



TETON CANCER INSTITUTE

trusted, for life.

Formulario de información del paciente

FECHA: _____

NOMBRE: _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

¿Cómo le gustaría que se dirijan a usted? _____ N.º DE SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ Masculino Femenino

DIRECCIÓN POSTAL: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ CONDADO: _____

TELÉFONO RESIDENCIAL: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

EMPLEADOR: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

ACCIDENTE O LESIÓN: SÍ NO RELIGIÓN: _____ ORIGEN ÉTNICO: _____ RAZA: _____

Consumo de tabaco: Nunca Anteriormente Actualmente Tipo _____ Uso _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/TUTOR:

- NOMBRE: _____ S/S _____
- Dirección (si es diferente a la anterior): _____
- RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
- EMPLEADOR: _____
- NÚMERO DE TELÉFONO: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO/FARMACIA/CONTACTO DE EMERGENCIA:

Médico de atención primaria: _____ Médico remitente: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Nombre de la compañía de seguros principal: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

N.º de identificación: _____ N.º de grupo: _____

Farmacia de elección: _____ **Información de la tarjeta de prescripción:** _____ Sin cobertura de medicamentos
(Nombre y ciudad) (Números de identificación, grupo e identificación bancaria [BIN])

Nombre de la compañía de seguros secundaria: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

N.º de identificación: _____ N.º de grupo: _____





(Solo para uso del consultorio)

Las siguientes preguntas van dirigidas a mejorar la atención al paciente. Nos ayudan a aclarar su historial médico. Utilice respuestas cortas pero completas.

Sólo para uso del consultorio:

¿Quién le remitió a nuestro consultorio médico? _____

Médico de atención primaria: _____

¿Qué le trae a vernos hoy?

¿Cuándo empezó este problema?

¿Qué síntomas tenía?

¿Hay algo que lo empeore? ¿O que lo mejore?

¿El problema es constante o va y viene?

Si se ha sometido a una cirugía por este problema, ¿cuál fue la fecha de la cirugía, el cirujano y dónde se llevó a cabo?

¿Qué ha pasado desde entonces?

¿Qué síntomas tiene ahora?

PROBLEMAS MÉDICOS ANTERIORES

Sí/No (S/N)	Problema	Fecha de inicio	Activo (A)	Resuelto (R)
	Angina			
	Presión arterial alta			
	Ataque al corazón/infarto de miocardio (IM)			
	Insuficiencia cardíaca congestiva/edema pulmonar			
	Asma			
	Enfisema/Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)			
	Neumonía			
	Diabetes			
	Enfermedad de la tiroides			
	Enfermedad renal			
	Hepatitis/cirrosis			
	Enfermedad inflamatoria intestinal			
	Osteoporosis			
	Artritis reumatoide			
	Enfermedad articular degenerativa/osteoartritis			
	Accidente cerebrovascular			
	Epilepsia/trastorno convulsivo			
	Enfermedad de Parkinson			
	Flebitis			
	Otro:			
	Otro:			



(S ño para uso del consultorio)

HISTORIAL QUIRÚRGICO ANTERIOR

Enumere sus cirugías anteriores, incluyendo el motivo y el lugar en el que se realizaron:

Fecha Aprox.	Edad	Procedimiento	Motivo de la cirugía	Cirujano/hospital

HISTORIAL DE MALIGNIDAD:

Lugar del cáncer	Fecha de inicio	Activo/Resuelto
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Trastornos hematológicos (sanguíneos):

- _____ Anemia
- _____ Coagulación anormal
- _____ Sangrado anormal
- ¿Alguna vez le han hecho una transfusión de sangre? S / N

MANTENIMIENTO DE LA SALUD:

- ¿Se ha vacunado alguna vez contra la gripe? S / N
- ¿Se ha vacunado alguna vez contra la neumonía? S / N
- ¿Se ha realizado alguna vez una sigmoidoscopia/colonoscopia? S / N

- Fecha de la última vacuna: _____
- Fecha de la última vacuna: _____
- Fecha del último examen: _____

Mujeres:

- ¿Se ha realizado alguna vez una mamografía de detección? S / N
- ¿Cuándo fue su último examen ginecológico de rutina?

