

BIENVENIDOS A

TORRANCE MEMORIAL PHYSICIAN NETWORK (RED DE MÉDICOS DE TORRANCE MEMORIAL)

Gracias por escogernos como su proveedor de atención médica. Hemos adjuntado instrucciones para llenar los documentos que necesitará en su primera visita. Tenga sus **documentos listos** y lleve su **tarjeta de seguro médico** y su **identificación con foto**. Las primeras seis páginas solo son para leer y ayudarle a llenar los documentos. Llene y firme las últimas cinco páginas y entréguelas a la recepcionista cuando le avise que ha llegado para su cita.

Título	Página
Solo para leer: Información sobre raza y grupo étnico-----	1
Normas de cancelación a última hora y ausencia-----	1
Aviso de prácticas de privacidad del TMHS-----	2-6
Formulario de registro del paciente-----	7
Formulario de divulgación para transferencia y comunicación-----	8
Formulario de asignación de beneficios-----	9
Cuestionario inicial de salud-----	10-12

SOLO PARA LEER: Información sobre RAZA y GRUPO ÉTNICO

Identifique su raza: Estamos obligados por los programas federales de atención médica a solicitar esta información como parte de los datos demográficos que ellos recopilan. Se le solicita indicar una o más razas que correspondan de entre las siguientes opciones, o puede negarse a especificar.

Nativo americano o nativo de Alaska Asiática Negra o afroamericana	Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico Blanca
--	---

Categorías de razas definidas por la Oficina de Administración y Presupuesto de los Estados Unidos:

Nativo americano o nativo de Alaska	Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y América del Sur (incluyendo América Central) y que mantiene una afiliación tribal o de comunidad.
Asiática	Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Filipinas, Tailandia y Vietnam.
Negra o afroamericana	Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico	Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico
Blanca	Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, el Medio Oriente o África del Norte.

Identifique su grupo étnico: Estamos obligados por los programas federales de atención médica a solicitar esta información como parte de los datos demográficos que ellos recopilan. Se le solicita indicar su grupo étnico de entre las siguientes opciones, o usted puede negarse a especificar.

Hispano o latino; o	No hispano o latino
Hispano o latino definido	Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza.
Desconocido	Desconocido/No reportado

NORMAS DE CANCELACIÓN A ÚLTIMA HORA Y AUSENCIA

Cancelaciones:

Para la comodidad de todos nuestros pacientes y personal, Torrance Memorial Physician Network exige que la cancelación de una cita se haga con una anticipación de un día laboral completo. Recibir la información de cancelación con anticipación permite que la oficina pueda programar y servir a otros pacientes.

Ausencias:

Comprendemos que pueden ocurrir contratiempos y que algunas veces no es posible cancelar las citas con anticipación. Por esa razón, comprenderemos si se falta a una sola cita. Sin embargo, después de esta falta o una cancelación a última hora, se le cobrará **\$40.00** por cada ocurrencia. Nos reservamos el derecho de rechazar pacientes de Torrance Memorial Physician Network después de tres citas perdidas en un período de 12 meses.

Torrance Memorial Physician Network considera que una buena relación entre pacientes y médicos está basada en la comprensión y la buena comunicación. Cualquier pregunta sobre las tarifas por cancelaciones a última hora y ausencias se deberá dirigir al administrador de oficina.

Gracias.

Gerencia del consultorio

Torrance Memorial Health System (TMHS, Sistema de salud de Torrance Memorial)

Fecha

de entrada en vigor: 7/20/17

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON DETENIMIENTO.

El Sistema de salud de Torrance Memorial respeta su privacidad. Conservamos registros que contienen su información médica personal que están protegidos por las leyes. Este Aviso de Prácticas de Privacidad explica cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida, sus derechos y sus obligaciones legales con respecto a dicha información. En este Aviso, su información médica protegida se denomina «información médica».

