

**REGISTRO DE PACIENTES (RELLENE AMBAS CARAS) (use bolígrafo azul o negro).**

Padres: Rellene esto como si estuviera respondiendo por su hijo.										
Fecha de hoy		Fecha de nacimiento		Número del Seguro Social (obligatorio)						
Prefijo		Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre:		Sufijo		
Sexo (asignado al nacer o certificado de nacimiento legal):	<input type="checkbox"/> Masculino Asignado al Nacer <input type="checkbox"/> Femenino Asignado al Nacer			Nombre de preferencia						
Pronombres	<input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Ze, zie (Pronunciado "zee") <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Hir, hirs (Pronunciado "here") <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Prefiero usar solo mi nombre			<input type="checkbox"/> Neo <input type="checkbox"/> Otro						
Identidad de género	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero masculino <input type="checkbox"/> Desconocido			<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino <input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Ninguno/no binario <input type="checkbox"/> Elige no decir			
Orientación sexual	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Desconocido			<input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Elige no divulgar			<input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Asexual
Dirección						N.º de apartamento/unidad				
Dirección postal										
Ciudad				Estado			Código postal			
Teléfono de casa			Teléfono del trabajo				Teléfono celular			
La comunicación puede incluir recordatorios de citas, avisos, comentarios e información médica. Indique a continuación sus preferencias de comunicación.										
¿Podemos dejar mensajes telefónicos?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Número de teléfono para dejar un mensaje:				
¿Podemos enviar correo a la dirección indicada?			<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 correos electrónicos?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Correo electrónico:				
Nombre de padres o guardianes						¿Relación?				
Guardia y custodia	<input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/> Exclusiva <input type="checkbox"/> Otra ( <i>explique</i> ) _____			Si el paciente es menor de 18 años, indique el nombre de soltera de la madre						
Raza ( <i>Marque todas las opciones que correspondan</i> )	<input type="checkbox"/> Afroamericano(a)/Negro(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska <input type="checkbox"/> Indio(a) Asiático(a) <input type="checkbox"/> Caucásico(a)/Blanco(a) <input type="checkbox"/> Chino(a) <input type="checkbox"/> Filipino(a)			<input type="checkbox"/> Japonés(a) <input type="checkbox"/> Coreano(a) <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro Asiático(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo			<input type="checkbox"/> Otro Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano(a) <input type="checkbox"/> Indígena(a) Estadounidense/Nativo(a) Americano(a): Afilación(es) Tribal _____ <input type="checkbox"/> No se/Prefiero no contestar			
Etnia	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño(a) <input type="checkbox"/> Cubano(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar			<input type="checkbox"/> No soy Hispana, Latino/a/x, o Origen Español <input type="checkbox"/> Otro Hispana, Latino/a/x, o Origen Español <input type="checkbox"/> Mexicano(a), Americano(a) Mexicano(a), Chicano(a)			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 <input type="checkbox"/> Otro									
Situación de vivienda	<input type="checkbox"/> No sin hogar <input type="checkbox"/> Albergue para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Residencia doble <input type="checkbox"/> En la 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 usted veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Situación laboral	<input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado(a)			<input type="checkbox"/> Inmigrante/estacional <input type="checkbox"/> Empleado: _____ <input type="checkbox"/> Estudiante. Escuela a la que asiste: _____						

