

# AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SANITARIA



## Olivewood Pediatrics

1190 Olivewood Drive, suite B, Merced CA 95348

Teléfono: (209) 490-4620 Fax: (209) 490-4621

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA DE NACIMIENTO**

Al rellenar este documento, usted autoriza la divulgación y la utilización de la información sanitaria que lo identifica personalmente como se estipula a continuación. **El no brindar toda la información solicitada, quizá invalide esta autorización.**

Con la presente autorizo a \_\_\_\_\_ para utilizar y  
(lanzamiento de)

divulgar una copia de los datos sanitarios detallados a continuación acerca de la persona identificada anteriormente a la persona, institución u organización mencionados a continuación

\_\_\_\_\_  
(liberar a)

**La solicitud se hace con el siguiente propósito:** (Por favor, marque el que corresponda)

Para la transferencia del cuidado       La obtención de beneficios adicionales  
 Uso personal       Pago de una reclamación  
 Para el uso de un abogado       Otro: \_\_\_\_\_

Autorizo expresamente la utilización y la divulgación de la siguiente información sanitaria específica mientras dicha información exista. Por favor, indique qué tipo de datos sanitarios le gustaría solicitar.

Tipo de información	Señale con [X] el correspondiente	Fechas relacionadas con los datos
Historia de consultas		
Registro de vacunas		
Informes de pruebas de laboratorio		
Informes de pruebas diagnósticas		
Otro:		



Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la idoneidad para recibir prestaciones no serán denegados por razón exclusiva de mi negativa a otorgar esta autorización a menos que corresponda lo siguiente:

- el tratamiento está relacionado con una investigación clínica y el destinatario anteriormente indicado procura usar la información para realizar dicha investigación, o;
- el destinatario es una compañía de seguros médicos que procura obtener información (con la excepción de informes de psicoterapia) relacionada con mi idoneidad o la suscripción futura en un seguro médico; o
- el único objetivo del tratamiento es recopilar datos sanitarios para proporcionarlos al destinatario anteriormente indicado.

Entiendo que:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito y la envíe a la siguiente dirección:

**Olivewood Pediatrics**

1190 Olivewood Drive, suite B, Merced, CA 95348

Teléfono: (209) 490-4620 Fax: (209) 490-4621

- Habrá excepciones cuando la revocación de esta autorización no se pueda conceder.
- Existe la posibilidad de que la información divulgada conforme a esta autorización esté sujeta a ser divulgada de nuevo por el destinatario y ya no será posible protegerla.
- Cualquier solicitud de revocación por escrito recibida por Olivewood Pediatrics no competirá a la información que ya se haya divulgado siguiente a esta autorización y no afectará cualquier acción tomada por Olivewood Pediatrics anterior a tal revocación.

Esta autorización caducará en la fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ mañana o tarde  
Firma del padre, madre o tutor legal                      Fecha                      Hora

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ mañana o tarde  
Miembro del personal que actúa como testigo                      Fecha                      Hora

# FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE Y LA FAMILIA



Fecha: \_\_\_\_\_

Remitido por:  Médico  Amigo  Otro paciente  Seguro  Internet  
 Medios de comunicación social  Otro \_\_\_\_\_

Necesita intérprete:  Sí  No

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			Fecha de nacimiento	Sexo	Lengua materna	Etnia y raza
Apellido	Nombre	Segundo nombre				
1.						
2.						
3.						
4.						

Padre, madre o tutor: <i>Garante</i>		Domicilio del paciente			
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	N.º de seguro social	
Dirección postal		Ciudad	Estado	Código postal	Parentesco con el paciente
Núm. telefónico de casa ( )	Núm. de celular ( )	Núm. telefónico del trabajo ( )		Correo electrónico	
Empleador		Dirección			

Padre, madre o tutor: <i>Garante</i>		Domicilio del paciente			
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	N.º de seguro social	
Dirección postal		Ciudad	Estado	Código postal	Parentesco con el paciente
Núm. telefónico de casa ( )	Núm. de celular ( )	Núm. telefónico del trabajo ( )		Correo electrónico	
Empleador		Dirección			

En caso de una emergencia contactar a: <i>(alguien que no sea ni el padre ni la madre ni el tutor)</i>		
Nombre	Parentesco	Número telefónico

Indique la manera en que prefiere que nos comuniquemos con usted:		
<input type="checkbox"/> Teléfono de casa	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del padre, la madre, el tutor o de sí mismo

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, la madre, el tutor o de sí mismo

\_\_\_\_\_  
Fecha



\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre del padre, la madre o el tutor en letra de molde    Firma del padre, la madre o el tutor    Fecha  
*(Solo firme y escriba la fecha si no ha habido un cambio desde el año pasado)*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre del padre, la madre o el tutor en letra de molde    Firma del padre, la madre o el tutor    Fecha  
*(Solo firme y escriba la fecha si no ha habido un cambio desde el año pasado)*

