

## Austin Medicina Materno-Fetal

Paciente Apellido (Impreso)	Paciente Nombre (Impreso)	MI	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)
-----------------------------	---------------------------	----	----------------------------------

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Señorita <input type="checkbox"/> Sra		Número de Seguro Social _____ - _____ - _____	Nombre Anterior (si procede)
Dirección		Estado de la Ciudad	Código Postal
Teléfono de Casa	Teléfono Móvil	Teléfono del Trabajo	
Proveedor de Atención Primaria. (no para el embarazo): Nombre Completo, Dirección, Teléfono		Obstetra/Ginecólogo de Referencia: Nombre Completo, Dirección, Teléfono	
Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero	Nombre de la Farmacia, Dirección	Número de Teléfono de la Farmacia	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Declino		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> No Hispana/Latina <input type="checkbox"/> Declino	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Socio		Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro _____	
Situación Laboral: <input type="checkbox"/> 1-Tiempo Completo <input type="checkbox"/> 2-Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> 3-Sin Empleo <input type="checkbox"/> 4-Autónomos <input type="checkbox"/> 5-Retirado <input type="checkbox"/> 6-Militar Activo		Nombre del Empleador	
El Status de Estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Parte <input type="checkbox"/> No es un Estudiante		¿Tiene un testamento en vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Apellido	Nombre	Relación (o <input type="checkbox"/> Guardian)
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal		
Teléfono de Casa	Teléfono Móvil	Teléfono del Trabajo

### INFORMACIÓN PARTE RESPONSABLE (utilizado para estados de cuenta del paciente)

<input type="checkbox"/> Auto <b>-O-</b> <input type="checkbox"/> Garante <input type="checkbox"/> Otro _____ Relación _____ <input type="checkbox"/> Info es el mismo que el paciente			
Apellido	Nombre de Pila	MI	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal			Teléfono
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)		Número de Seguro Social _____ - _____ - _____	
Nombre del Empleador		Teléfono del Empleador	

### SEGURO DE SALUD PRIMARIA (por favor proporcione la tarjeta de recepción en los registros)

Compañía de Seguros	Número de Teléfono
Nombre del Asegurado	Fecha de Nacimiento del Asegurado (MM/DD/AAAA)

### INFORMACION DE SEGURO SECUNDARIA (por favor proporcione la tarjeta de recepción en los registros)

Compañía de Seguros	Número de teléfono
Nombre del Asegurado	Fecha de Nacimiento del Asegurado (MM/DD/AAAA)

## Austin Medicina Materno-Fetal

Paciente Apellido (Impreso)	Paciente Nombre (Impreso)	MI	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)
-----------------------------	---------------------------	----	----------------------------------

### PACIENTE HIPAA RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

#### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE AUSTIN MEDICINA MATERNO-FETAL (AMFM)

Pat/Rep Init

Reconozco que he recibido aviso de privacidad de AMFM que describe las formas en que AMFM puede usar y divulgar mi información de salud para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica, y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Yo entiendo que puedo contactar al Oficial de Privacidad designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. Entiendo que esta información puede ser revelada por vía electrónica por el proveedor y/o socios de negocios del proveedor. En la medida permitida por la ley, consiento el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad de AMFM.

#### CONSENTIMIENTO PARA LLAMADAS DE COMUNICACIONES FINANCIERAS

Pat/Rep Init

Estoy de acuerdo en que, con el fin de AMFM prolongado o en la Oficina de Negocios (EBO) Administradores y recolección de los agentes, para dar servicio a mi cuenta o para cobrar cualquier cantidad que pueda deber, estoy de acuerdo expresamente y consiente que AMFM o EBO Administrador y de recogida agentes pueden ponerse en contacto conmigo por teléfono en cualquier número de teléfono, sin limitación de la tecnología inalámbrica, que he proporcionado o AMFM o EBO Administrador y agentes de recaudación he obtenido o, en cualquier número de teléfono desviado o transferido de ese número, en relación con los servicios prestados, o mis obligaciones financieras relacionadas. Métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes pregrabados / artificiales de voz y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda.

#### LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo AMFM y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en el cuidado de paciente interno o externo a divulgar información de salud para propósitos de tratamiento, pago o atención médica.

- información sanitaria con respecto a un servicio previo (s) a otros proveedores afiliados a HCA puede ponerse a disposición de los proveedores afiliados a HCA posteriores para coordinar la atención. información de salud puede ser revelada a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente con el fin de verificar las preguntas de cobertura o pago, o para cualquier otro propósito relacionado para beneficiarse del pago. la información de la salud también puede ser entregada a la persona designada por mi empleador, cuando los servicios prestados están relacionados con una reclamación en virtud de Compensación para Trabajadores.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizé la liberación de información sanitaria a la Administración de la Seguridad Social o sus intermediarios o portadores para el pago de una reclamación de Medicare o la agencia estatal correspondiente para el pago de un reclamo de Medicaid. Esta información puede incluir, sin limitación, la historia y la física, registros de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso médico, notas de enfermería, consultas, psicológica y/o psiquiátrica informes, el tratamiento de drogas y alcohol, y el informe de alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir esta facilidad para participar en organizaciones con otros profesionales de la salud, compañías de seguros, y u otros participantes / industria de la salud y sus subcontratistas a fin de que estas personas y entidades que comparten mi información médica entre sí para lograr los objetivos que pueden incluir pero no limitarse a: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros de salud; disminuyendo el tiempo necesario para acceder a la información de mi; agregar y comparar mi información con fines de mejora de la calidad; y aquellos otros propósitos que pueden ser permitidos por la ley. Entiendo que esta instalación puede ser un miembro de uno o más de tales organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información relativa a las condiciones psicológicas, trastornos psiquiátricos, las condiciones de discapacidad intelectual, información genética,

#### CONSENTIMIENTO DE FOTOGRAFÍA U OTRO GRABACIÓN PARA OPERACIONES DE SEGURIDAD Y/O LA ASISTENCIA SANITARIA

Pat/Rep Init

**-0-**

**YO CONSIENTO** a las fotografías, grabaciones digitales o de audio, y/o imágenes de mí que se está grabando para el cuidado del paciente, con fines de seguridad, y/o operaciones de atención médica con fines de AMFM (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad). Yo entiendo que la instalación conserva los derechos de propiedad sobre las imágenes y/o grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso a, o copias de las imágenes y/o grabaciones cuando sea tecnológicamente posible, a menos que esté prohibido por la ley. Entiendo que estas imágenes y/o grabaciones serán almacenados y protegidos de forma segura. Imágenes y/o grabaciones en las que estoy identificado no serán liberados y/o utilizados fuera de la instalación sin una autorización específica por escrito de mi o mi representante legal a menos que sea permitido o requerido por la ley.

Pat/Rep Init

**NO CONSIENTO** a las fotografías, grabaciones digitales o de audio, y/o imágenes de mí que se está grabando para el cuidado del paciente, con fines de seguridad, y/o operaciones de atención médica con fines de AMFM (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad).

## Austin Medicina Materno-Fetal

Paciente Apellido (Impreso)	Paciente Nombre (Impreso)	MI	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)
-----------------------------	---------------------------	----	----------------------------------

### CONSENTIMIENTO AL CORREO ELECTRÓNICO, TELÉFONO CELULAR, O USO DE TEXTO PARA RECORDARLE SUS CITAS Y OTROS COMUNICACIÓN OMUNICACIÓN DE SALUD

Queremos estar conectados con nuestros pacientes. pacientes AMFm pueden ser contactados a través de correo electrónico, las llamadas a su teléfono celular (incluidos los mensajes de voz pregrabados / artificial y/o llamadas de un dispositivo de llamada automática), y/o mensajes de texto para confirmar una cita, para obtener información sobre su experiencia con nuestro cuidado de la salud equipo, ya recibir recordatorios de salud / información general. Si en cualquier momento usted proporciona una dirección de correo electrónico, número de teléfono celular, o el número de texto a continuación, se entiende que puede conseguir estas comunicaciones de AMFM. Usted puede optar por una de estas comunicaciones en cualquier momento (ver página siguiente). AMFM no cobra por este servicio, pero las tasas de mensajería de texto estándar o minutos de telefonía celular puede aplicar lo previsto en su plan de servicios inalámbricos (póngase en contacto con su operador para planes y detalles de precios).