¿Tiene testamento vital?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Necesita más información sobre el testamento vital	
Es importante que recibamos una copia del frente y del reverso de sus tarjetas de seguro para garantizar una facturación correcta. Presente sus tarjetas al personal de recepción o envíe copias por correo electrónico a <a href="mailto:billing@axishealthsystem.org">billing@axishealthsystem.org</a> .			
<b>CONTACTO DE EMERGENCIA</b>			
Nombre		Relación	
Número de contacto		Ciudad/estado	
<b>GARANTE</b>			
¿Quién es el responsable financiero de este paciente?			
¿Cuál es su dirección?		¿Igual que el paciente? <input type="checkbox"/> Sí Si es diferente, indique la dirección a continuación.	
Dirección postal			
<b>COBERTURA DEL SEGURO</b>			
<b>Seguro principal</b>		<b>Seguro secundario</b>	
Nombre del seguro:		Nombre del seguro:	
Nombre del suscriptor:		Nombre del suscriptor:	
Relación con el paciente:		Relación con el paciente:	
Número de identificación de miembro:		Número de identificación de miembro:	
Número de grupo:		Número de grupo:	
Fecha de entrada en vigor:		Fecha de entrada en vigor:	
Dirección de reclamaciones:		Dirección de reclamaciones:	
<input type="checkbox"/> No asegurado/autopago			
Axis Health System ("Axis") se dedica a garantizar el acceso a nuestros servicios. Como organización sin fines de lucro, recibimos fondos de fuentes de financiación locales, estatales, federales y subvenciones, y estamos obligados a recopilar información financiera de nuestros pacientes para seguir recibiendo esta financiación.			
Si nos indica los ingresos de su hogar a continuación, también podremos ayudarlo a determinar si es elegible para una variedad de opciones de beneficios de salud adicionales. En muchos casos, nuestro personal puede ayudar a los pacientes calificados con el proceso de inscripción o evaluación.			
Algunos de estos son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ofrecen descuentos a los pacientes que no puedan pagar la tarifa completa de los servicios. Axis ofrece una escala de descuentos basada únicamente en los ingresos y el tamaño de la familia.</li> <li>• Servicios especiales subvencionados.</li> <li>• Cobertura médica financiada con fondos públicos, como Medicaid o CHP+.</li> </ul>			
Si se niega a proporcionar esta información financiera, es posible que deje de ser elegible para recibir ayuda financiera para su atención. Toda la información proporcionada será confidencial.			
Ingresos totales anuales del hogar		Número de personas en el hogar	
		Número de personas menores de 18 años	
Al firmar a continuación, doy fe de que la información de registro anterior es verdadera y exacta.			
Firma del paciente o tutor legal: _____		Fecha: _____	

## Reconocimiento de la información recibida y consentimiento para la evaluación y el tratamiento integrados

Axis se adhiere a todos los reglamentos estatales y federales que se aplican al acceso, la protección, la divulgación y el uso de su información de salud contenida en nuestros registros. Esta información también está disponible para usted en un Manual del paciente. He leído los siguientes avisos relacionados con el uso, la divulgación, el acceso y las protecciones correspondientes a mi expediente de atención médica. Entiendo que esta clínica participa en el Intercambio de Información Médica (Health Information Exchange, HIE) electrónica y, por la presente, autorizo la divulgación de expedientes médicos al HIE como respaldo a mi tratamiento y según sea necesario para procesar reclamaciones que tengan relación con el mismo. Actualmente, mis resultados de laboratorio se intercambian de forma rutinaria en el HIE. También comprendo que los detalles sobre la salvaguardas de mi expediente se encuentran en el *Aviso de prácticas de privacidad* de Axis. Esta y la siguiente información están a mi disposición electrónicamente mediante una solicitud por correo electrónico, en el sitio web de Axis [www.axishealthsystem.org](http://www.axishealthsystem.org) o a solicitud de una copia impresa en cualquiera de nuestras clínicas:

**Política de citas médicas**  
**Política de reclamos de salud conductual**  
**Aviso de prácticas de privacidad**  
**Cómo elegir a un proveedor de atención médica**

**Política de reclamos médicos**  
**Derechos y responsabilidades del paciente**  
**Testamento vital**  
**Manual del paciente**

*Por la presente doy mi consentimiento para recibir tratamiento, incluso pruebas, procedimientos y medicamentos, según las indicaciones del personal de Axis. Entiendo que mi tratamiento tendrá más posibilidades de éxito si participo en su diseño y coopero con las recomendaciones profesionales que se me proporcionen. Entiendo que puedo rechazar cualquier servicio o tratamiento, sin que esto vaya en detrimento de condición de paciente de Axis si tengo un consentimiento válido para el tratamiento. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, por escrito. Sin embargo, si decido revocarlo, Axis suspenderá inmediatamente la prestación de los servicios. Además, al firmar, confirma que ha leído o tiene acceso a los documentos anteriores.*

Firma del paciente o 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 Axis confiará en las declaraciones del paciente, en su historia clínica y en otra información disponible para evaluar el estado del paciente y decidir el mejor tratamiento. Algunos servicios en Axis pueden proporcionarse con equipos de telesalud e implican la interacción con proveedores que no estén de cuerpo presente en la clínica para su cita. Estas sesiones se transmiten a través de líneas seguras de alta velocidad y normalmente no se graban en video, ni se guardan de ninguna manera. Sin embargo, con su consentimiento cuando corresponda, podemos grabar en video o tomar fotografías durante la interacción para ayudar en su diagnóstico, tratamiento o remisión, o con fines de supervisión, formación o mejora de la calidad. Además, la información relevante de su consulta se documentará en su historial médico, igual que si el proveedor hubiera estado presente físicamente. El proveedor de atención médica hablará con usted sobre los beneficios y los riesgos del tratamiento. Si no tiene claro su tratamiento o la protección de sus registros, no dude en hacer preguntas en cualquier momento.