- Fecha del último examen: _____
- Fecha del último examen: _____

Hombres:

- ¿Se ha sometido a un examen rectal digital para detectar el cáncer de próstata? S / N
- ¿Se ha hecho una prueba de Antígeno prostático específico (PSA)? S / N

- Fecha del último examen _____

HÁBITOS:

Consumo de tabaco: Nunca: _____ Actualmente: _____ Anteriormente: _____ ¿Cuándo lo dejó? _____
 Cigarrillos _____ Cigarros _____ Pipa _____ Snuff _____ Tab. de mascar _____
 Consumo promedio = _____ paquetes por día x _____ años

Consumo de alcohol: Nunca: _____ Actualmente: _____ Anteriormente: _____ ¿Cuándo lo dejó? _____
 Cerveza: _____ Vino: _____ Licor: _____
 Consumo promedio = _____ bebidas por _____ día _____ semana _____ mes

Consumo de drogas: Nunca: _____ Actualmente: _____ Exconsumidor: _____ ¿Cuándo lo dejó? _____
 Marihuana _____ Cocaína _____ Heroína _____ Anfetaminas _____



(S̄do para uso del consultorio)

HISTORIAL SOCIAL:

Ocupaci3n: _____ tiempo completo: medio tiempo: desempleado: jubilado

¿Ha tenido una exposici3n importante a productos qu4micos t3xicos como disolventes industriales o bifenilos policlorados (PCB, por sus siglas en ingl3s)? S / N

Adem4s de las radiograf4as m3dicas o dentales, ¿ha estado expuesto a radiaciones ionizantes? S / N

¿Ha estado expuesto alguna vez a fibras de asbesto? S / N

Educaci3n: 3ltimo a~o de estudios completado: _____ Tipo de t4tulo: _____

Religi3n: Afiliaci3n religiosa: _____ Parroquia/comit3/congregaci3n: _____

HISTORIAL FAMILIAR:

¿Cu4ntos hermanos tiene? (*hermanos*) _____ (*hermanas*) _____

¿Cu4ntos hermanos vivos tiene? _____ ¿Cu4ntos viven en esta zona? _____

¿Cu4ntos hijos tiene? (*ni~os*) _____ (*ni~as*) _____

¿Cu4ntos hijos vivos tiene? _____ ¿Cu4ntos viven en esta zona? _____

¿Alguien de su familia ha tenido alguna vez c4ncer, trastornos sangu4neos, etc.? En caso afirmativo, proporcione detalles:

Problema de salud	C4ncer	Trastorno sangu4neo	Relaci3n	Vivo/fallecido	Edad

¿Hay alguna OTRA enfermedad importante en su familia? (*Enfermedades del coraz3n, presi3n arterial alta, diabetes, accidentes cerebrovasculares*)

Relaci3n	Problema de salud	Vivo/fallecido	Edad

HISTORIAL REPRODUCTIVO (*Mujeres*):

Edad a la que tuvo su 1er periodo ____ Edad a la que tuvo su 1er embarazo ____ n.º de embarazos ____ n.º de nacimientos vivos ____

¿Amamant3? S / N

Fecha del 3ltimo periodo menstrual ____ Edad en la que ces3 la menstruaci3n ____ (*menopausia*)

¿Ha utilizado alguna vez p4ldoras anticonceptivas (p4ldoras para el control de la natalidad)? S / N