Nuestras obligaciones con respecto a su información médica

El Sistema de salud de Torrance Memorial está obligado por la ley a mantener la privacidad de su información médica y entregarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y las condiciones de este Aviso y elaborar disposiciones de un aviso corregido en vigor para toda la información médica sobre usted que conservemos. Si corregimos el Aviso, se lo entregaremos cuando esté en vigor y lo colocaremos en un lugar claro y visible de nuestras instalaciones, tendremos una copia para usted si la solicita y lo publicaremos en nuestro sitio web en el caso de tener uno. Estamos obligados a seguir las condiciones del Aviso que esté en vigor. Puede solicitar una copia del Aviso en cualquier momento y le entregaremos uno que esté en vigor cuando lo solicite.

Puede contactar a nuestro Funcionario de privacidad si tiene alguna pregunta o si desea más información sobre los asuntos que este Aviso contempla. Puede encontrar la información de contacto de nuestro Funcionario de privacidad al final de este Aviso.

Cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida

Uso y divulgación de su información médica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Se nos permite usar y divulgar su información médica para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

- 1. Tratamiento.** Podemos usar o divulgar su información médica para brindarle tratamiento o servicios de atención médica. Por ejemplo, podemos usar su información médica para diagnosticar y tratarlo o podemos divulgar su información médica a un proveedor de atención médica al cual lo hayan derivado de tal manera que este tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.
- 2. Pago.** Podemos usar o divulgar su información médica para obtener pago o reembolso por el tratamiento o servicios de atención médica que le brindamos. Por ejemplo, podemos darle su información médica a su seguro médico para que le den un reembolso o para que nos paguen. También podemos brindar su información médica a su seguro médico para obtener aprobación previa para tratamiento o para determinar si su seguro cubrirá el tratamiento.
- 3. Operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar su información médica en relación con sus operaciones de atención médica, las cuales son formas en las que le brindamos atención médica y administramos nuestra organización. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información médica para evaluar nuestro desempeño en brindar atención médica e identificar formas en las que podemos mejorar nuestro servicio.

Uso y divulgación de su información médica exigido o permitido por la ley

Hay situaciones aparte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica en las cuales podemos usar o divulgar parte de su información médica sin tener que obtener primero su autorización por escrito. Dicho uso o divulgación de su información médica estará limitado a lo que la ley exige o permite en las siguientes circunstancias.