**Tenga en cuenta lo siguiente en relación con sus registros y quejas:** estamos obligados a informarle que, en caso de que presente una queja, sus registros no podrán conservarse más de siete años y, por lo tanto, no estarán disponibles para su revisión con respecto a dichas quejas.

**Acceso protegido y las consiguientes limitaciones de divulgación:** existen limitaciones al acceso a la información del paciente y a la divulgación de la misma que se basan en el tipo de tratamiento y/o la edad del paciente en cuestión. La información médica del paciente está protegida de forma diferente en las siguientes circunstancias.

**Pacientes menores de edad:** Axis no divulgará la historia clínica protegida de un menor al padre, madre o tutor si hay alguna acción legal que implique una determinación del interés superior de ese menor, ya que tiene derecho a comunicaciones privilegiadas y confidenciales en relación con ese tipo de acción, a menos que Axis reciba una renuncia válida al privilegio del menor o una orden judicial. Si un menor ha dado su consentimiento para su propio tratamiento, Axis podrá informar al padre madre o tutor legal, a petición y sin el consentimiento del menor, únicamente lo que se refiere a los servicios prestados o necesarios. La divulgación de esta información relativa a los servicios no se considerará una renuncia al derecho del menor a las comunicaciones privilegiadas y confidenciales ni al deber de confidencialidad de Axis. Se puede notificar a los padres o al tutor legal sin el consentimiento del menor si, según la opinión de los profesionales, este es incapaz de gestionar su atención o tratamiento y se notificará a los padres o al tutor legal cada vez que un menor exprese preocupaciones de seguridad, incluida la intención de lastimarse a sí mismo o a otros.

## Consentimiento informado y expectativas del paciente de telesalud

Para participar en un servicio de telesalud con un software de audio o visual, como paciente de Axis debe dar su consentimiento y entender las expectativas de Axis.

### Privacidad

La telesalud es un servicio que presta un proveedor de atención médica mediante tecnologías electrónicas de la información y la comunicación (como videoconferencias, aplicaciones para teléfonos inteligentes o, en estos momentos de emergencia, una conversación telefónica) para prestar servicios a una persona cuando se encuentra en un lugar diferente al del proveedor. Las leyes de privacidad que protegen la información médica también se aplican a este tipo de consultas. Axis cumple con todos los reglamentos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y el Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) Sección 2 que exige el gobierno federal y con las orientaciones de la Oficina de Derechos Civiles relacionadas con estos servicios ofrecidos a través de métodos de telesalud. Axis utiliza un software que cumple con la HIPAA para los servicios de telesalud.

### Entiendo que durante un servicio de telesalud:

- 1) Se discutirán los detalles de mi historial médico, incluidas las radiografías, los resultados de las pruebas, etc., y es posible que se realice un examen físico.
- 2) Se pueden tomar video, audio o fotos con mi consentimiento para ayudar a mi diagnóstico, tratamiento o remisión, o con fines de supervisión, formación o mejora de la calidad.
- 3) Tendré la oportunidad de discutir con el proveedor los riesgos, consecuencias y beneficios del uso de los servicios de telesalud, así como de consultar cualquier tratamiento o procedimiento propuesto.

### Como paciente entiendo que tengo derecho a:

- 1) Retirar mi consentimiento para el uso de servicios de telesalud durante mi atención en cualquier momento, sin que ello afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
- 2) Revocar mi consentimiento oralmente o por escrito en cualquier momento poniéndome en contacto con mi proveedor. Si este consentimiento está en vigor y no ha sido revocado, mi proveedor de Axis puede prestarme servicios de telesalud.
- 3) Acceder a cualquiera de mis datos médicos protegidos proporcionados durante estos servicios.

### Como paciente entiendo que Axis espera:

- 1) Que soy responsable de mantener la confidencialidad de todo lo que se escuche durante esta sesión y de no compartirlo con ninguna persona que no sea mi proveedor. Es mi responsabilidad asegurarme de que el lugar en el que estoy recibiendo estos servicios es seguro para garantizar que otras personas no puedan escuchar lo que se está diciendo, y que la sesión pueda llevarse a cabo sin distracciones o actividades inapropiadas.
- 2) Que el espacio 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 solo esté yo presente.
- 3) Que 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 presentes cerca de mí.
- 4) Que no puedo compartir la pantalla del dispositivo con ninguna otra persona y que la coloque de forma que otros no puedan observarla.
- 5) Que no puedo hacer capturas de pantalla ni grabar en audio o video ninguna sesión, aunque el proveedor puede hacerlo para los fines descritos anteriormente.
- 6) Que, si es necesario, cuando no esté hablando es mejor silenciar el audio de mi teléfono o computadora para minimizar el ruido de fondo.
- 7) Que asista a la sesión con las mismas expectativas que si la sesión se produjera en persona, incluyendo el uso de una vestimenta adecuada.
- 8) Que, si no cumplo con estas expectativas, entiendo que la sesión puede ser interrumpida.