En caso afirmativo, ¿por cu4nto tiempo? ____ a~os

¿Ha utilizado alguna vez la terapia de reemplazo de estr3genos? S / N

En caso afirmativo, ¿por cu4nto tiempo? ____ a~os

¿Sigue tomando sus p4ldoras hormonales? S / N

En caso negativo, ¿cu4ndo dej3 de hacerlo? _____

*(Solo para uso del consultorio)*

	Actualmente	Anteriormente	Negativo	Comentarios
General				
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aumento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ojos				
Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manchas en la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cambios en la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OÍDOS, NARIZ, GARGANTA/BOCA				
Dolores de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zumbidos en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Llagas en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endocrino				
Piel seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sed anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sofocos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hematológico/Linfático				
Moretones frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los cortes no dejan de sangrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ganglios linfáticos agrandados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respiratorio				
Sibilancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Escupir sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiovascular				
Respiración dolorosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultad para respirar al realizar esfuerzos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hinchazón de las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palpitaciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gastrointestinal				
Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heces con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genitourinario				
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vaciado incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Incontinencia por estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sangrado/secreción vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lesiones vaginales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Musculoesquelético				
Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Piel (sistema tegumentario)				
Dolor en el seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secreción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Masas/bultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sarpullido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurológico				
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas para caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psiquiátrico				
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Llanto frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los cortes no dejan de sangrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Herramienta de evaluación de la malnutrición (MST)

PASO 1: Evaluación con la MST

1 ¿Ha perdido peso sin esfuerzo recientemente?

No	0
No lo sé	2

Si ha contestado Sí, ¿cuánto peso ha perdido?

1-6 kg	1
7-10 kg	2
11-15 kg	3
Más de 15 kg	4
No lo sé	2

Calificación de pérdida de peso:

2 ¿Come usted mal porque ha perdido el apetito?

No	0
Sí	1

Calificación del apetito:

Añadir calificaciones a la pérdida del peso y del apetito

CALIFICACIÓN DEL MST:

PASO 2: Calificar para determinar el riesgo

**MST = 0 Ó 1
SIN RIESGO**

Come bien y ha perdido poco peso o nada

Si la estancia supera los 7 días, repetir evaluación cada semana si es preciso.

**MST = 2 O MÁS
EN RIESGO**

Come mal o ha perdido peso recientemente

Implementar rápidamente intervenciones nutricionales.
Realizar consulta nutricional en 24-72 horas, dependiendo del riesgo.

PASO 3: Intervenir con apoyo nutricional para sus pacientes con riesgo de malnutrición.

Notas:



TETON CANCER INSTITUTE

trusted, for life.

Cuestionario sobre la salud del paciente-2 (PHQ-2)

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

¿Está recibiendo actualmente servicios de salud mental por una condición diagnosticada? Si/No (Un círculo)

En caso afirmativo, indique el motivo de los servicios de salud mental y dónde lo atienden: _____

¿Alguna vez le han diagnosticado trastorno bipolar? (Un círculo)

En caso afirmativo, proporcione la fecha del diagnóstico y no se requieren más preguntas: _____

En caso negativo, responda las siguientes preguntas:

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3

_____ 0 _____ + _____ + _____ + _____

= Puntaje total _____

Si la "puntuación total" es 3 o más, se realizará una derivación a un trabajador social clínico autorizado para una evaluación adicional. ¿Está interesado en una referencia hoy? Si/No (Un círculo)



Autorización para divulgación de información de la historia clínica

Complete todas las secciones del formulario y adjunte la documentación requerida para garantizar un procesamiento oportuno.

Yo, _____ (paciente/representante del paciente), autorizo a **Teton Cancer Institute** a divulgar información de salud protegida (historias clínicas) de la persona nombrada a continuación:

Apellido del paciente: _____ **Primer nombre del paciente:** _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ **Número de teléfono:** _____ **Apellido anterior** (si corresponde): _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

El propósito de esta divulgación es:

Atención médica o consulta Facturación o pago de reclamaciones Uso personal Legal Otro: _____

Fecha(s) de servicio: del _____ al _____

Información que se divulgará: (se cobrará una tarifa de \$1.00 por informe según corresponda)

Informes de laboratorio Informes de radiología: Imágenes en disco _____ Informes _____ ECG Informes quirúrgicos Facturas detalladas
 Notas del expediente (resumen del expediente clínico, historial y examen físico, informe quirúrgico, resumen del alta, consultas e instrucciones para el alta)
 Otro: _____

Comprendo que si mi registro médico o de facturación contiene información relacionada con las afecciones descritas a continuación, **debo autorizar la divulgación colocando mis iniciales en cada línea correspondiente:**

_____ **Prueba o tratamiento del VIH/SIDA**
 _____ **Tratamiento psiquiátrico (excluyendo notas de psicoterapia)**
 _____ **Registros de pruebas genéticas**
 _____ **Enfermedades de transmisión sexual**
 _____ **Registros de abuso de drogas o alcohol (diagnóstico, tratamiento, remisión, excluyendo las notas de terapia)**
 _____ **Pruebas de hepatitis B o C**

INICIALES: _____ Comprendo que mis registros pueden incluir información sobre **salud reproductiva**.

