

**REGISTRO DE PACIENTES (RELLENAR POR AMBOS LADOS)**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (rellenar con bolígrafo azul o negro). Padres: <b>llenen este formulario como si estuvieran respondiendo por su hijo.</b>							
Fecha de hoy		Apellido		Primer nombre		I.S.N	
Fecha de nacimiento			Número de Seguro Social (obligatorio)		-	-	
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/M a H <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/H a M <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Elige no decirlo							
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer							
¿Cómo se identifica en términos de orientación sexual? <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Elige no revelarlo							
Dirección					Apartamento/Unidad n.º		
Dirección postal							
Ciudad			Estado		Código postal		
Teléfono del hogar			Teléfono del trabajo		Teléfono celular		
La comunicación puede incluir recordatorios de citas, avisos, comentarios e información médica. Indique sus preferencias de comunicación a continuación.							
¿Podemos dejar mensajes telefónicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, <u>MARQUE CON UN CÍRCULO EL MEJOR NÚMERO DE LOS QUE INDICÓ ANTERIORMENTE PARA QUE LO USEMOS.</u>							
¿Podemos enviar correspondencia a la dirección que indicamos anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Vive en los límites de la ciudad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Podemos enviarle mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Número de teléfono para enviar mensajes de texto:			
¿Podemos enviarle mensajes al correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Correo electrónico:			
Nombre del padre/de la madre o tutor					¿Parentesco?		
Nombre del padre/de la madre o tutor					¿Parentesco?		
Responsabilidad de la custodia <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Exclusiva _____ <input type="checkbox"/> Otra ( <i>explique</i> ) _____							
Si el paciente tiene 18 años o menos, indique el nombre de soltera de la madre:							
Raza <i>(Seleccione todas las que correspondan)</i>		<input type="checkbox"/> Afroamericano /Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de EE. UU.: afiliación tribal _____ <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> <i>Prefiere no decirlo</i>					
Etnia		<input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No latino/hispano <input type="checkbox"/> <i>Prefiere no decirlo</i>			Idioma preferido:		
Estado civil		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Con pareja <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo					
Estatus de vivienda		<input type="checkbox"/> No está sin hogar <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Vivienda compartida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Vivienda de transición				¿Con quién vive?	
Estado militar		¿Está en servicio activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    ¿Es veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Situación de empleo		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Migrante/de temporada <input type="checkbox"/> Estudiante, ¿a qué escuela asiste? _____					
Empleador			Ocupación				
Directivas anticipadas		¿Tiene algunas directivas anticipadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			En caso negativo, ¿desea información al respecto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Es importante que recibamos una copia del anverso y del reverso de su(s) tarjeta(s) de seguro para garantizar que se emita la factura de manera correcta. Entregue sus tarjetas al personal de la recepción o puede enviar las copias

CONTACTO DE EMERGENCIA				
Nombre			Parentesco	
Teléfono del hogar		Teléfono celular		Ciudad/Estado
<b>GARANTE</b>				
¿Quién es el responsable financiero de este paciente?				
¿Cuál es su dirección?	¿La misma del paciente? <input type="checkbox"/> Si no es así, ¿cuál es? Indíquela a continuación.			
Dirección postal: _____		Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____

por correo electrónico a [billing@axishealthsystem.org](mailto:billing@axishealthsystem.org).

COBERTURA DEL SEGURO			
Seguro primario		Seguro secundario	
Nombre del seguro:		Nombre del seguro:	
Nombre del suscriptor:		Nombre del suscriptor:	
Parentesco con el paciente:		Parentesco con el paciente:	
N.º de identificación del afiliado:		N.º de identificación del afiliado:	
Número de grupo:		Número de grupo:	
Fecha de entrada en vigor:		Fecha de entrada en vigor:	
Dirección de reclamos:		Dirección de reclamos:	

Axis Health System se compromete a garantizar su acceso a nuestros servicios. Como organización sin fines de lucro recibimos fondos de fuentes de financiamiento locales, estatales, federales y subvenciones, y estamos obligados a recopilar la información financiera de nuestros pacientes para seguir recibiendo este financiamiento.

