



## Registración de Paciente Menor ¿Como supo de Railyard Urgent Care?

- De boca en boca   
  SF Reporter   
  SF New Mexican   
  Radio  
 Yahoo!   
  Bing   
  Facebook   
  Google   
  Yelp   
  Pasando

Apellido:		Nombre:		Inicial:		Fecha de Nacimiento:	
Seguro Social #:			Genero:	Estado Civil:		Raza:	Etnia
Dirección de correo:				Ciudad:	Estado:		Código Postal:
Teléfono de Casa #:				Teléfono Móvil #:			
<b>Contacto de Emergencia:</b> Nombre				<b>Número de teléfono #:</b> Relación con el paciente:			
Email:		Lenguaje Preferido:			¿Necesita Interprete?		
Farmacia Preferida:		Dirección de Farmacia:			Médico de atención primaria:		

Motivo por su visita hoy:
---------------------------

### Historia Medica y Vacunas

¿Algún viaje fuera del país en los últimos 60 días? <b>S/N</b> A dónde?		
¿Estuvo expuesto a Zika y o Ébola? <b>S/N</b>		
Cirugías:		
Hospitalizaciones: <b>S/N</b>	Razón:	Fecha:
Historia medica familiar de los Padres Hermanos, Abuelos		
¿Están las vacunas al corriente?		
¿Alguna infección respiratoria que le dieron antibiótico? <b>S/N</b>		Fecha:

### Medicina actual incluyendo suplementos

Nombre de Medicamento	Cantidad y Frecuencia	Razón de uso

¿Algún tipo de alergia?	Reacción a la alergia:
-------------------------	------------------------

### Pacientes Femeninas

¿Ya empezó su menstruación? <b>S/ N</b>	¿Cuándo fue su último periodo?    /    /
---	--

**Por favor firme abajo para indicar que ha llenado el formulario de la mejor manera posible.**

## Historia Social

Arreglos de vivienda:			
¿Tiene usted alguna deseabilidad? <b>S/N</b>		Por favor de especificar:	
¿Se siente Seguro en su ambiente? <b>S/N</b>			
<b>Uso de tabaco:</b> Nuca Actual, cuantos al día: Pare:	<b>Masticar:</b> # de anos: ¿Cuando?	<b>Consumo de alcohol:</b> ¿Qué tan seguido? ¿Cuántas bebidas? # de anos:	<b>Consumo de Drogas: S/N</b> ¿Tipo?
¿Esta sexualmente activo? <b>S/N</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Homosexual		¿Usa algún tipo de protección? <b>S/N</b> Tipo: Alguna enfermedad de transmisión sexual:	

## Pacientes Femeninas

¿Ya empezó su menstruación? <b>S/N</b>	¿Cuándo fue su último periodo?    /    /
--	--

Gracias por su tiempo y paciencia en completar este formulario. Esta información que nos proporcionó nos ayudara con su diagnóstico y determinación de su tratamiento médico. Por favor firme abajo para indicar que ha llenado el formulario de la mejor manera posible.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Representante del paciente (Letra de molde: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_



## Consentimiento para tratar a pacientes menores

Yo, \_\_\_\_\_, tutor legal de \_\_\_\_\_, nacido el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, por la presente consiento a cualquier cuidado médico determinado por el médico que sea necesario para el bienestar del niño mientras dicho niño está bajo el cuidado de Railyard Urgent Care.

Por favor de nombrar a las personas que puedan traer al paciente a la clínica para recibir cuidados médicos,

Nombre	Relation con el Paciente	Numero de Teléfono

Entiendo Que:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito a la dirección de Railyard Urgent Care que se menciona arriba. Mi revocación no se aplicará a la información ya retenida / utilizada / o revelada en respuesta a esta autorización. A menos que sea revocada antes, esta autorización expira un año (12 meses) a partir de la fecha de la firma

Firma de padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

**\* Por favor, solicite liberación adicional según sea necesario**





## Forma De Responsabilidad Fiscal Del Paciente

Gracias por elegir Railyard Urgent Care para sus necesidades médicas usted. Estamos comprometidos a proporcionar que con la calidad de la asistencia sanitaria más alto. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer su comprensión de nuestras políticas financieras de los pacientes.

### Responsabilidades Financieras Del Paciente

- El paciente (o tutor del paciente, si es menor de edad) es el responsable último responsable del pago para el tratamiento y cuidado.
- Le enviaremos la factura de su seguro para usted. Sin embargo, se requiere el paciente para proporcionar el más correcto y actualizada información sobre los seguros.
- Pacientes son responsables del pago de co paga, coseguro, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos que no estén cubiertos por su plan de seguro.
- Có-pagos son debidos en el momento del servicio.
- Có seguro, deducibles y artículos no cubiertos son por 30 días desde la recepción de la factura.
- El paciente puede incurrir, y son responsables por el pago de cargos adicionales, en su caso. Estos cargos pueden incluir:
  - Cargo por cheques devueltos **\$30.00**
- Usted puede llegar a ser responsable de los gastos médicos del tratamiento de la enfermedad o condición con el proveedor enumeran a continuación si:

(1) Usted no puede ejercer la reclamación de indemnización de los trabajadores o

(2) Está determinada por la Junta de Compensación de los Trabajadores de que la enfermedad o

(3) Si un acuerdo es ejecutado por usted y aprobada conforme a la Ley de Compensación para Trabajadores 32 En el que renuncia a su derecho a los beneficios médicos de compensación para trabajadores portadora/empleador auto asegurado para tratamiento/servicios prestados después de la fecha en que el acuerdo es aprobado. Si se presenta cualquiera de los eventos anteriores, el proveedor puede cobrarle directamente en lugar de la empleador o compañía de seguros, y usted será responsable de los honorarios del proveedor de servicios rendido.