Información a divulgarse a: Sí mismo: la misma información de arriba

Nombre del tercero que recibe los registros: _____

Número de teléfono: _____ **Número de fax:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Esta autorización expirará en 1 (un) año a menos que se especifique una fecha anterior: _____

(Continúa en el reverso)

Patient Sticker

Last _____

First _____

DOB _____

MRN _____



Autorización para divulgación de información de la historia clínica

Complete todas las secciones del formulario y adjunte la documentación requerida para garantizar un procesamiento oportuno.

Comprendo que, si firmo en nombre de un hijo menor de edad, esta autorización expirará cuando el niño alcance la edad de 18 años, a menos que exista prueba de tutela legal.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al director de Administración de la Información de Salud, 2325 Coronado St., Idaho Falls, ID 83404. Comprendo que la revocación no afectará ninguna acción que **Mountain View and affiliates** haya tomado basándose en esta autorización antes de recibir mi notificación por escrito.

Comprendo que esta autorización para usar o divulgar información de salud protegida es voluntaria y que **Mountain View Hospital or Teton Cancer Institute** no puede negar ni retener servicios de atención médica si no la firmo, excepto si dicha autorización es necesaria para algún estudio de investigación en el que yo esté inscrito, o si el servicio es únicamente para un tercero (examen físico previo al empleo, etc.).

Comprendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a divulgaciones posteriores y ya no estar protegida por la ley federal. Sin embargo, también comprendo que la ley federal o estatal puede restringir la divulgación de información sobre el VIH/SIDA, información de salud mental e información genética.

Firma del paciente _____

Fecha/hora _____

El paciente no puede firmar Otra parteresponsable _____
(Razón/descripción de la autoridad)

Firma del representante autorizado _____ Relación _____ Fecha _____

Nombre del testigo en letra de imprenta: _____ Cargo: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____

For Staff Use

Records to be released via US Mail Fax Personal Pick-up Emailed Paper Copies (including faxes CD/DVD)

Form of ID or Proof Submitted:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Driver's License | <input type="checkbox"/> Birth Certificate |
| <input type="checkbox"/> Guardianship/Conservator Orders | <input type="checkbox"/> Death Certificate |
| <input type="checkbox"/> Durable Healthcare Power of Attorney | <input type="checkbox"/> Signature Verification |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | |

Patient Identification or Proof of Authority to Authorize Release verified/processed by:

Printed Name: _____ Title: _____ Date: _____

Patient Sticker

Last _____

First _____

DOB _____

MRN _____



Formulario de continuidad de la atención: Solicitud de registros a entidades externas

Complete todas las secciones del formulario y adjunte la documentación requerida para garantizar un procesamiento oportuno

Yo, _____ (Paciente/Representante del paciente), autorizo a **Mountain View Hospital** a solicitar información de salud protegida (registros médicos) de la persona nombrada a continuación:

Apellido del paciente: _____ **Nombre del paciente:** _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ **Número de teléfono:** _____

Apellido anterior (si corresponde): _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

El propósito de esta divulgación es:

Atención médica o consulta (continuidad de la atención) Otro: _____

Fecha(s) de servicio: del _____ al _____

Información a solicitar:

Informes de laboratorio Informes de radiología: Imágenes en disco _____ Informes _____ ECG

Informes quirúrgicos

Notas del expediente (resumen del expediente clínico, historial y examen físico, informe quirúrgico, resumen del alta, consultas e instrucciones para el alta)