1. **Salud pública.** Podemos divulgar su información médica a las autoridades sanitarias públicas que están autorizadas por la ley a recopilar o recibir información para notificar información importante y evitar o controlar las enfermedades o lesiones. Por ejemplo, podemos notificar información sobre enfermedades infecciosas, maltrato o negligencia infantil, problemas relacionados con la comida, los alimentos o los dispositivos médicos o productos y eventos importantes como nacimientos o muertes. También podemos divulgar su información médica a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que esté en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección o divulgar hallazgos sobre con una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo o un problema de salud relacionado con el lugar de trabajo a un empleador. Si consideramos que usted es víctima de maltrato, negligencia o violencia doméstica, podemos divulgar su información médica, limitada a los requisitos de la ley, a una autoridad gubernamental, incluido un organismo de servicios de protección o servicios sociales, autorizado por la ley a recibir notificaciones de dicho maltrato, negligencia o violencia doméstica.
2. **Actividades de supervisión médica.** Podemos divulgar su información médica a un organismo de supervisión médica que incluye, entre otros, un organismo del gobierno estatal o federal autorizado por la ley a supervisar el sistema de atención médica. Entre las actividades de supervisión médica autorizadas se incluye: auditorías; investigaciones civiles, administrativas o penales; inspecciones, actividades disciplinarias o de autorización; actividades civiles, administrativas o de otro tipo, necesarias para la supervisión adecuada del sistema de atención médica.
3. **Procesos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su información médica en el curso de procesos judiciales o administrativos. Por ejemplo, haremos una divulgación en respuesta a una orden judicial o administrativa o citación.
4. **Fines de aplicación de la ley.** Podemos divulgar su información médica a un agente de la ley como lo exija la ley, en respuesta a la solicitud legal de un agente de la ley para identificar o ubicar a una víctima, sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida o para notificar un delito que ha ocurrido en nuestras instalaciones o que pueda haber causado la necesidad de servicios de emergencia.
5. **Cuando la ley lo exija.** Podemos usar o divulgar su información médica, cuando la ley estatal, federal u otro tipo de ley lo exija, a instituciones penitenciarias, la Administración de Medicamentos y Alimentos y funcionarios federales autorizados para la conducción de actividades legales de seguridad nacional y la provisión de servicios de protección al Presidente u otras personas como lo exige la ley federal.
6. **Peritos forenses, médicos forenses y directores de una funeraria.** Podemos divulgar su información médica a peritos forenses o médicos forenses para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa del fallecimiento y a directores de una funeraria, como sea necesario para el desempeño de sus funciones.
7. **Donación de órganos.** Podemos divulgar su información médica a una organización de obtención de órganos u otro centro que participe o determine la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos o tejidos.
8. **Investigación.** Podemos usar o divulgar su información médica con fines de investigación con amparo legal estricto solo si el uso o divulgación ha sido evaluado y aprobado por una junta de privacidad o junta de revisión institucional especial o si usted autoriza el uso o divulgación.
9. **Ayuda en caso de catástrofe.** Podemos usar o divulgar su información médica a una entidad pública o privada autorizada para brindar ayuda en caso de catástrofe, tal como la Cruz Roja de Estados Unidos. Si usted nos dice que se opone, no haremos este uso o divulgación a menos que lo hagamos en respuesta a una situación de urgencia.
10. **Personas involucradas en su atención.** Podemos usar o divulgar su información médica a personas involucradas en su atención médica o pago para dicha atención, tales como familiares, representante personal u otra persona que usted haya identificado a menos que usted se oponga a nuestro uso y divulgación de su información médica a dichas personas.
11. **Indemnización por accidentes laborales.** Podemos usar o divulgar su información médica para cumplir con las leyes de indemnización por accidentes laborales.
12. **Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad.** Podemos usar o divulgar su información médica si creemos que es necesario para evitar o disminuir una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona o del público.

13. **Registros de vacunación escolares.** Podemos usar o divulgar su información médica para brindar prueba de vacunación a una escuela si usted es un adulto o menor emancipado y está de acuerdo; o sobre un menor si sus padres o tutores legales aceptan.
14. **Fuerzas Armadas.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica sobre usted a las autoridades militares tal como lo autorice o exija la ley. También podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
15. **Socios comerciales.** Podemos usar entidades llamadas socios comerciales que hagan trabajos o nos presten servicios como servicios legales, contables o financieros en los que dichos socios tengan que crear, recibir, mantener o transmitir su información médica pero solo si dicho socio comercial primero se compromete por medio de un contrato escrito a salvaguardar su información médica tal como se debe y como lo exige la ley.
16. **Recaudación de fondos.** Podemos usar información médica limitada como su nombre, dirección y fecha de tratamiento para contactarlo con fines de recaudación de fondos para apoyar nuestros fines y misión de atención médica. Tiene el derecho de decidir no recibir comunicaciones de recaudación de fondos y si recibe una, también recibirá instrucciones simples sobre cómo dejar de recibirlas. Si no desea que la Fundación le notifique acerca de estas oportunidades, debe llenar el formulario titulado «**No participar en recaudaciones de fondos**».

Uso y divulgación de su información médica que exige autorización por escrito

Se requiere su autorización por escrito para los siguientes usos y divulgaciones de su información médica:

1. **Publicidad.** No usaremos ni divulgaremos su información médica para fines de publicidad sin su autorización por escrito. Publicidad significa una comunicación sobre un producto o servicio relacionado con su atención médica por el cual recibimos un pago de un tercero.
2. **Venta de su información médica.** No usaremos ni divulgaremos su información médica de una forma que se considere una venta de su información médica sin su autorización por escrito. Una venta de su información médica se define como un intercambio en el cual, directa o indirectamente, recibimos pago por su información médica de quien la recibe.
3. **Notas de psicoterapia.** Si conservamos notas de psicoterapia sobre usted, no las divulgaremos sin su autorización por escrito excepto en circunstancias limitadas que la ley permita o exija.