<b><u>YO CONSIENTO</u></b> recibir recordatorios de citas, comentarios y recordatorios de salud / información general a través de:	<b>-O-</b>	<b><u>NO CONSIENTO</u></b> recibir recordatorios de citas, comentarios y recordatorios de salud / información general a través de:
Corre Electronico <input style="width: 50px;" type="text"/> Pat/Rep Init	<b>-O-</b>	Corre Electronico <input style="width: 50px;" type="text"/> Pat/Rep Init
Corre Electronico _____		
Telefono Celular <input style="width: 50px;" type="text"/> Pat/Rep Init	<b>-O-</b>	Telefono Celular <input style="width: 50px;" type="text"/> Pat/Rep Init
Uso de Texto <input style="width: 50px;" type="text"/> Pat/Rep Init	<b>-O-</b>	Uso de Texto <input style="width: 50px;" type="text"/> Pat/Rep Init

Paciente/representante podrá revocar o modificar esta autorización específica, y que la revocación o modificación debe ser por escrito.

**NOTA:** AMFM utiliza una historia clínica electrónica que actualizará todos los datos demográficos y consentimientos a la información que que introdujo. Tenga en cuenta esta información también será actualizado para su conveniencia para todas nuestras clínicas afiliadas que comparten una historia clínica electrónica en la que usted tiene una relación.

### DIVULGACIÓN A AMIGOS Y/O FAMILIARES

Sí  No **¿Quieres designar un miembro de la familia u otra persona con la que el proveedor puede discutir su condición médica?** Si "sí", Doy permiso para que mi información médica protegida que se divulgará a los efectos de comunicar los resultados, conclusiones, y la atención a las decisiones de los miembros de la familia y otras personas que figuran a continuación:

	Nombre	Relación	Número de Contacto
1.			
2.			
3.			

Paciente/representante podrá revocar o modificar esta autorización específica, y que la revocación o modificación debe ser por escrito.

### PRESCRIPCIÓN ORDEN DE RECOGIDA

Puede haber momentos en que necesita un amigo o miembro de la familia para recoger una receta (script) del consultorio de su médico. Para que podamos para liberar una receta a su familiar o amigo, tendremos que tener un registro de su nombre. Antes de la liberación del guión, tendrá que presentar una identificación válida con foto y firmar para la prescripción de su representante.

  
Pat/Rep Init

**QUIERO** para designar a la siguiente persona (s) para recoger una receta en mi nombre:

Nombre	Fecha

**-O-**

  
Pat/Rep Init

**NO QUIERO** para designar a cualquier persona para recoger mi pedido de prescripción.

Paciente/representante podrá revocar o modificar esta autorización específica, y que la revocación o modificación debe ser por escrito.

## Austin Medicina Materno-Fetal

Paciente Apellido (Impreso)	Paciente Nombre (Impreso)	MI	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)
-----------------------------	---------------------------	----	----------------------------------

### RESPONSABILIDAD FINANCIERA

  
 Pat/Rep Init

Yo entiendo que la facturación del seguro es un servicio proporcionado por cortesía y que soy en todo momento responsable financieramente a AMFM y/o de sus entidades afiliadas por cualquier cargo no cubiertos por los beneficios de salud. Es mi responsabilidad notificar AMFM de cualquier cambio en mi cobertura de la asistencia sanitaria. En algunos casos, seguro exactas no se puede determinar hasta que la compañía de seguros recibe la reclamación. Soy responsable de toda la factura o el saldo de la cuenta según lo determinado por AMFM y/o mi compañía de seguros de salud si las reclamaciones presentadas o cualquier parte de ellos se les niega el pago. Entiendo que al firmar este formulario, estoy aceptando la responsabilidad financiera como se explicó anteriormente para todo el pago por los servicios médicos y/o suministros recibidos.