Otra: _____

Entiendo que si mi registro médico o de facturación contiene información relacionada con las afecciones descritas a continuación, **debo aceptar la solicitud marcando la casilla en cada línea correspondiente:**

_____ **Prueba o tratamiento del VIH/SIDA**

_____ **Tratamiento psiquiátrico (excluyendo notas de psicoterapia)**

_____ **Registros de pruebas genéticas**

_____ **Enfermedades de transmisión sexual**

_____ **Registros de abuso de drogas o alcohol (diagnóstico, tratamiento o derivación, excluyendo notas de asesoramiento)**

_____ **Pruebas de hepatitis B o C**

INICIALES: _____ Entiendo que mis registros pueden incluir información sobre **salud reproductiva**.

Información solicitada a enviar a:

Nombre del centro: _____

Número de teléfono: _____ **Número de fax:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

(continúa en el reverso)

Etiqueta del paciente

Apellido _____

Nombre _____

Fec. nac. _____

NRM _____



Formulario de continuidad de la atención: Solicitud de registros a entidades externas

Complete todas las secciones del formulario y adjunte la documentación requerida para garantizar un procesamiento oportuno

Envíe la información del registro médico a:

Teton Cancer Institute
An Affiliate of Mountain View Hospital
380 Walker Drive, Rexburg ID 83440
Phone: (208)356-9559
Fax: (208)356-6601

Firma del paciente _____

Fecha/Hora _____

El paciente no puede firmar _____
(Motivo)

Firma del representante autorizado _____ Relación _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta del personal: _____ Cargo: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Etiqueta del paciente

Apellido _____

Nombre _____

Fec. nac. _____

NRM _____



TETON CANCER INSTITUTE

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

Las personas que figuran en la tabla a continuación podrán obtener información médica relativa a usted,
el paciente:

Nombre	Relación

Firma: _____ Fecha: _____

Paciente, padre, madre o tutor legal

Testigo: _____ Fecha: _____

Empleado de MVH



Mountain View Hospital

CONDICIONES DE ADMISIÓN DE LA CLÍNICA

Nombre del paciente: _____ N.º de identificación del centro: _____

Fecha de nacimiento: _____

Centro: _____ N.º de historia clínica: _____ Fecha: _____

1) CONSENTIMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO: yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para los servicios que puedan realizarse durante esta consulta ambulatoria, incluida la visita al consultorio, que puede incluir, entre otros, procedimientos de laboratorio; procedimientos de radiología; procedimientos de diagnóstico; pruebas de esfuerzo; tratamiento o procedimientos médicos, de enfermería o quirúrgicos; anestesia; patología; procedimientos de emergencia o servicios hospitalarios que se me brinden según las instrucciones generales y especiales de mi médico. Este consentimiento incluye pruebas para detectar enfermedades infecciosas de transmisión sanguínea, incluyendo, entre otras, hepatitis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en caso de que un proveedor solicite dichas pruebas para fines de diagnóstico. Si el paciente toma alguna medicación u otras sustancias fuera de las indicadas por el proveedor, por medio de la presente libera al hospital y al proveedor de toda responsabilidad por cualquier reacción que pueda presentarse. En caso de producirse una emergencia, **autorizo a Mountain View Hospital (MVH) a transferirme a otro centro de atención médica si mi proveedor determina que es necesario. Además, doy mi consentimiento para la divulgación de mi historia clínica a ese centro.**

2) DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: autorizo a la clínica y a cualquier médico que participe en mi atención a divulgar la información médica y la documentación que la respalda que se recopile en mi historia clínica durante la consulta ambulatoria a cualquier organización que sea o pueda ser responsable por el pago de los cargos asociados con mi atención. Si mi lesión se relaciona con el trabajo, autorizo a la clínica a divulgar cualquier información de mi historia clínica a mi empleador o a su representante. Reconozco que los datos de mis expedientes como paciente serán accesibles a todos los proveedores de atención médica que participen en mi atención o tratamiento, incluidos, entre otros, médicos, enfermeros y técnicos del hospital, agencias de salud a domicilio, compañías de ambulancias y otras agencias de atención médica involucradas en mi atención. Reconozco que los expedientes médicos de los pacientes en la clínica se ponen a disposición del personal del hospital, los proveedores involucrados en mi atención y sus consultorios a través de redes informáticas.

