TORRANCE MEMORIAL
PHYSICIAN NETWORK

PARA PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Información del paciente

Apellido del paciente	Primer nombre del paciente	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del paciente
Idioma principal	Nombre de preferencia	Estado civil	Sexo asignado al nacer [ ] Masculino [ ] Femenino [ ] Desconocido
Raza: (marque todas las que correspondan) [ ] Blanco [ ] Negro/Afroamericano [ ] Asiático [ ] Indígena americano/Nativo de Alaska [ ] Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico [ ] Prefiero no contestar [ ] Otra:			**Etnia:** [ ] Hispano [ ] No hispano [ ] Desconozco
Domicilio del paciente Núm. de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono principal/celular del paciente ( )	Teléfono de casa del paciente ( )	Teléfono de día/trabajo del paciente ( )	
Correo electrónico del paciente	Seguro Social del paciente	Médico de cabecera	
Nombre completo del contacto de emergencia	¿Cuál es la relación?	Teléfono de casa ( )	Teléfono celular ( )
Estado de empleo: [ ] Tiempo completo [ ] Tiempo parcial [ ] Estudiante [ ] Empleado por cuenta propia [ ] Desempleado [ ] Fecha de retiro:			
Nombre del empleador del paciente	Teléfono del empleador ( )	Ocupación del paciente	
Domicilio del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
¿Desea que el médico conozca cualquier otra información? (como necesidad de traductor, pronombre preferido, ceguera o discapacidad visual, dificultad auditiva, etc.)			

Información del seguro médico

Aseguradora médica principal	Núm. de identificación del miembro	Núm. de grupo		
Nombre completo del asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado			
Núm. de Seguro Social del asegurado	Domicilio del asegurado			
Nombre del empleador del asegurado	Relación con el paciente	Estado de empleo del asegurado: [ ] Tiempo completo [ ] Tiempo parcial [ ] Fecha de retiro:		
Domicilio del empleador del asegurado	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono del empleador ( )
Aseguradora médica secundaria	Nombre completo del asegurado	Núm. de identificación del miembro	Núm. de grupo	
Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente	Domicilio secundaria del asegurado		

Cosignatario (responsable de la cuenta)

Apellido del cosignatario	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono de casa ( )	Teléfono de trabajo ( )	Teléfono celular ( )		

Reconocimiento: Confirmo que la información que he proporcionado es precisa en la medida de mi conocimiento. Además, esta firma implica mi consentimiento general para recibir tratamiento, para que Torrance Health Association DBA Torrance Memorial Physician Network proporcione cualquier tratamiento médico para mí o mi dependiente.

_____ _____

Firma del paciente o representante del paciente Fecha

TORRANCE MEMORIAL
PHYSICIAN NETWORK

PARA PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

CERTIFICADO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted confirma que recibió nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podremos usar y divulgar su información de salud protegida. Al firmar este formulario, usted no establece su aceptación o rechazo de nuestras Prácticas de privacidad, solamente confirma que le hemos proporcionado información sobre nuestras Prácticas de privacidad.

Podremos modificar nuestro Aviso de prácticas de privacidad de manera ocasional. Si modificamos nuestro Aviso, podrá encontrar una copia del nuevo Aviso en nuestro sitio web en tmphysiciannetwork.org o comunicándose con nosotros. También mantendremos una copia del Aviso actual publicado en nuestras instalaciones.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina de Privacidad:

Torrance Memorial Physician Network
23326 Hawthorne Boulevard, Suite 200
Torrance, CA 90505
Teléfono: 310-517-1165 ext. 71165

Mediante el presente, confirmo que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que estoy autorizado a dar fe de esto como paciente o representante legal mediante mi firma registrada electrónicamente en la libreta de firmas.