Si nos proporciona los ingresos de su familia a continuación, también podremos ayudarlo a determinar si es elegible para una variedad de beneficios de salud adicionales. En muchos casos, nuestro personal puede ayudar a los pacientes que califican con el proceso de inscripción o evaluación. Algunos de estos son:

- Tarifas reducidas para los pacientes que califican y que no pueden pagar la tarifa completa de los servicios. Axis Health System ofrece una escala de descuentos basada únicamente en los ingresos y el tamaño de la familia.
- Servicios especiales subvencionados.
- Cobertura de atención médica financiada con fondos públicos, como Medicaid o Child Health Plan Plus (CHP+).

Si se niega a proporcionar esta información financiera, es posible que no pueda recibir ayuda financiera para su atención. Toda la información que proporcione será confidencial.

Ingresos anuales totales del hogar	\$ _____	Número de personas en el hogar	_____	Número de personas menores de 18 años de las que el paciente es responsable	_____
------------------------------------	----------	--------------------------------	-------	---	-------

Al firmar a continuación, doy fe de que la información de registro anterior es verdadera y exacta.

Firma del paciente o del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Confirmación de la información recibida y Consentimiento para evaluación y tratamiento integrados

Axis Health System (AHS) se adhiere a todos los reglamentos estatales y federales que rigen el acceso, la protección, la divulgación y el uso de su información médica contenida en nuestros expedientes. Esta información también está a su disposición en el Manual del Paciente. He leído los siguientes avisos relacionados con el uso, la divulgación, el acceso y las protecciones asociadas a mi expediente médico. Entiendo que esta especialidad participa en el Intercambio de Información Médica (Health Information Exchange, HIE) electrónico y por la presente autorizo la divulgación de los expedientes médicos al HIE en favor de mi atención y según sea necesario para procesar los reclamos relacionados con mi atención. Actualmente mis resultados de laboratorio se intercambian rutinariamente en el HIE. También entiendo que los detalles respecto a la protección de la privacidad de mi expediente están contenidos en el *Aviso de Prácticas de Privacidad* de AHS. Esta y la siguiente información está disponible para mí tanto por vía electrónica a través de una solicitud de correo electrónico, en el sitio web de AHS [www.axishealthsystem.org](http://www.axishealthsystem.org) como a través de la solicitud de una copia impresa en cualquiera de nuestras clínicas:

**Política de citas médicas**  
**Política de quejas de salud del comportamiento**  
**Aviso de prácticas de privacidad**  
**Cómo elegir un proveedor de atención médica**

**Política de quejas médicas**  
**Derechos y responsabilidades del paciente**  
**Directivas anticipadas**  
**Manual del Paciente**

*Por la presente doy mi consentimiento para la realización del tratamiento, incluidas las pruebas, los procedimientos y los medicamentos, según lo indicado por el personal de Axis Health System. Entiendo que mi tratamiento tendrá más posibilidades de éxito si participo en su planificación y coopero con las recomendaciones profesionales que se me proporcionen. Entiendo que puedo rechazar cualquier servicio o tratamiento, y esto no pondrá en peligro mi condición de paciente de Axis Health System si tengo un consentimiento válido para el tratamiento. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito; sin embargo, si decido revocar mi consentimiento para el tratamiento, Axis Health System suspenderá inmediatamente la prestación de los servicios. Además, al firmar, confirma que ha leído o tiene acceso a los documentos mencionados anteriormente.*

Firma del paciente o del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

**Tenga en cuenta lo siguiente en relación con el tratamiento:** el personal de AHS dependerá de las declaraciones del paciente, de la información proporcionada en su historial médico y de otra información disponible para evaluar el estado del paciente y decidir el mejor tratamiento. Algunos servicios en AHS pueden proporcionarse con equipos de telemedicina e implicar la interacción con proveedores que no están físicamente en la clínica para su cita. Estas sesiones se transmiten a través de líneas dedicadas seguras de alta velocidad y no se graban en video, no se envían por internet ni se guardan de ninguna manera. Sin embargo, la información relevante de su visita se documentará en sus expedientes médicos, al igual que si el proveedor hubiera estado presente físicamente. El personal médico le explicará los beneficios y los riesgos del tratamiento. Si no tiene claridad respecto a su tratamiento o a la protección de sus expedientes, no dude en hacer preguntas en cualquier momento.