Todos los otros usos y divulgaciones de su información médica requieren autorización por escrito

Se requiere su autorización por escrito para otros usos y divulgaciones de su información médica que no están descritos en este Aviso.

Puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento

Puede revocar una autorización para usar o divulgar su información médica en cualquier momento. Debe hacer su revocación por escrito y esta no afectará los usos o divulgaciones de su información médica hechos en función de su autorización antes de su revocación. Si la autorización se obtuvo como una condición para obtener cobertura de seguros, otra ley puede otorgar al asegurador el derecho de refutar un reclamo según la póliza o la póliza misma.

Sus derechos con respecto a su información médica

Esta sección explica sus derechos con respecto a su información médica y la forma como ejercerlos.

1. Su derecho a recibir nuestro Aviso de prácticas de privacidad

Usted tiene el derecho de recibir una copia impresa de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad vigente. Tiene el derecho de recibir una copia electrónica de este Aviso de nuestro sitio web (si tenemos uno) o si lo acepta por escrito, a través de un mensaje de correo electrónico. Tiene el derecho de recibir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento aunque haya aceptado recibirlo de forma electrónica. Puede pedirle a nuestro funcionario de privacidad que le dé una copia de nuestro aviso vigente en cualquier momento. Puede encontrar su información de contacto al final de este aviso.

2. Su derecho a solicitar restricciones del uso y la divulgación de su información médica

A. Su derecho general a solicitar restricciones. No estamos obligados a aceptar.

Tiene el derecho de solicitar una restricción de su información médica que usemos o divulguemos para su tratamiento, pago de sus servicios de atención médica o para actividades relacionadas con nuestras operaciones de atención médica. También puede solicitar una restricción en qué información médica podemos divulgar a alguien que esté involucrado en su atención o pago de su atención, como un familiar o amigo. Debe hacer su solicitud por

escrito y entregarla a nuestro funcionario de privacidad, cuya información de contacto se encuentra al final de este aviso.

Le entregaremos el formulario para hacer su solicitud escrita. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que se necesite la información para brindarle tratamiento de urgencia, y solicitaremos que su proveedor de atención médica no siga usando ni divulgando su información médica. Podemos poner fin a nuestra restricción si usted nos lo solicita. También podemos poner fin a una restricción ya sea que usted lo pida o no si le informamos que estamos poniéndole fin. Si ponemos fin a una restricción, esto solo afectará su información médica que se haya creado o recibido después de que le informáramos de dicha terminación.

B. Su derecho a solicitar que no divulguemos su información médica a su seguro médico (proveedor de seguro médico). Debemos estar de acuerdo en algunas situaciones.

Tiene derecho a solicitar que no divulguemos su información médica a su seguro médico (proveedor de seguro médico) si la divulgación:

- (1) se hace con el fin de hacer un pago o llevar a cabo operaciones de atención médica,
- (2) no es exigida por la ley, y
- (3) se aplica únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual usted o alguien aparte del seguro médico en su nombre ha pagado por completo.

Debe hacer su solicitud por escrito y entregarla a nuestro funcionario de privacidad, cuya información de contacto se encuentra al final de este aviso. Le entregaremos el formulario para hacer su solicitud escrita. Debemos estar de acuerdo con su solicitud si todas las condiciones enumeradas anteriormente están presentes.

