

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE (eCW)

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(En letra de imprenta)

Nombre legal del paciente: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

Nombre completo preferido (si es diferente del anterior): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono particular (línea fija): \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Identidad de género:  Mujer  Hombre  Categoría de género adicional no incluida en la lista \_\_\_\_\_

Raza:  Indio americano/nativo de Alaska  Asiático  Nativo de Hawaii/isleño del Pacífico  Negro/afroamericano  Blanco

Hispano  Elige no especificar  Otro que no figura en la lista \_\_\_\_\_

Etnia:  Hispano o latino  No hispano o latino  Elige no especificar

**Idioma** preferido:  Inglés  Español  Otros que no figuran en la lista \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del paciente: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (si no es el paciente)

(Información utilizada para los estados de cuenta del paciente)

Parte responsable:  Otro paciente  Garante  El paciente mismo  Marque aquí si la información de dirección y teléfono es la misma que la del paciente

Nombre de la parte responsable: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: DD \_\_\_/MM \_\_\_/AAAA \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

Número de Seguro Social de la parte responsable: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO:** Presente sus tarjetas de seguro (primario, secundario, etc.) en la recepción al ingresar.

### INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Tiene un testamento en vida?  Sí  No

Relación del contacto de emergencia con el paciente: \_\_\_\_\_  Tutor

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad, estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

AL PACIENTE: Como paciente, usted tiene derecho a recibir información sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico que se va a utilizar, para que pueda tomar una decisión sobre si someterse o no a un tratamiento o un procedimiento después de conocer los riesgos y peligros que implica. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un intento de obtener su permiso a fin de realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento o el procedimiento adecuados para cualquier afección identificada.

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) es su intención que este consentimiento continúe vigente, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento y (2) autoriza el tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene derecho a discontinuar los servicios en cualquier momento.

Usted tiene derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le sea indicada. Si tiene alguna inquietud sobre alguna prueba o tratamiento que haya indicado su proveedor de atención médica, le recomendamos hacer preguntas. Voluntariamente solicito a un médico o proveedor de nivel medio (enfermero practicante, asistente del médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según sea necesario, que realicen el examen médico, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios para la afección por la que busqué atención médica en este consultorio. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de realizar las pruebas o los procedimientos.

Certifico que leí y entiendo plenamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento pleno y voluntario a su contenido.

Firma del paciente o representante personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante personal en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Vínculo con el paciente: \_\_\_\_\_