\_\_\_\_\_  
Firma del personal    Fecha

# DATOS SANITARIOS DEL PACIENTE NUEVO



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Antecedentes del paciente

Sistema	Sí	No	Si respondió sí, explique	Sistema	Sí	No	Si respondió sí, explique
Genético/neurológico				Genitourinario/renal			
Visión/ojos				Huesos/músculos			
Audición/oídos				Sangre/Cáncer			
Psiquiátrico/conductual				Endocrino/glándulas			
Desarrollo/aprendizaje				Infecciones			
Habla/deglución				Menstruación			
Corazón/sistema vascular				Operaciones previas			
Respiratorio/pulmones				Hospitalizaciones previas			
Gastrointestinal/digestivo				Alergias: (especifique)			
Dermatológico/piel				Problemas del sueño: ronquidos			
Enfermedad autoinmunitaria				Dolores de cabeza frecuentes			
Obesidad				Lesiones graves			
Otro							

## Antecedentes de los familiares cercanos

Enfermedad	Sí	No	Si respondió sí, explique	Enfermedad	Sí	No	Si respondió sí, explique
Enfermedad cardíaca antes de los 55 años				Enfermedad autoinmunitaria			
Hipertensión arterial				Alergias			
Colesterol				Asma			
Enfermedad pulmonar				Eccema			
Diabetes				Defectos congénitos			
Cáncer				Neurológica			
Enfermedad de la tiroides				Desarrollo			
Trastornos hemorrágicos				Psiquiátrica			
Conductual				Otro			

## Antecedentes sociales

Estado civil de los padres	
Nombres, edades y sexo de los hermanos y hermanas	
¿Ha visitado Urgencias recientemente?	<b>Fecha y sitio:</b>
¿Alguien fuma en casa?	
Consultas periódicas con el dentista	
¿Ha estado expuesto al plomo?	

## Antecedentes del nacimiento

Peso al nacer		Edad gestacional?		¿Parto vaginal o cesárea?	
Nombre del Hospital		¿Adoptado, fecundación <i>in vitro</i> o madre sustituta?			
¿Alguna complicación?					
Mamá durante el embarazo	Fumó <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Consumió drogas o usó medicamentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Consumió bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

**Si el paciente se encuentra en un hogar de acogida temporal o tiene arreglos especiales de cuidado, tales como arreglos tutelares, por favor dígame al personal en qué podemos ayudarle.**



## CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, soy el padre, la madre o el tutor legal autorizado para dar consentimiento por parte del paciente mencionado anteriormente. Entiendo que, al firmar este documento, doy consentimiento general para que el paciente mencionado anteriormente reciba servicios de atención sanitaria por parte de *Valley Children's Primary Care Group*. Entiendo que puedo revocar este consentimiento general en cualquier momento. El consentimiento seguirá en vigor y vigencia hasta que sea revocado.

Además, reconozco que *Valley Children's Primary Care Group* puede solicitarme que repase y firme otros documentos de consentimiento informado antes de que el paciente mencionado anteriormente reciba determinados tratamientos o de que se someta a ciertos procedimientos. Antes de firmar otro documento de consentimiento, *Valley Children's Primary Care Group* me proporcionará toda la información relevante para decidir si dar consentimiento o no para el procedimiento o tratamiento recomendado para el paciente mencionado anteriormente. Entre dicha información se encuentra la siguiente: 1) la naturaleza del tratamiento recomendado; 2) los riesgos, las complicaciones y las ventajas previstas del tratamiento recomendado, así como las probabilidades de su eficacia; y 3) cualquier alternativa al tratamiento recomendado y los riesgos y las ventajas de los tratamientos alternativos.

He leído lo anterior y por la presente doy consentimiento general para que el paciente mencionado anteriormente reciba servicios de atención sanitaria por parte de *Valley Children's Primary Care Group*.

---

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha

---

Nombre en letra de molde

Fecha

## POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD ECONÓMICA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO MÉDICO



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor, enumere los tipos de cobertura de seguro médico que tiene y dele las tarjetas del seguro médico al recepcionista.

	Principal	Secundaria
Aseguradora		
Nombre del asegurado		
Fecha de nacimiento		
N.º de identificación seguro social		
N.º de póliza o de identificación		
N.º de grupo		
Parentesco con el paciente	<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor legal	

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE DATOS

- Por la presente autorizo el pago directamente a *Valley Children's Medical Group* de cualquier beneficio médico o quirúrgico pagadero a mí de acuerdo a las condiciones de mi póliza por los servicios prestados.
- Por la presente doy consentimiento para la divulgación de los datos económicos y sanitarios del paciente anteriormente mencionado con relación a la atención sanitaria, el tratamiento y los cobros con el propósito de tramitar todas las solicitudes para prestaciones del seguro médico.

### POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD ECONÓMICA

- Cada paciente es responsable de su propia cuenta de cobro. El copago debe pagarse en el momento del servicio.
- Como cortesía, la oficina enviará la solicitud de prestaciones a su aseguradora. El asegurado es responsable de proporcionar la información actualizada sobre cualquier cambio de aseguradora.
- El paciente es responsable de dar seguimiento con la aseguradora por pago moroso o impago relacionado directamente con la solicitud. Gustosamente le ayudaremos con cualquier problema de la recaudación de pagos. No obstante, tome en cuenta que el paciente es totalmente responsable del pago.
- Se cobrarán las siguientes tarifas:
  - \$15.00 de recargo por cada cheque devuelto por fondos insuficientes
  - \$20.00 de recargo por NO PRESENTARSE A SU CITA si no cancela por lo menos con 24 horas de antelación.
  - \$25.00 por rellenar la solicitud de Ausencia familiar y médica (FMLA por sus siglas en inglés) o cualquier otro formulario.
  - \$25.00 por preparar la historia clínica
- Los pagos a plazo deben consistir de una mensualidad mínima de \$25 y saldarse en el plazo de un año. La cuenta pasa a ser morosa después de 60 días de inactividad y se enviará a una agencia de cobranzas después de 90 días.
- Los pacientes recibirán una cuenta de cobro mensual solo si hay un saldo pendiente. Las cuentas que no hayan sido saldadas por el seguro médico pasarán a ser responsabilidad del paciente y usted recibirá el cobro. Se espera que todos los saldos adeudados por el paciente se salden en un plazo de 30 días del recibo del cobro.
- Para los pacientes que participan en un seguro médico escalonado (*Managed Care Plan*) usted tiene la responsabilidad de informarle al médico en cada consulta sobre las restricciones con respecto a las remisiones para servicio fuera de nuestras instalaciones. No se considerará a *Valley Children's Primary Care Group* responsable de los gastos incurridos por los servicios de cualquier remisión.
- Si en cualquier momento no le es posible cumplir con las políticas descritas anteriormente, deberá hacer arreglos con anticipación. Las solicitudes para otros métodos de pago se considerarán de forma individual. Se hará todo lo posible por llegar a un común acuerdo.

El abajo firmante reconoce y acepta que él o ella es la persona económicamente responsable a *Valley Children's Medical Group* por los servicios prestados. En caso de que se tomen medidas por parte de una agencia de cobranzas, el abajo firmante acepta y reconoce que él o ella será responsable de cualquier gasto legal incurrido. He leído la política expuesta en este documento y acepto cumplir con sus normas.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, la madre o la parte responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

# AUTORIZACIÓN PARA QUE UN REPRESENTANTE OTORGUE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO



Yo, \_\_\_\_\_ (nombre completo del padre, la madre o el tutor legal), el padre, la madre o el tutor legal de

- |                                      |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|
| 1. _____<br>Nombre completo del niño | _____<br>Fecha de nacimiento |
| 2. _____<br>Nombre completo del niño | _____<br>Fecha de nacimiento |
| 3. _____<br>Nombre completo del niño | _____<br>Fecha de nacimiento |
| 4. _____<br>Nombre completo del niño | _____<br>Fecha de nacimiento |

autorizo a,

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 1. _____<br>Nombre completo del cuidador | _____<br>Parentesco con el paciente |
| 2. _____<br>Nombre completo del cuidador | _____<br>Parentesco con el paciente |
| 3. _____<br>Nombre completo del cuidador | _____<br>Parentesco con el paciente |

a solicitar, obtener y dar consentimiento para atención médica y tratamiento habitual y de urgencia, procedimientos y vacunaciones para mi(s) hijo(s) mencionado(s) anteriormente según lo considere necesario un profesional sanitario autorizado legalmente a ejercer la medicina. Esta autorización es para el período de tiempo en que mi hijo se encuentre en el cuidado de la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente y entra en vigencia el \_\_\_\_\_ (fecha). Puedo revocar y modificar este consentimiento en cualquier momento.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre, la madre o el tutor en letra de molde    Firma del padre, la madre o el tutor    Fecha**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre, la madre o el tutor en letra de molde    Firma del padre, la madre o el tutor    Fecha**  
*(Solo firme y escriba la fecha si no ha habido ningún cambio desde el año pasado)*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre, la madre o el tutor en letra de molde    Firma del padre, la madre o el tutor    Fecha**  
*(Solo firme y escriba la fecha si no ha habido ningún cambio desde el año pasado)*

\_\_\_\_\_  
**Firma del personal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**





## Valley Children's Healthcare

### Acuso de recibo del Aviso de Prácticas de la Confidencialidad

Acuso recibo del Aviso de Prácticas de la Confidencialidad de Valley Children's Healthcare.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ de la mañana o de la tarde

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(Paciente o representante legal)

Firma: \_\_\_\_\_

Indique su parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Los padres se negaron a firmar

No se obtuvo la firma

**For Office Use**

Notation placed in EMR on \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_