3. Su derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su atención médica por medio de otros medios o en una ubicación alternativa. Por ejemplo, puede pedir que solo lo contactemos por teléfono en su trabajo o por correo postal en un sobre sellado (no con una tarjeta postal). No le preguntaremos el motivo de su solicitud y tratemos de satisfacer todas las solicitudes que sean razonables. Si no podemos comunicarnos con usted por los otros medios o la ubicación alternativa que ha solicitado, trataremos de comunicarnos con usted usando la información que tenemos. Debe hacer su solicitud por escrito y entregarla a nuestro funcionario de privacidad, cuya información de contacto se encuentra al final de este aviso. Le entregaremos el formulario para hacer su solicitud escrita.

4. Su derecho a inspeccionar y copiar su información médica

Tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica que conservamos y que puede usarse para tomar decisiones sobre su tratamiento y atención incluidos los registros de facturación por el tiempo que mantengamos esta información. También puede solicitar una copia electrónica de su información médica si es que la conservamos de esa manera. Debe hacer su solicitud por escrito y entregarla a nuestro funcionario de privacidad, cuya información de contacto se encuentra al final de este aviso. Le entregaremos el formulario para hacer su solicitud escrita y le daremos acceso a su información médica excepto en algunas circunstancias limitadas. Si nos negamos a alguna parte de su solicitud, le explicaremos por escrito la razón; si puede solicitar una evaluación de nuestra denegación (y cómo hacerlo), y cómo referir una queja a nosotros y al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos sobre nuestra denegación. Podemos cobrarle una tarifa razonable para cubrir los costos de las copias de su información médica y su envío que incluye costos laborales, de materiales y gastos de envío. No le cobraremos ninguna tarifa si solo mira e inspecciona su información médica en un momento y lugar convenientes.

5. Su derecho a solicitar enmiendas de su información médica

Si cree que la información médica sobre usted que conservamos está incorrecta o incompleta, tiene el derecho de solicitar que la corrijamos. Debe hacer su solicitud por escrito y entregarla a nuestro funcionario de privacidad, cuya información de contacto se encuentra al final de este aviso. Le entregaremos el formulario para hacer su solicitud escrita. Le informaremos nuestra acción en su solicitud incluido lo que haremos si aceptamos su solicitud de enmienda en parte o por completo. Si denegamos su solicitud de enmienda en parte o por completo, le

explicaremos las razones de dicha denegación y le informaremos sus derechos adicionales sobre nuestra denegación incluido su derecho de referir su queja a nosotros o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

6. Su derecho a solicitar una contabilidad de las divulgaciones de su información médica

Tiene derecho a recibir una lista (contabilidad) de ciertas divulgaciones de su información médica que hemos hecho. Debe hacer su solicitud de la contabilidad de estas divulgaciones por escrito y entregarla a nuestro funcionario de privacidad, cuya información de contacto se encuentra al final de este aviso. Le entregaremos el formulario para hacer su solicitud escrita y le entregaremos la lista por escrito. Puede solicitar una lista de divulgaciones por hasta seis (6) años antes de la fecha en que hizo la solicitud. Le daremos la lista de forma gratuita. Si solicita una lista más una vez en un período de doce (12) meses, podríamos cobrarle una tarifa razonable para cubrir los costos de entregar otra lista, pero primero le diremos cuál sería el costo para que pueda modificar su solicitud para reducir la tarifa o retirarla.

7. Su derecho a presentar una queja de que sus derechos de privacidad han sido infringidos

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, tiene el derecho de presentar una queja ante nosotros y al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja de que sus derechos de privacidad han sido infringidos. Para presentar una queja ante nosotros, puede contactar a la oficina de nuestro funcionario de privacidad que figura a continuación. A continuación podrá encontrar información sobre cómo presentar una queja al Secretario.

Información de contacto

Torrance Memorial Health System

Para obtener más información sobre los asuntos tratados en este aviso, para hacer una solicitud sobre cualquiera de sus derechos de información médica o para hacer una queja de que sus derechos de privacidad han sido infringidos, contacte a nuestro funcionario de privacidad que figura a continuación. Si desea, le daremos un formulario para hacer su queja por escrito a nosotros. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja de que sus derechos de privacidad han sido infringidos.