**Tenga en cuenta lo siguiente en relación con sus expedientes y reclamos:** estamos obligados a informarle que, si presenta un reclamo, sus expedientes no se podrán conservar por más de siete años y, por tanto, no estarán disponibles para su revisión con respecto a dichos reclamos.

**ACCESO PROTEGIDO Y LIMITACIONES DE DIVULGACIÓN ASOCIADAS:** existen limitaciones en el acceso a la información del paciente y a su divulgación que se basan en el tipo de tratamiento o en la edad del paciente en cuestión. La información médica del paciente está protegida de forma diferente en las siguientes circunstancias:

**Pacientes menores de edad:** AHS no divulgará los expedientes de salud protegidos de un niño menor de edad a los padres o al tutor si hay alguna acción legal que implique una determinación de los mejores intereses del niño menor de edad debido a que este tiene derecho a comunicaciones privilegiadas y confidenciales en relación con ese tipo de acción, a menos que AHS reciba una renuncia válida al privilegio del niño menor de edad o una orden judicial. Si el niño menor de edad tiene doce años o más, AHS, a petición de uno de los padres o del tutor legal, sin el consentimiento del niño menor de edad, puede informarles a los padres o al tutor legal únicamente sobre los servicios prestados o necesarios. La divulgación de esta información respecto a los servicios no se considerará una renuncia del menor a su derecho a las comunicaciones privilegiadas y confidenciales ni al deber de confidencialidad de AHS. Se puede notificar a los padres o al tutor legal sin el consentimiento del niño menor de edad si, según la opinión de los profesionales, el menor es incapaz de gestionar su cuidado o tratamiento, y se les notificará a los padres o al tutor legal cada vez que un menor exprese su intención de suicidarse.

## Consentimiento informado y expectativas del paciente de telesalud

Para participar en un servicio de telesalud mediante un software de audio o visual, como paciente de AHS debe dar su consentimiento y comprender las expectativas de AHS.

### Privacidad

La telesalud es un servicio que presta un proveedor de atención médica mediante tecnologías electrónicas de información y comunicación (como videoconferencias, aplicaciones para teléfonos inteligentes o, en este caso, conversaciones telefónicas) para brindar atención a una persona cuando esta se encuentra en un lugar distinto al del proveedor. Las leyes de privacidad que protegen la información de salud también se aplican a este tipo de consultas. Axis Health System (AHS) cumple con todos los reglamentos de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y la Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) exigidos por el gobierno federal y con las directrices de la Oficina de Derechos Civiles relacionadas con estos servicios ofrecidos a través de métodos de telesalud. AHS utiliza el software Lifesize para facilitar la prestación de los servicios de telesalud.

### Entiendo la naturaleza de una consulta de telemedicina:

- 1) Se hablará sobre los detalles de mi historial médico, lo que incluye radiografías, resultados de las pruebas, etc., y es posible que se realice un examen físico.
- 2) Se pueden tomar videos, audios o fotografías para ayudar a mi diagnóstico, tratamiento o remisión.
- 3) Tendré la oportunidad de conversar con el proveedor acerca de los riesgos, las consecuencias y los beneficios del uso de los servicios de telesalud, así como de consultarle acerca de cualquier tratamiento o procedimiento propuesto.