_____ _____
Nombre del paciente (en letra imprenta) Firma del paciente/representante del paciente

_____ _____
Si es un representante, indicar la relación

_____ _____
Fecha (DD/MM/AAAA) Hora

SOLAMENTE PARA EL PERSONAL:

Si no es posible obtener la confirmación del paciente, describa los esfuerzos realizados de buena fe para obtenerlo y los motivos por los cuales no se obtuvo:

- ☐ El paciente está inconsciente.
- ☐ El paciente está lesionado.
- ☐ El paciente se rehúsa a firmar.
- ☐ El paciente está incapacitado para firmar/sin familiares presentes.
- ☐ Otro (especificar)_____

_____ _____
Nombre del miembro del personal (en letra imprenta) Firma del miembro del personal

_____ _____
Fecha (DD/MM/AAAA) Hora

TORRANCE MEMORIAL
PHYSICIAN NETWORK

PARA PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS
ACUERDO FINANCIERO

Gracias por elegir Torrance Memorial Physician Network para su atención médica. Si lo necesita, pida aclaración y firme en el espacio proporcionado abajo. Se le dará una copia de este acuerdo.

Todos los pacientes deben completar el Formulario de información del paciente y el seguro médico antes de ver al médico/proveedor.

Sobre los cobros al seguro médico

Usted es responsable de proporcionar información precisa del seguro para los servicios. Si no puede demostrar la cobertura del seguro, se lo considerará no asegurado y será responsable del pago completo. Enviaremos la factura a su aseguradora como cortesía. Es su responsabilidad conocer sus beneficios y cómo aplicarlos al tratamiento ofrecido por el médico/proveedor. Nosotros no tenemos acceso a los detalles de su póliza de seguro.

Usted es responsable financieramente de su copago y/o de la cantidad por pagar de su deducible. En el caso de que su cobertura de seguro cambie a un plan en el cual no somos un proveedor participante, usted será responsable de cualquier copago o deducible fuera de la red de cobertura y del importe del servicio. Todos los copagos se cobrarán al momento del servicio. Si tiene una cita para una cirugía, es posible que tenga que pagar un depósito. Todos los depósitos se aplicarán a los gastos de bolsillo que su aseguradora considere responsabilidad del paciente. Puede perder parte de este depósito si no cancela su cirugía a su debido tiempo. Consulte al equipo del médico sobre detalles adicionales sobre el depósito.

Tarifas para llenar formularios

Hay una tarifa (por formulario) para completar copias de formularios de discapacidad, seguro y/o imágenes médicas. El pago se debe realizar al momento de completar el formulario. Espere 5 días hábiles para completar el/los formulario(s). Para obtener una lista completa de las tarifas, hable con la recepción.

Asignación de beneficios

Mediante el presente, cedo y transmito a Torrance Health Association, como mi representante autorizado designado, todos los beneficios médicos y/o reintegros del seguro, de haberlos, que en otras circunstancias se me pagarían a mí por los servicios. Solicito que el pago de los beneficios del seguro autorizados, incluido Medicare, si soy un beneficiario de Medicare, se realice en mi nombre a Torrance Health Association (THA), DBA Torrance Memorial Physician Network (TMPN) por cualquier equipo o servicio (es decir, visita a proveedor, tratamiento, terapia, y/o medicación) que la organización me haya proporcionado.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo que sea necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por equipos o servicios relacionados a la organización, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), mi aseguradora u otra entidad médica. Se enviará una copia de esta autorización al CMS, mi aseguradora u otra entidad, si se solicita. La autorización original se mantendrá en los archivos de la organización.

Además, autorizo al administrador de mi plan, fiduciario, aseguradora y/o abogado a divulgar a THA/TMPN cualquier documento del plan, descripción resumida de beneficios, póliza del seguro y/o información de liquidación si THA o sus abogados presentan una solicitud por escrito para reclamar tales beneficios médicos.

Entiendo que al firmar este formulario, acepto la responsabilidad financiera de todos los servicios que reciba.