Funcionario de privacidad del Sistema de salud de Torrance Memorial

Teléfono: (310)784-4953

Dirección de la oficina: 23326 Hawthorne Blvd. Suite 200 Torrance, CA 90505

Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos

Puede presentar una queja de que sus derechos de privacidad han sido infringidos al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja de que sus derechos de privacidad han sido infringidos. El proceso para presentar una queja al Secretario se explica en el internet en HHS.gov. Se debe presentar una queja al Secretario en un plazo de 180 días de haberse enterado por primera vez de las razones por las que cree que sus derechos de privacidad de su información médica han sido infringidos, aunque este plazo se puede extender si usted puede demostrar un «motivo suficiente».

Puede presentar una queja de privacidad de información médica al Secretario por el internet a través de [OCR Complaint Portal](#) u obtener un paquete del formulario de quejas de privacidad de información médica para llenar, imprimir y enviar por correo postal, fax o correo electrónico.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo presentar una queja, puede contactar al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, al teléfono gratuito 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697.

Formulario de registro del paciente: Adultos

Solo para uso oficial: Fecha de la visita: _____ Iniciales: _____

Información del Paciente	Apellido del paciente Nombre Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
	Raza* <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> No desea contestar				Grupo étnico* <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> No desea contestar		
	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		Idioma principal		Médico de atención primaria		
	Dirección del paciente		Apt. N.º		Ciudad		Estado
							Código postal
	Teléfono de casa <input type="checkbox"/> marque si es el principal ()				Teléfono celular <input type="checkbox"/> marque si es el principal ()		
	Teléfono de día/del trabajo <input type="checkbox"/> marque si es el principal ()		Otro teléfono ()		Apellido de soltera de la madre		
	Nombre del empleador del paciente		Dirección del empleador		Ciudad		Estado
							Código postal
	Teléfono del empleador ()				Ocupación del paciente		
Situación laboral: <input type="checkbox"/> No trabaja <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A medio tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabajador autónomo <input type="checkbox"/> Fecha de jubilación: _____							
Nombre completo del contacto de emergencia		Relación		Teléfono de casa ()		Teléfono celular ()	
Garante o persona responsable de la	Apellido del paciente Nombre Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento		Relación con el paciente		
	Dirección del paciente		Apt. N.º				
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono de casa ()	Teléfono del trabajo ()	Teléfono celular ()	
	Nombre del empleador		Dirección del empleador		Ciudad		Estado
							Código postal
Teléfono del empleador ()		Ocupación		Situación laboral: <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado y fecha:			
Información del seguro	Compañía de seguros primaria		Nombre completo del suscriptor			Fecha de nacimiento del suscriptor:	
	Nombre del empleador del suscriptor		Relación con el asegurado		Situación laboral: <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A medio tiempo <input type="checkbox"/> Fecha de jubilación: _____		
	Dirección del empleador del suscriptor		Ciudad		Estado	Código postal	
							Numero de teléfono del empleador ()
Compañía de seguros secundaria		Nombre completo del suscriptor			Relación con el asegurado		
							Fecha de nacimiento del suscriptor:
Reconocimiento: Al firmar a continuación confirmo que la información que he brindado es exacta a mi leal saber y entender. Esta firma también indica mi consentimiento general a Torrance Health Association DBA Torrance Memorial Physician Network para que proporcione cualquier y todo el tratamiento médico para mi persona o mi dependiente.							
Firma: _____				Fecha: _____			

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN PARA TRANSFERENCIA Y COMUNICACIÓN

Podemos utilizar un Portal del Paciente y/o un Sistema Automatizado de Recordatorio de Citas y Sistema de Mensajería que nos permitan brindarle un mejor servicio (por ejemplo: recordatorios de citas a través del teléfono y mensajes de texto, solicitud de cita en línea, comunicación con la oficina a través de correo electrónico y acceso en línea a su información de salud). Puede haber algún nivel de riesgo de que la información contenida en un correo electrónico o mensaje de texto pueda ser leída por alguien que no sea usted. Avísenos si desea o no que nos comuniquen con usted por correo electrónico o mensaje de texto indicando lo siguiente:

Sí – Pueden comunicarse conmigo por correo electrónico seguro a través del portal del paciente. Mi dirección de correo electrónico es

Les avisaré de inmediato si mi dirección de correo electrónico cambia

No – No se comuniquen conmigo por correo electrónico

Sí – Pueden comunicarse conmigo por mensaje de texto para recordatorios y encuestas. Mi número de celular es

Les avisaré de inmediato si mi número de celular cambia

No – No se comuniquen conmigo por mensaje de texto

Los registros de enfermedades y vacunaciones y el Registro de Vacunación de California (CAIR, por sus siglas en inglés) son sistemas de seguimiento computarizados que se han desarrollado para ayudar a los proveedores de servicios médicos y otros organismos autorizados para realizar el seguimiento y evaluar la información médica de las personas, analizar las necesidades, evitar las vacunaciones redundantes y controlar los brotes de enfermedades.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Al firmar este formulario, acusa recibo del *Aviso de prácticas de privacidad*, el cual contiene información acerca de cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. Le aconsejamos que lo lea en su totalidad.

Nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad* está sujeto a cambios. Si nuestro aviso cambia, usted puede obtener una copia en nuestro sitio web **www.TMphysiciannetwork.org**. Si tiene alguna pregunta acerca de nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad*, comuníquese con nuestro Funcionario de Privacidad al (310) 784-4953 o en tmpnprivacy.officer@tmmc.com

Acuso recibo del *Aviso de Prácticas de Privacidad* de **Torrance Memorial Physician Network**.

Se me han informado las divulgaciones anteriores y comprendo que los detalles completos están descritos en el Aviso de prácticas de privacidad que he recibido. _____ Iniciales

Nombre del paciente/representante legal (*en letra imprenta*)

Fecha

Firma del paciente/representante legal

Si es el representante legal, indique su relación con el paciente

FORMULARIO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente asigno y transmito a Torrance Health Association, como mi representante autorizado designado, todos los beneficios médicos y/o el reembolso del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por los servicios. Solicito que el pago de las prestaciones de seguros autorizadas, incluyendo Medicare, si soy beneficiario de Medicare, se hagan en mi nombre a Torrance Health Association (THA), con razón social Torrance Memorial Physician Network (TMPN), para cualquier equipo o servicios (por ejemplo, visitas a proveedores de salud, tratamientos, terapias y/o medicamentos) ofrecidos o proporcionados a mí por la organización.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por equipos o servicios relacionados con la organización, los Centros para Servicios de Medicare o Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), mi compañía de seguros u otra entidad médica. Se enviará una copia de esta autorización será enviada a CMS, mi compañía de seguros u otra entidad si así es solicitado. La autorización original se conservará en los archivos de la organización.

Entiendo y confirmo lo siguiente:

- Soy financieramente responsable ante la organización por todos los cargos, independientemente de cualquier seguro o beneficio aplicable.
- Es mi responsabilidad notificar a la organización de cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba la reclamación.
- Soy responsable de toda la factura o saldo de la cuenta según lo determinado por la organización y/o mi seguro médico si se niega el pago de las reclamaciones presentadas o cualquier parte de ellas.

Además, por la presente autorizo a mi administrador del plan de seguro, fiduciario, asegurador, y/o abogado para liberar a THA/TMPN cualquier documento del plan de seguro, resumen de la descripción de beneficios, póliza de seguro, y/o información sobre la liquidación, previa solicitud por escrito de THA o sus abogados para reclamar tales beneficios médicos.

Entiendo que al firmar este formulario estoy aceptando la responsabilidad financiera como se ha explicado anteriormente de todos los pagos de los servicios que reciba.