Por la presente, doy mi consentimiento para que Axis me proporcione servicios de telesalud en caso de que desee recibirlos y estén disponibles.

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

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

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

## CONVENIO FINANCIERO

### **PACIENTES CON SEGURO:**

Es importante que comprenda las ventajas y limitaciones de la cobertura de su seguro. La cobertura no garantiza el pago del seguro. Comuníquese con su aseguradora para obtener más información sobre su responsabilidad financiera según su plan.

Axis exige que sus beneficios se *asignen* a este para que la aseguradora los pague directamente y divulgue los expedientes únicamente a los efectos del pago. Axis participa en Medicare, Medicaid, Child Health Plan Plus (CHP+) y demás programas de seguros públicos o privados. Empleamos a profesionales cualificados; puede que algunos profesionales no estén contratados por su aseguradora debido a requisitos contractuales. Cuando esto ocurre, puede que su aseguradora no pague por los servicios. Su seguro puede pagar una parte de la reclamación; en todo caso, usted es el responsable en última instancia por pagar los servicios recibidos. Axis le enviará por correo un estado de cuenta con el saldo adeudado cada mes; el pago debe efectuarse en un plazo de 30 días. Es posible que reciba extractos separados por los diferentes tipos de servicios prestados en nuestras clínicas. Si recibe servicios de laboratorio como parte de la consulta, es posible que su seguro no cubra el cargo de nuestro proveedor. Sin embargo, usted podría optar a nuestro programa de descuento variable de tarifas y lograr que se descuenten las tarifas de laboratorio. Si tiene preguntas sobre nuestro programa, la elegibilidad o la solicitud, póngase en contacto con el personal de recepción de su clínica. Tiene derecho a optar por que no se le facture a su seguro. Si tiene alguna pregunta sobre la exclusión voluntaria o su estado de cuenta, envíe un correo electrónico a nuestro Departamento de Facturación en [billing@axishealthsystem.org](mailto:billing@axishealthsystem.org).

### **SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN:**

Sus datos personales están seguros con Axis. Axis utiliza esta información para la prestación de servicios, la presentación de reclamaciones y la identificación y comunicación en relación con la atención médica. Estamos obligados a obtener información demográfica que incluye su número de seguridad social. La negativa a suministrar información puede constituir la denegación del servicio.

### **SOLO PARA PROGRAMAS DE TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (SUBSTANCE USE DISORDER, SUD) DE LA PARTE 2:**

Para facturar a su seguro los servicios de SUD (programas de la Parte 2), debe divulgar a este que está recibiendo estos servicios rellenando el *Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida de Axis Health System*. Usted comprende que tiene la opción de que Axis no facture a su seguro, lo que significa que asumirá toda la responsabilidad financiera del pago de todos los tratamientos que se produzcan en Axis, pudiendo afectar a todas las especialidades, en función de sus ingresos declarados. Tiene la opción de enviar independientemente los estados de cuenta de facturación a su seguro, y puede consultar con un especialista en facturación de Axis si necesita ayuda.

### **RECONOCER Y ACEPTAR EL PAGO:**

Al firmar a continuación, reconoce su responsabilidad de pagar por cualquier servicio prestado por Axis. También reconoce que se le pueden facturar varios servicios en el mismo día si recibió tanto los servicios de salud mental como los de atención primaria y dental. Axis 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, cheque o tarjeta de crédito como forma de pago.

**Autorizar la asignación de beneficios:** asignar todos los beneficios médicos de mi cobertura a Axis por los servicios que me presta. Además, mi firma autoriza y ordena a mis aseguradoras, inclusive Medicare, los seguros privados y cualquier otro plan de salud, a emitir el pago directamente a Axis por los servicios prestados.

**Convenir en mi responsabilidad financiera:** reconozco y comprendo que los copagos de mi seguro son pagaderos en el momento del servicio y que soy responsable por cualquier cantidad que no cubra mi seguro, lo que puede incluir coseguros, deducibles o reclamaciones denegadas debido a la contratación. Usted es responsable por cualquier saldo adeudado, independientemente de la cobertura del seguro. Si alguna cuenta se atrasa, Axis se reserva el derecho de cobrar estos saldos antes de programar cualquier cita futura. Las cantidades vencidas pueden implicar a una agencia de cobros con el costo adicional de los honorarios de los abogados, el costo del tribunal y cualquier otra tarifa adicional que pueda añadirse al saldo del paciente o del garante.

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

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

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

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