### Como paciente entiendo que tengo derecho a:

- 1) retirar mi consentimiento para el uso de los servicios de telesalud durante mi atención en cualquier momento, sin que ello afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento más adelante;
- 2) revocar mi consentimiento oralmente o por escrito en cualquier momento poniéndome en contacto con mi proveedor. Si este consentimiento está vigente y no ha sido revocado, mi proveedor de AHS puede prestarme los servicios de telesalud;
- 3) acceder a cualquier dato de mi información médica protegida proporcionada durante estos servicios.

### Como paciente entiendo que AHS espera que:

- 1) sea responsable de mantener la confidencialidad de todo lo que escuche durante esta sesión y de no compartirlo con ninguna persona que no sea mi proveedor. Entiendo que es mi responsabilidad procurar que el lugar en el que estoy recibiendo estos servicios es seguro para garantizar que otras personas no puedan escuchar lo que se dice durante la prestación del servicio.
- 2) el lugar en el que estoy recibiendo estos servicios de telesalud debe ser en un entorno privado y confidencial y, siempre que sea posible, en una habitación en la que solamente esté yo presente;
- 3) cuando me conecte a la sesión debo utilizar auriculares, si es posible, para evitar cualquier divulgación involuntaria de información médica protegida a otras personas que puedan estar cerca de mí;
- 4) no pueda compartir la pantalla del dispositivo con ninguna otra persona y que la coloque de forma que los demás no puedan verla;
- 5) no pueda hacer capturas de pantalla ni grabar en audio o video ninguna sesión, aunque el proveedor sí pueda hacerlo;
- 6) si es necesario, cuando no estoy hablando es mejor silenciar el audio de mi teléfono u computadora para minimizar el ruido de fondo, y
- 7) si no cumplo con estas expectativas, entiendo que la sesión puede ser interrumpida.

Doy mi consentimiento para que AHS me brinde servicios de telesalud en caso de que desee recibirlos y estén disponibles.

Firma del paciente o del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

## Consentimiento del paciente para Axis Health System Uso y divulgación de la información médica protegida a los pagadores

**Consentimiento del paciente para que Axis Health System (AHS) utilice y divulgue información médica protegida (Protected Health Information, PHI), incluida la información sobre trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD), a los pagadores:** la ley federal protege la información médica del paciente con protecciones específicas (Parte 2 del Título 42 del CFR) para la información sobre los trastornos por consumo de sustancias, incluso cuando se divulga esta información a organizaciones que pagan por estos servicios. El propósito de este consentimiento por escrito es permitir que AHS divulgue información médica, incluida la información sobre los SUD, a estos pagadores para facturar e informar sobre los servicios.

**Autorización:** entiendo que esta información no se puede divulgar sin mi autorización por escrito. Por la presente autorizo, en mi nombre o como representante legal, el uso y la divulgación de toda la información médica protegida (PHI), incluida la información sobre trastornos por consumo de sustancias, por parte de AHS con el fin de obtener el pago.

**Divulgación adicional:** entiendo que la información divulgada por AHS para el pago y la presentación de informes puede ser divulgada además a través de Rocky Mountain Health Plan al Departamento de Política y Financiamiento de la Atención Médica de Colorado y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Colorado, que también son pagadores.

**Otra información sobre esta autorización:** entiendo los términos de este consentimiento y que, si lo solicito, puedo obtener información sobre cualquier divulgación realizada. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que la negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, a menos que este sea exigido por una orden judicial. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y que la revocación se debe presentar por escrito. Si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto sobre la información divulgada antes de que AHS recibiera la revocación. Puedo solicitar una copia de esta autorización firmada en cualquier momento.

**Vencimiento:** sin mi revocación por escrito, esta autorización expirará automáticamente en la fecha en que deje de ser paciente de AHS y cuando estos reciban el pago final por cualquier servicio que me hayan prestado.

Firma del paciente o del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

(Solamente para el uso de AHS) Paciente n.º \_\_\_\_\_

**Revocación:** revoco mi autorización para la divulgación de información médica protegida, incluida la información de SUD a los pagadores.