3) PRIVACIDAD DEL PACIENTE. Leí o recibí la hoja informativa titulada "AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA" disponible en www.mountainviewhospital.org.

Confirmación: Recibí el "Aviso de prácticas de privacidad" de MVH en formato electrónico o impreso o tuve la oportunidad de revisar el documento. Todas las preguntas que tenía fueron respondidas.

4) DERECHOS DEL PACIENTE. Comprendo que MVH adoptó una política de derechos del paciente de alcance amplio, que otorga a los pacientes derechos para respetar y promover su dignidad, autonomía, autovaloración positiva, derechos civiles y participación en su propio caso. Estos derechos se publican en nuestro hospital y clínicas, están disponibles en nuestro sitio web o están disponibles solicitando el folleto de Derechos del paciente en el mostrador de ingreso.

5) ARMAS/EXPLOSIVOS/DROGAS: comprendo y acepto que, si el hospital cree, en cualquier momento, que podría haber un arma, un dispositivo explosivo, una sustancia o droga ilegal o una bebida alcohólica en mi habitación o entre mis pertenencias, puede realizar una búsqueda en mi habitación y entre mis pertenencias, confiscar cualquier artículo de los mencionados arriba que se encuentre y descartarlo según corresponda, lo que incluye la entrega de cualquier artículo a las autoridades policiales.

6) CONSENTIMIENTO FINANCIERO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO: como contraprestación por los servicios clínicos brindados, autorizo por la presente el pago directo a la clínica nombrada arriba de los beneficios que de otro modo se me pagarían a mí, pero sin exceder los cargos habituales de la clínica. Además, autorizo el pago de los beneficios de Medicare, Medicaid o seguro a todo proveedor contratado; esto incluye, entre otros, procedimientos de laboratorio, procedimientos de radiología y anestesia, patología o servicios hospitalarios que se me brinden según las instrucciones generales y especiales de mi proveedor durante esta consulta. Comprendo que soy financieramente responsable de los cargos que mi plan no cubra. En caso de que reciba una factura por los servicios cubiertos por mi plan de seguro, acepto informar de inmediato a la clínica sobre la cobertura de mi seguro para dichos cargos. En caso de que esta cuenta no se pague de acuerdo con los términos de la política de crédito de la clínica, acepto pagar una tasa de interés anual del 18 % o los costos de cobranza, sin exceder los costos judiciales y legales razonables. Si el cobro de mi cuenta se asigna a una agencia de cobranza y se presenta una demanda para exigir el pago, acepto pagar, como honorarios razonables de abogado, el 33 % del capital y los intereses de mi cuenta o la suma establecida por el tribunal, lo que sea mayor; además, acepto pagar los gastos razonables incurridos por la demanda.

7) CERTIFICACIÓN DE PACIENTE DE MEDICARE: certifico que la información que brindé para solicitar el pago en virtud del Título XVII o el Título XIX de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquiera que posea información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar cualquier información necesaria a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o compañías de seguros para este propósito o para un reclamo relacionado con Medicare. Doy mi permiso para que se use una copia de la autorización en lugar del original y solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre.

8) MOUNTAIN VIEW HOSPITAL ES UN HOSPITAL PROPIEDAD DE MÉDICOS: previa solicitud, se le proporcionará una lista de los propietarios.

Confirmación

9) RELACIÓN LEGAL ENTRE EL HOSPITAL Y EL MÉDICO: comprendo que todos los médicos que me brindan servicios son contratistas independientes y no son empleados ni agentes del hospital. Estoy bajo el cuidado y la supervisión de mi médico tratante, y es responsabilidad de la clínica y su personal seguir las instrucciones de mi médico. Es responsabilidad de mi médico obtener mi consentimiento informado, cuando sea necesario, para tratamientos médicos o quirúrgicos o para procedimientos especiales de diagnóstico o terapéuticos que se me realicen. Comprendo que el hospital factura algunos honorarios profesionales, pero ciertos honorarios profesionales no están incluidos en la factura del hospital y serán facturados por separado por el médico/proveedor.