_____ _____
Nombre del paciente (en letra imprenta) Fecha de nacimiento

_____ _____
Firma del paciente o representante del paciente Fecha de hoy

_____
Relación con el paciente

TORRANCE MEMORIAL
PHYSICIAN NETWORK

PARA PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD Y CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Al completar este documento, autoriza la revelación y/o el uso de su información médica. La falta de cualquier información solicitada puede invalidar la presente Autorización.

La presente Autorización se solicita para cumplir con las disposiciones de la Ley de Confidencialidad de la Información Médica de 1981, sección 56 y subsiguientes del Código Civil y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 2003.

Uso y revelación de información de salud. Mediante la presente, autorizo a Torrance Memorial a publicar mi Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) mediante comunicación verbal en persona, por teléfono, correo postal o fax a los siguientes individuos:

Nombre: _____ **Relación:** _____

USE UNA AUTORIZACIÓN POR CADA DESIGNADO INDIVIDUAL

_____ _____
Nombre del paciente Fecha de nacimiento

_____ _____
Firma del paciente Fecha de hoy

Esta Autorización será válida hasta su revocación, en su caso. Puede revocar esta Autorización en cualquier momento, pero debe hacerlo por escrito y presentarla a la siguiente Domicilio:

Torrance Memorial Physician Network
ATTN: Privacy Officer
23326 Hawthorne Boulevard, Suite 200
Torrance, CA 90505

Revocación. Tiene derecho a revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, tal revocación por escrito no afectará ninguna revelación de su información médica que la(s) persona(s) y/u organización(es) ya haya(n) hecho, en función de esta Autorización, antes del momento de su revocación. El Formulario de revocación está disponible cuando lo solicite.

TORRANCE MEMORIAL
PHYSICIAN NETWORK

PARA PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS
PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Este formulario explica los diferentes métodos de comunicación entre los que puede elegir un paciente. Es importante tener en cuenta que no todas las preferencias de comunicación funcionan de la misma manera. Sin embargo, su selección se aplicaría a TODOS los recordatorios de citas.

El Portal del paciente de MyTorranceMemorial es nuestro método principal de comunicación confidencial. Esta autorización le permite acceso a sus citas en línea, enviar mensajes al consultorio y acceso a su información médica en línea.

[ ] Sí – Comuníquese conmigo por correo electrónico seguro a través del Portal del paciente. **Complete el Formulario del portal del representante/paciente adjunto para registrarse**. Mi correo electrónico es _____. Le informaré inmediatamente si mi correo electrónico cambia.
[ ] No – No se comunique conmigo por correo electrónico.

Mensaje de texto. Esta autorización nos permite comunicarnos a través de nuestro Sistema Automatizado de Recordatorio de Citas, Mensajería y Encuestas. Al proporcionar su número de celular, lo registraremos automáticamente en estos sistemas.

[ ] Sí – Comuníquese conmigo por mensaje de texto para recordatorios y encuestas.
Mi teléfono celular es _____. Le informaré inmediatamente si mi número de teléfono celular cambia.

[ ] No – No se comunique conmigo por mensaje de texto.

Mensaje de voz. Esta autorización permite a Torrance Memorial dejar mensajes de voz a un número de teléfono designado. Para proteger su confidencialidad, no le dejaremos mensajes detallados a ningún otro individuo, salvo que lo permita específicamente por escrito, usando el formulario de Autorización de uso o revelación de información médica.

[ ] Sí – Comuníquese conmigo por número de teléfono privado.
Mi teléfono de teléfono es _____. Le informaré inmediatamente si mi número de teléfono cambia.

[ ] No – No se comunique conmigo por número de teléfono privado.

Consentimiento para la toma de fotografías. Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, videograbaciones u otras imágenes digitales de mi condición o tratamiento médico o cirugía, y para el uso de imágenes para fines relacionados con mi diagnóstico o tratamiento o para operaciones de Torrance Memorial, incluidos programas de seguridad, revisión entre colegas, educación o capacitación.

☐ Sí, doy mi consentimiento. ☐ No, no doy mi consentimiento.