Firma del paciente o del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

## ACUERDO FINANCIERO

### PACIENTES CON SEGURO:

Es importante que comprenda las ventajas y las limitaciones de la cobertura de su seguro. La cobertura del seguro no es una garantía de pago del seguro. Póngase en contacto con su compañía de seguros para obtener más información sobre su responsabilidad financiera según su plan.

Requerimos que sus beneficios se *asignen* a AHS para que podamos recibir el pago directamente de la compañía de seguros y *divulgar los expedientes* únicamente para propósitos de pago. AHS participa en Medicare, Medicaid, CHP+ y otros programas de seguros públicos o privados. Empleamos a profesionales cualificados; es posible que su compañía de seguros no contrate a algunos de los profesionales debido a requisitos contractuales. Cuando esto ocurre, su compañía de seguros podría no pagar los servicios. Su seguro puede pagar una parte del reclamo; sin embargo, usted es el responsable definitivo del pago de los servicios recibidos. AHS le enviará por correo un estado de cuenta con el saldo adeudado cada mes; el pago se debe efectuar en un plazo de 30 días. Es posible que reciba estados de cuenta separados por los diferentes tipos de servicios prestados en nuestras clínicas. Si recibe servicios de laboratorio como parte de una consulta, es posible que su seguro no cubra el cargo de nuestro proveedor de laboratorio; sin embargo, puede ser elegible para nuestro Programa de Descuento Escalonado de Tarifas, y las tarifas de laboratorio podrían tener un descuento. Si tiene preguntas sobre nuestro Programa de Descuento Escalonado de Tarifas, sobre la elegibilidad o si desea hacer la solicitud, comuníquese con el personal de recepción de su clínica. Si tiene alguna pregunta sobre su estado de cuenta, llame a nuestro Departamento de Facturación al 970.335.2342.

### SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN:

Sus datos personales están seguros con nosotros. Utilizamos esta información únicamente para ayudar en la prestación de servicios, la presentación de reclamos y para la identificación/comunicación en lo que respecta a las operaciones de atención médica. Estamos obligados a obtener información demográfica que incluye su número de Seguro Social. La negativa a proporcionar información puede constituir una denegación del servicio.

### RESPONSABILIDAD FINANCIERA:

Usted es responsable de cualquier saldo adeudado, independientemente de la cobertura del seguro. Si se atrasa en el pago de alguna cuenta, AHS se reserva el derecho de cobrar estos saldos antes de programar cualquier cita futura. El cobro de los montos adeudados puede implicar que una agencia de cobros se ponga en contacto con usted.

### ACUERDO DE PAGO:

Al firmar más adelante, reconoce su responsabilidad de pagar por cualquier servicio que AHS le preste. Asimismo, reconoce que entiende que se le pueden facturar varios servicios en el mismo día si ha recibido tanto servicios de salud del comportamiento como de atención primaria y dental. AHS se reserva el derecho de limitar, reprogramar o negar el tratamiento a cualquier persona que no pueda pagar en el momento del servicio. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques o tarjetas de crédito como formas de pago.

Al firmar este documento, yo:

**Autorizo la asignación de beneficios:** asignar todos los beneficios médicos de mi cobertura a AHS por los servicios que me ha prestado. Además, mi firma autoriza y ordena a mi(s) compañía(s) de seguros, incluido Medicare, seguros privados y cualquier otro plan de salud, a emitir el pago directamente a AHS por los servicios prestados.

**Acepto mi responsabilidad financiera:** reconozco y comprendo que los copagos de mi seguro son pagaderos en el momento del servicio y que soy responsable de cualquier cantidad que no cubra mi seguro, que puede incluir coseguros, deducibles o reclamos denegados debido a la contratación.

### RECONOCIMIENTO:

Entiendo y acepto cumplir con lo anterior en lo que se refiere a mis obligaciones financieras como paciente.

Firma del paciente o del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

**Último paso para la inscripción:**

Rellene un formulario de historial médico o dental, según corresponda a los servicios a los que se inscribe.