



Consentimiento e Información de Nuevo Paciente

Cual es el motivo de su visita hoy?						
Información del Paciente						
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento / /	Edad	Numero de Seguridad Social - -	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio de Casa				Apt #	Ciudad, Estado, Código Postal	
Correo Electrónico			Teléfono Primario	<input type="checkbox"/> Casa	Se puede dejar mensaje?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Celular						
Empleador (o empleador padre / tutor si el paciente es menor de edad)				Teléfono		
Proveedor de Atención Primaria (adónde va para su atención médica de rutina)				<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Pro Salud Medical Center		
Idioma Principal				<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco Raza <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino						
Información de Emergencia						
Nombre			Teléfono		Relación	
Garante/Responsable (persona responsable del pago)						
Nombre Legal del Responsable				Numero de Seguridad Social - -		Fecha de Nacimiento / /
Farmacia Preferida						
Nombre de Farmacia				Ubicación de la Farmacia		
Información del Seguro						
Primaria Compañía de Seguro			Numero de Póliza		Numero de Grupo	
Nombre del Asegurado			Fecha de Nacimiento Asegurado / /		Relación	
Domicilio de Compañía de Seguros			Teléfono			
Seguro Secundario						
Seguro Secundario			Numero de Póliza		Numero de Grupo	
Nombre del Asegurado			Fecha de Nacimiento Asegurado / /		Relación	
Domicilio de Compañía de Seguros			Teléfono			

Consentimiento e Información de Nuevo Paciente

Compensación de Trabajadores	Es su visita hoy para un reclamo de compensación para trabajadores? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dirección de Facturación de Compensación Laboral _____	
Por la presente autorizo a Pro Salud Medical Center a hablar con un especialista en rehabilitación, mi empleador, mi compañía de seguros u otros profesionales involucrado en mi cuidado de rehabilitación, con respecto a mis registros médicos y el tratamiento que he recibido o recibiré.	
X _____ Firma del paciente o persona autorizada	_____ Fecha

Información sobre Accidentes/Lesiones	No Aplica <input type="checkbox"/>
¿Dónde ocurrió la lesión? (ejemplo: parque) _____	
¿Fue golpeado por un objeto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿qué tipo de objeto? _____	
¿Dónde caíste? (ejemplo: cocina, baño, garaje) _____	
¿De dónde te caíste? (ejemplo: escalera, techo, escalones) _____	
Si tuvo un accidente automovilístico, ¿fue usted el conductor o el pasajero? _____	

Autorización para la Divulgación de Información
¿Podemos dejar los resultados de las pruebas o la información de referencia en un correo electrónico o buzón de voz? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Quién puede recibir información en su nombre sobre pruebas o referencias? Nombre: _____

Consentimiento del Paciente para el Tratamiento
1. Doy mi consentimiento voluntario para todos y cada uno de los tratamientos de atención médica y procedimientos de diagnóstico proporcionados por Pro Salud Medical Center y sus médicos asociados, clínicos y otro personal. Soy consciente de que la práctica de la medicina y otros cuidados de la salud profesiones no es una ciencia exacta y además declaro que entiendo que no se ha hecho ni se puede garantizar ninguna garantía a los resultados de los tratamientos o exámenes en Pro Salud Medical Center.
2. Acepto ser contactado por correo electrónico o SMS con información relacionada con mi visita, como: una invitación al portal del paciente, una encuesta de satisfacción posterior a la visita, recordatorios de citas o chequeos, consejos de salud o nuevos servicios relacionados conmigo o con mi familia.
3. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida o la del paciente con el fin de obtener el pago de los servicios prestados a mí o al paciente, tratamiento y operaciones de atención médica de conformidad con el Aviso de prácticas de privacidad de Pro Salud Medical Center.
4. Autorizo el pago de beneficios médicos a los médicos de Pro Salud Medical Center o su designado por los servicios prestados.
5. Doy permiso para obtener todo mi historial de medicamentos / recetas cuando utilizo un sistema electrónico para procesar recetas para mi tratamiento médico.

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y Aviso de política financiera. Si No Iniciales: _____

X _____
Firma del paciente o persona autorizada Fecha