10) AVISO DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE ANTE FACTURACIÓN SORPRESA: si lo solicita, se le proporcionará una hoja informativa titulada "Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa". También puede obtener información adicional en www.cms.gov/nosurprises.

Confirmación

11) DERECHO A RECIBIR UNA ESTIMACIÓN DE BUENA FE DE LOS CARGOS ESPERADOS: los pacientes que pagan por cuenta propia tienen derecho a recibir una estimación de buena fe por el costo total esperado de cualquier artículo o servicio que no sea de emergencia programado 3 días o más antes de un procedimiento, tanto verbalmente como por escrito, antes de que se brinde el servicio. También puede obtener información adicional en www.cms.gov/nosurprises.

Confirmación

12) DERECHOS DEL PACIENTE: leí o recibí la hoja informativa titulada “DERECHOS DEL PACIENTE” disponible en www.mountainviewhospital.org

- SÍ**, recibí los “Derechos del paciente” de Mountain View en formato electrónico o impreso, o tuve la oportunidad de revisar el documento. Todas las preguntas que tenía fueron respondidas.
- NO**, no recibí los “Derechos del paciente” de Mountain View ni tuve la oportunidad de revisar el documento.

13) USO DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA LINGÜÍSTICA. Mountain View Hospital y sus clínicas afiliadas ofrecen servicios gratuitos de asistencia lingüística a todos los pacientes que los soliciten.

Confirmación

PARA USO DEL ENCARGADO DEL INGRESO

Se usaron los servicios de interpretación para revisar las condiciones de admisión.

El paciente **se negó** a usar servicios de interpretación.

14) CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR UN RESUMEN CONSOLIDADO DE SERVICIOS Y ESTADOS DE CUENTA FINALES POR MEDIOS ELECTRÓNICOS. Por la presente, acepto recibir cualquier resumen consolidado de servicios (CSS, por sus siglas en inglés), estados de cuenta finales u otras comunicaciones requeridas en virtud de la Ley del Paciente de Idaho (IPA, por sus siglas en inglés) (sección 48-301 *et seq.* del Código de Idaho) (“Comunicación de la IPA”) por medios electrónicos a través del Portal del paciente del hospital, al que se puede acceder en el sitio web del hospital en www.mountainviewhospital.com o directamente en www.myhealthcareconnection.org. También se puede acceder al Portal del paciente a través de la aplicación “My Healthcare Connection”, disponible para iOS y Android. Comprendo que es mi responsabilidad usar el Portal del paciente para cualquier comunicación de la IPA. Acepto que, una vez que cualquier comunicación de la IPA se haya cargado en el Portal del paciente, se considerará que he recibido tal comunicación de la IPA para los fines de la Ley del Paciente de Idaho. También comprendo que, además de esta recepción por medio del Portal del paciente, puedo obtener una copia de cualquier comunicación de la IPA solicitándola a la oficina comercial al 208-557-2871.

- Confirmando que leí (o se me leyeron) los términos para pacientes confidenciales y comprendo plenamente su contenido.
- Por la presente, certifico y declaro que he leído (o se me leyeron) y que comprendo total y completamente este documento sobre las condiciones de admisión y la autorización de tratamientos médicos y que he firmado el documento sobre las condiciones de admisión y la autorización de tratamientos médicos a conciencia y libre y voluntariamente. Además, certifico y declaro que no he recibido promesas, certezas ni garantías de nadie en cuanto a los resultados que se puedan obtener por cualquier tratamiento o servicio médico.
- El paciente es incapaz por razones médicas de firmar este documento sobre las condiciones de admisión.** (Si se marca, brinde más información)
- Explicación:

Firma del paciente _____	Fecha/hora _____
El paciente no puede firmar	Otra parte responsable _____
Motivo: _____	
Firma del representante autorizado _____	Relación _____ Fecha/hora _____
Nombre del personal testigo: _____	Cargo: _____
Firma del personal testigo _____	Fecha/hora: _____