PARA PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

Los **registros de enfermedades** y los **Registros de Vacunación de California (CAIR)** son sistemas informáticos de seguimiento desarrollados para ayudar a proveedores médicos y a otras agencias aprobadas a dar seguimiento y revisar la información médica de las personas para evaluar necesidades, evitar vacunaciones redundantes y controlar brotes de enfermedades. Torrance Memorial comparte información con los Registros CAIR. Para obtener información adicional, visite https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/CAIR/Pages/CAIR-updates-disclosure.aspx

Aviso de bases de datos de pagos abiertos. La base de datos de pagos abiertos es una herramienta federal utilizada para buscar pagos hechos por empresas farmacéuticas y de dispositivos a médicos y hospitales docentes. Se puede encontrar en https://openpaymentsdata.cms.gov .

He leído y confirmo la información proporcionada arriba.

Revocación. Tiene derecho a revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, tal revocación por escrito no afectará ninguna divulgación de su información médica que la(s) persona(s) y/u organización(es) ya haya(n) hecho, en función de esta Autorización, antes del momento de su revocación. El Formulario de revocación está disponible cuando lo solicite.

_____	_____
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
_____	_____
Firma del paciente	Fecha

TORRANCE MEMORIAL
PHYSICIAN NETWORK

PARA PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

Acuerdo del paciente y su representante para el uso de MyTorranceMemorial

(Escriba en letra imprenta)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Apellido **Primer nombre** **Segundo nombre** **(DD/MM/AAAA)**

Domicilio: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Elija uno:

__ Ya estoy registrado en MyTorranceMemorial con el correo electrónico_____@_____

__ Quisiera registrarme en MyTorranceMemorial con el correo electrónico_____@_____

(Se recomienda que el correo electrónico no sea de trabajo)

__ No quiero tener acceso propio a MyTorranceMemorial. Solamente estoy autorizando a un representante.

Autorizo a esta persona a registrarse en MyTorranceMemorial como mi representante:

Nombre del representante: _____Fecha de nacimiento: _____

Apellido Primer nombre Segundo nombre (DD/MM/AAAA)

Mujer__ Hombre__ **Relación con el paciente**_____

Domicilio del representante:_____

Calle Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico del representante_____

(Se recomienda que el correo electrónico no sea de trabajo)

Entiendo que MyTorranceMemorial se debe usar solamente para asuntos de rutina. Si tengo un asunto urgente o necesito una respuesta rápida, debo llamar a mi proveedor de atención médica.

Entiendo que la invitación inicial a crear una cuenta se enviará al/a los correo(s) electrónico(s) que se establece(n) arriba, y que las notificaciones se enviarán a esta(s) para anunciar comunicaciones que ingresan a MyTorranceMemorial. Mi representante y yo aceptamos actualizar MyTorranceMemorial con cualquier cambio en el/los correo(s) electrónico(s).

Entiendo que mi representante y yo, si decidimos registrarnos, elegiremos nuestro(s) propio(s) nombre(s) de usuario y contraseña(s). Mi representante y yo mantendremos la(s) contraseña(s) confidencial(es) y no la(s) compartiremos con nadie, ya que esta(s) permite(n) el acceso a **mi** información de salud personal. Si decido descontinuar el uso de MyTorranceMemorial, o descontinuar el acceso de mi representante a mi información, entiendo que debo presentar una solicitud por escrito. Sin embargo, tal cancelación no será válida para los usos y las revelaciones ya hechas.

He revisado la información anterior y respetaré la Política y los Términos de uso de MyTorranceMemorial.

Firma del paciente **Fecha de hoy**

Como representante, acepto todas las declaraciones anteriores para usar MyTorranceMemorial en representación del paciente.

Firma del representante **Fecha de hoy**

Presente una identificación con fotografía tanto para el paciente como para el representante al presentar este formulario.

SOLAMENTE PARA USO OFICIAL

Identidad del paciente verificada por: MRN del paciente:

Identidad del representante verificada por:

872010290