- Con mi firma, autorizo asignación de beneficios financieros directamente a Railyard Urgent Care y cualesquiera entidades de salud asociados por servicios prestados como permitida por tercera norma contratos partido. Entiendo que soy financieramente responsable de los gastos no cubiertos por esta asignación.

Firma de padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_



## Reconocimiento a los derechos del paciente

Patient Name (Please Print): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Requerido por las leyes de privacidad y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA): Este aviso describe cómo puede usarse y comunicarse la información sobre su salud como paciente de Railyard Urgent Care y de cómo tienen acceso a sus registros individuales. Por favor revise este aviso cuidadosamente. Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso más actual en cualquier momento. El siguiente es un breve resumen de cómo podemos utilizar y compartir su información:

**Tratamiento:** Continuación de su tratamiento, como referencias a otros proveedores de cuidados médicos, incluyendo a su Doctor de cuidados primarios para que le aconseje sobre el tratamiento dado en esta clínica, y para informarle sobre las posibles opciones de tratamiento o alternativas. Y para informarle de los beneficios o servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés.

**Pago:** Para facturar y cobrar por los servicios prestados, como compañías de seguros, terceros que pueden ser responsables de los pagos, y fracturarle directamente. Si es necesario, para servicios y artículos de otros proveedores de servicios de salud y entidades para ayudar en sus esfuerzos de facturación y recolección.  
**Operaciones de atención médica:** Para ayudarnos a evaluar la calidad de la atención que recibió, y llevar a cabo análisis de costos / pérdidas y planificación de negocios.

**Información del paciente:** Con su permiso por escrito, podemos comunicar su información a otras personas involucradas en su cuidado, como miembros de la familia, cuidadores, tutores. Se le proporcionará un formulario de consentimiento separado si desea comunicar su Información para una persona en específica.

**Información dada por ley:** Para riesgos de salud pública tales como mantener registros vitales, denunciar cualquier tipo de abuso, prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, notificar a las personas de enfermedades transmisibles, reacciones a drogas o problemas con dispositivos o productos, compensación del trabajador por cobertura de lesiones relacionadas con el trabajo. actividades de supervisión de la salud, pueden incluir auditorías de las compañías de seguros, Inspecciones, licencias o acciones disciplinarias, cumplimiento de la ley de derechos civiles y los sistemas de salud en general.

**Demandas / Ejecución de la ley:** en respuesta a una orden judicial o citación judicial, los abogados (con la liberación de información firmada) si usted está involucrado en una demanda; Con respecto a una víctima de delito en ciertas situaciones; Relativa a la muerte por conducta delictiva; Delitos cometidos en nuestra propiedad; en una emergencia; Al médico forense; Para las directrices de donación de órganos o tejidos; Amenazas graves para la salud o la seguridad; A las instituciones penitenciarias o a las fuerzas del orden si usted es un preso.

Usted tiene derechos con respecto a su Información de Salud Protegida:

1. Derecho de solicitar restricciones
2. Derecho a una copia de nuestras Prácticas de Privacidad Completas
3. Derecho a presentar una solicitud por escrito para su expediente médico
4. Derecho de solicitar una enmienda a su información de salud
5. Derecho de solicitar una contabilidad de divulgaciones de su información de salud
6. Derecho a presentar una queja
7. Derecho de proporcionar autorización para otros usos

Usted ha tenido la oportunidad de revisar / recibir una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de esta oficina. Entiendo que la información de mi salud puede comunicarse o utilizarse para propósitos de tratamiento, pagos o operaciones de atención médica. Entiendo que puedo solicitar una copia del aviso de privacidad de esta clínica en cualquier momento. Entiendo que tengo el derecho de restringir la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento. La clínica puede condicionar la recepción del tratamiento basado en la ejecución de este consentimiento.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso, comuníquese con la Gerente de la clínica 505-501-7791

Firma de padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_



## Autorización para Liberar I información de Salud Individual

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_

Solicito acceso a lo siguiente de mi historial médico de salud del

Día: \_\_\_\_\_ al Día: \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso                  | <input type="checkbox"/> Vacunas                  |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología/Laboratorios | <input type="checkbox"/> Todo el historial medico |
| <input type="checkbox"/> Reportes y Rayos X                 | <input type="checkbox"/> Examen Físico            |
| <input type="checkbox"/> Resúmenes de visitas con el Dr.    | <input type="checkbox"/> Exámenes de Drogas       |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación           | <input type="checkbox"/> Otro _____               |

creado por el proveedor nombrado a continuación y mandado al destinatario que se menciona:

Release Records From:	Release Records To:
<b>Railyard Urgent Care</b>	Name:
<b>831 So. St. Francis Drive</b>	
<b>Santa Fe, New Mexico, 87505</b>	
<b>Phone: 505-501-7791</b>	Phone:
<b>Fax: 505-501-7792</b>	Fax:

Razón por la solicitud:

- Solicitud del paciente     Continuación de tratamiento     Probatorio/Parole

Entiendo:

● Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito a la dirección de Railyard Urgent Care que se menciona arriba. Mi revocación no se aplicará a la información ya retenida / utilizada / o revelada en respuesta a esta autorización. A menos que sea revocada antes, esta autorización expira un año (12 meses) a partir de la fecha de la firma

● Si los registros médicos incluyen información sobre la detección de drogas, entiendo que esta categoría de información médica está protegida por las reglas de Confidencialidad Federal (42CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben que cualquier persona que reciba esta información haga una nueva liberación a menos que se autorice expresamente una nueva autorización por escrito de la persona a la que pertenece.

Firma de padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Representante del paciente: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

**\*Por favor, solicite liberación adicional según sea necesario**