



Patient ID: \_\_\_\_\_

**Forma de Registro:**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección (Calle o PO Box): \_\_\_\_\_

Dirección para enviar correo: \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_ Soltera(o) \_\_\_\_ Casada(o) \_\_\_\_ Divorciada(o) \_\_\_\_ Viuda (o) \_\_\_\_ Union Libre \_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Información de Trabajo**

Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia**

Nombre Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono : \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para ser contactado por cualquiera de los siguientes métodos, para mercadotecnia, visitas preventivas, nuevos servicios, ofertas y/o promociones.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mensajes de Texto        | <input type="checkbox"/> Correo Electrónico | <input type="checkbox"/> Correo                            |
| <input type="checkbox"/> Mensajes de Voz grabados | <input type="checkbox"/> Llamada Telefónica | <input type="checkbox"/> Material de ofertas y promociones |

**Consentimiento para tratar al Paciente**

Por medio de la presente, autorizo a empleados y agentes de Topcare Medical Group, Inc / MD Medical Group Incluyendo a médicos, asistentes médicos, enfermeros y otros empleados) a proveer evaluaciones y cuidados médicos al paciente mencionado a continuación. Entiendo que un asistente médico/enfermo(a) no es un medico. También entiendo que un asistente médico o enfermo(a) es personal graduado de programas certificados y que el Consejo del Estado les otorgó una licencia. Bajo la supervisión de un médico, un asistente médico/enfermo (a) puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas, así como también brindar cuidado del mantenimiento de la salud. La supervisión no requiere la presencia física del médico supervisor. Entiendo que en cualquier momento puedo negarme a ser atendido por un asistente médico o enfermo(a) y solicitar ser visto por un medico.

La duración de este conocimiento es indefinida y continua hasta ser revocado por escrito. Entiendo que al no firmar este consentimiento, no se le brindara atención médica al paciente a menos de tratarse de un caso de emergencia.

**Farmacia de su preferencia**

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**Consentimiento de Prescripciones Médicas**

Las Transacciones del Historial de Medicamentos provee al proveedor de Salud información correspondiente a las prescripciones actuales y pasadas. Esto permite al personal, estar mejor informados acerca de situaciones con los medicamentos y el uso de información para mejorar la seguridad y calidad de la atención. Esto incluye: apego a regímenes prescritos, intervenciones terapéuticas, interacciones entre fármacos y alergias, reacciones adversas y tratamientos duplicados.

La información del historial de medicamentos puede incluir medicamentos prescritos por tu proveedor de Salud en Topcare Medical Group, Inc (MDMG), así como otros proveedores de Salud involucrados en su cuidado y farmacias. Puede incluir información delicada, como, pero no limitada a, medicamentos relacionados con la salud Mental, enfermedades de transmisión sexual/venéreas, aborto(s), violaciones, abuso de sustancias (drogas y alcohol), enfermedades genéticas y VIH/SIDA. Como parte de esta forma de Consentimiento, usted específicamente acepta la liberación de esta y otra información sobre su salud.

**Responsabilidad Financiera**

Por medio de la presente autorizo y asigno el pago de beneficios médicos directamente a Topcare Medical Group, Inc (MD Medical Group – MDMG). Autorizo la liberación de información médica a la compañía de seguro médico y sus agentes para determinar los beneficios o beneficios por pagar por el servicio correspondiente. Entiendo que aun cuando tenga cierta cobertura por el seguro médico, soy responsable por el pago y debe ser realizado al momento de la petición. Entiendo también que si mi cuenta llegara a incurrir en morosidad (retraso o devolución), soy responsable de pagar tarifas de abogados o gastos de colección de MDMG, en caso de existir, incluyendo, pero sin limitar, una tarifa de colección de hasta 25% de la deuda, asignada a mi cuenta a una agencia de colecciones. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta ser revocado por escrito. Entiendo que, al no firmar, soy responsable del pago de servicios en su totalidad antes de que se presten los servicios.

**Aviso de Practicas de Privacidad de MDMG**

La ley de Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en ingles) y la ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH, por sus siglas en ingles), son regulaciones gubernamentales diseñadas para asegurar la privacidad y seguridad de la Información Protegida del Paciente (PHI, por sus siglas en ingles). Estas aseguran que el paciente este consciente de sus derechos y conocer el como se puede usar su información médica para su cuidado médico.

MDMG le está brindando este Aviso de Practicas de Privacidad, las cuales se encuentran disponibles en copia impresa o en el sitio oficial de la compañía (www.mdmedicalgroup.us). Aquí se muestra información sobre MDMG y los proveedores médicos podrán usar y/o divulgar información protegida sobre su salud y su tratamiento, pagos y lo permitido por ley. Al firmar esta forma, confirmo de recibido el aviso de Practicas de Privacidad de MDMG.

**Comunicación de Información Protegida del Paciente (HPI, por sus siglas en inglés)**

Yo doy mi consentimiento para que se deje información detallada sobre mi salud por los siguientes medios:

 Mensaje de voz en mi: Casa  Trabajo  Teléfono Celular\_\_\_\_\_  
(Código lada y número) Mensaje verbal con otra persona:

Nombre

\_\_\_\_\_  
(Código Lada y número)**Patient Portal**

MDMG cuenta y ofrece distintas maneras para comunicarse con nuestros pacientes, ya que estamos interesados en proveer un cuidado completo de su salud. Utilizamos Utilizamos *Health and Online Wellnes Portal* para establecer un medio de comunicación fácil y mejor entre usted y su proveedor de Salud.

 Sí, quiero que se me comunique mi información a través de un sistema seguro, diseñado para almacenar i información con seguridad. Seré notificado vía correo electrónico cuando haya información para revisar. No quiero usar comunicación electrónica como un medio de comunicación de mi información.

Por medio de esta firma, entiendo que e recibido lo siguiente de MDMG: Consentimiento para tartar al paciente, responsabilidad financiera, notificacion de privacidad y formas de comunicarse. La duracion de este consentimiento es indefinido y continuara hasta que yo lo revoque por escrito. Yo entiendo que al firmar yo me hago responsable de el pago complete antes de que lo servicios se hagan.

\_\_\_\_\_  
**Nombre de Paciente**\_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente, Firma de Padres, o Guardian Legal**\_\_\_\_\_  
**Fecha**