dado aviso por escrito de la revocación de la	o por el paciente hasta el momento en que el mé autorización.	edico reciba un
Nombre del paciente (en letra de mold	e) Fecha de nacimiento	0
Firma del paciente o representante leg	al Relación	
Fecha		



### Designación de Representante Personal

Según lo exigido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996, usted tiene derecho a designar a una o más personas para que actúen en nombre de usted con respecto a la protección de la información de salud que le pertenece. Al llenar este formulario, usted nos informa de su deseo de designar a la o las personas nombradas como su "representante personal". Puede revocar esta designación en cualquier momento si firma y fecha la sección de revocación de su copia de este formulario y la devuelve a esta oficina.

SECCIÓN DE DESIGNACIÓN:				
	personales con re		(nombre en le o, nombro a la o las siguientes person cisiones que involucren el uso o la di	
Nombre de los Repr Personales EN LETRA			Relación de cada uno con el Paciente EN LETRA DE MOLDE	
La autoridad de esta nersona cua	ndo actúe como r	mi "renresentan	te personal" está restringida a las sig	
funciones:		m representan	te personal esta restringida a las sig	Suicifics
Descripción:  Se deben otorgar a esta persinformación de salud.	sona todos los pri	vilegios que se	me otorgarían a mí con respecto a m	ni
☐ La autoridad de esta person	a está restringida	a la siguiente ir	nformación sobre mi cuidado de la sa	alud:
Entiendo que puedo revocar esta d este formulario y devolverlo a:	esignación en cual Primary Care Pl 3625 Houma Bl Metairie, LA 70 Attention: Clini	lus Ivd 1006	al firmar la sección de revocación de ı	mi copia de
Asimismo, entiendo que dicha redivulgar mi información de salud			la que las personas autorizadas para ta designación.	usar o
Firma			Fecha	
SECCIÓN DE REVOCACIÓN:				
Por medio del presente documen representante personal.	to, revoco la desi <sub>l</sub>	gnación de		como mi
Firma del paciente			 Fecha	



# <u>Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida (PHI)</u>

Nombre del paciente (apellido, nombr	re, 2.º nombre):		Fecha de nacim	iento:
Dirección:			N.º del Seguro S	Social:
Ciudad:		Estado:	Código postal: _	
Números de teléfono de contacto:				
	torizo a la siguiente e (Protected Health Info rimary Care Plus, 362!	ormation, PHI) a co	ontinuación a:	-
	Teléfono: (504) 83	36-1575 Fax: (504)	836-1599	
Entidad en posesión de la Información	de Salud Protegida:			
Dirección:				
Ciudad:		Estado:	Código postal: _	
Números de teléfono:		Fax:		
Si esta autorización no se revoca, se o diferente o un evento de vencimiento		de la fecha de mi firma, a	a menos que se indi	ique una fecha de vencimiento
Información de	e Salud Protegida y fechas au	torizadas para el uso o la	divulgación de dich	a información
<u>Descripción</u>	<u>Fecha de inicio y fin</u> <u>de la Información de</u> <u>Salud Protegida</u>	<u>Descripción</u>		Fecha de inicio y fin de la Información de Salud Protegida
[] Todos los registros de Información de Salud Protegida		[] Historial y examen	médico	
[] Prueba de laboratorio		[] Estudios/informes	de radiografías	
[] Comentarios de evolución		[] Resumen del alta		
[] Informes de consultas		[] Resumen de cuenta	a detallado	
[] Otro				
**La siguiente información será	divulgada a menos que uste	d indique NO DIVULGAR	con una marca en l	a casilla correspondiente
[] Tratamiento de sida/VIH o enfermedad de transmisión sexual	[] Cuidado psiquiátrico/ mental	[] Abuso de alcohol/d	Irogas/sustancias	[] Examen genético
Otro, especifique:				
Entiendo que:				
<ul> <li>Mi tratamiento, el pago, la ir de que firme o no esta autor</li> <li>En cualquier momento, pued pero, si lo hago, la revocaciór</li> <li>Si el solicitante o el receptor de estar protegida por las no</li> <li>Tengo derecho a recibir una</li> <li>Recibiré una fotocopia solan</li> </ul>	rización. lo revocar por escrito esta aut n no tendrá ningún efecto en r no es un plan de salud o un ormas federales de privacidad COPIA de este formulario de nente de mi registro médico y	de los requisitos para rec orización al proveedor au ninguna de las acciones ar proveedor de cuidado de d y podría ser divulgada. spués de firmarlo. y el original permanecerá	torizado para divulg nteriores a la fecha e la salud, es posible con Primary Care F	
Firma del paciente o del representante	e del paciente (si corresponde	e):		Fecha:

Relación del representante personal con el paciente y descripción de la autoridad para actuar: \_