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

  
 Pat/Rep Init

Autorizo remesas directo del pago de todos los beneficios de seguros, incluyendo Medicare si soy beneficiario de Medicare, a AMFM para todos los servicios y suministros médicos cubiertos proporcionados a mí durante todos los cursos de tratamiento y la atención recibida por AMFM y/o de sus entidades afiliadas o de otra manera en su dirección. Entiendo y acepto esta asignación de beneficios tendrá efecto continuado durante el tiempo que estoy bajo tratamiento o cuidado por AMFM, y constituirá una autorización continua, mantenida en los archivos de AMFM, que autorizar y permitir el pago directo a AMFM de todos los beneficios de seguro aplicables y elegibles para todos los posteriores y continuar el tratamiento, servicios, suministros y/o asistencia médica prestados a mí por AMFM.

### RENUNCIA DE SEGURO COBERTURA

  
 Pat/Rep Init

Reconozco que AMFM no acepta todos los planes de seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios y/o suministros recibidos en el caso de que mi seguro no es aceptada por AMFM. Entiendo que mi seguro no se puede confirmar en este momento; Sin embargo, me gustaría recibir el servicio y la atención de AMFM. Entiendo la lista de abajo de los planes de seguro no aceptadas por AMFM no es una lista completa y es mi responsabilidad asegurar mi plan de seguro es aceptado por AMFM.

#### AMFM NO acepta los siguientes planes de seguro:

- Seton Medicaid (incluyendo la viruta y el Plan de la Infancia de Dell)    ● Seton EPN
- Sistemas de Gestión del Pacto por Seton Health Plan    ● Scott y Blanco, incluyendo el Cuidado Adecuado Estrella
- Cook Niños y Chip planes de Aetna    ● Aetna EPO    ● Humana X

### CONSENTIMIENTO GENERAL PARA Y EL TRATAMIENTO DE CONSENTIMIENTO

**AL PACIENTE: Usted tiene el derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado para ser utilizado de modo que usted pueda tomar la decisión de si debe o no someterse a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después conociendo los riesgos y peligros implicados. En este punto de su cuidado, se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento adecuado para cualquier condición (s) identificado.**

Este consentimiento nos da su permiso para realizar razonables y necesarios exámenes médicos, pruebas y tratamiento. Al firmar a continuación, usted está indicando que (1) tiene la intención de que este consentimiento es de naturaleza continua, incluso después de un diagnóstico específico se ha recomendado un tratamiento, y (2) usted da su consentimiento al tratamiento en esta oficina o cualquier otra oficina satélite en virtud de Propiedad comun. El consentimiento permanecerá totalmente efectiva hasta que sea revocada por escrito. Usted tiene el derecho en cualquier momento para interrumpir servicios.

Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento con su médico acerca de la finalidad, los posibles riesgos y beneficios de cualquier prueba ordenada para usted. Si usted tiene alguna preocupación con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su profesional de la salud, le animamos a hacer preguntas.

Solicito voluntariamente un médico y/o el proveedor de nivel medio (enfermero profesional, asistente médico o enfermera clínica especializada), y otros proveedores de sanidad o las personas designadas como se considere necesario, para llevar a cabo un examen razonable y necesario médico, pruebas y tratamiento para la condición que me ha llevado a buscar atención en esta práctica. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, invasor, o los procedimientos de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de la prueba (s) o procedimiento (s).

Certifico que he leído y entendido las declaraciones anteriores de todas las páginas y el consentimiento plenamente y de forma voluntaria a su contenido.

_____ Paciente/Firma del Representante	_____ Relación con el Paciente	_____ Fecha
---	-----------------------------------	----------------

### \*\* USO DE LA OFICINA \*\*

_____ Nombre del Testigo	_____ Firma de testigo	_____ Título de trabajo del Empleado	_____ Fecha
-----------------------------	---------------------------	---	----------------