Nombre del paciente/beneficiario (*en letra imprenta*)

Firma

Fecha

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE POR VIDA DE SEGURO SUPLEMENTARIO MEDI-GAP/MEDICARE:

Yo, el abajo firmante, cuento con cobertura de seguro Medi-Gap y asigno directamente a:

_____ (Nombre del consultorio o proveedor),
todos los pagos de beneficios médicos en mi nombre. Por la presente autorizo la liberación de la información médica necesaria para asegurar los pagos de beneficios. Autorizo el uso de la firma en todos los envíos del seguro ya sean manuales o electrónicas. Esta asignación estará vigente hasta que yo la revoque por escrito.

Firma del beneficiario

Número de identificación del seguro

Fecha

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____

Marque el recuadro adecuado e indique si usted ha tenido alguna de las siguientes afecciones:

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido | <input type="checkbox"/> Enfermedad mamaria | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Accidente grave |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cataratas/glaucoma | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Lentes de contacto/gafas | <input type="checkbox"/> Prótesis auditiva | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Disfunción tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> EPOC/enfisema | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable | <input type="checkbox"/> Convulsiones | _____ |

Antecedentes familiares inmediatos: (Tenga en cuenta las siguientes enfermedades: Cáncer, diabetes, presión arterial alta, problemas del corazón, accidente cerebrovascular, convulsiones, disfunción tiroidea, trastornos mentales, asma, osteoporosis, tuberculosis.)

Familia: Edad (si están vivos) Fallecido: (indicar edad y causa) Saludable o enfermedad(es) observada(s): Otros hermanos con edad y afección:

Padre: _____

Madre: _____

Hermano: _____

Hermana: _____

Hijo: _____

Hija: _____

¿Algún pariente consanguíneo que no sea familiar directo ha presentado las siguientes afecciones? (Especifique la relación)

- | | | | | | |
|--|-------|--|-------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes | _____ | <input type="checkbox"/> Obesidad | _____ |
| <input type="checkbox"/> Alergias | _____ | <input type="checkbox"/> Adicción a las drogas | _____ | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer | _____ | <input type="checkbox"/> Eczema/Urticaria | _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma | _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón (AC) | _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | _____ | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | _____ | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (ACV) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | _____ | <input type="checkbox"/> Disfunción tiroidea | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Depresión | _____ | <input type="checkbox"/> Migrañas | _____ | <input type="checkbox"/> Otro: | _____ |

Marque el recuadro si escribió información adicional en la parte posterior de la página.

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial social

Idioma de preferencia: _____ ¿Necesita un intérprete? Sí No
 Trabaja actualmente: Sí No Jubilado
 Ocupación: _____ Horas de trabajo semanales: _____
 ¿Es su trabajo satisfactorio y libre de presión o estrés excesivo? Sí No
 ¿Falta con frecuencia al trabajo? Sí No

Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo
 N.º de matrimonios anteriores: _____
 ¿Cómo es la relación con su cónyuge? _____
 ¿Su vida sexual es satisfactoria? Sí No
 ¿Cómo es la relación con sus hijos? _____
 Número de hijos: _____ Mujeres _____ Hombres
 ¿Da o recibe atención continua en el hogar? Sí No ¿A quién o de quién? _____
 ¿Usted tiene un documento de voluntades anticipadas? Sí No
 ¿Esta oficina tiene una copia en el archivo? Sí No

Uso de tabaco: Nunca Sí, Número de paquetes al día: _____
 Anteriormente Número de años que ha fumado: _____

Alcohol: Nunca Sí, Número de tragos al día: _____
 Anteriormente Tipo: _____

Drogas ilícitas: Nunca Sí
 Anteriormente Tipo: _____

Consumo de cafeína: Sí No
 Café Té Bebidas gaseosas Bebidas energéticas Chocolate Consumo diario: _____

Estilo de vida:
 ¿Está siguiendo alguna dieta específica? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de dieta es? _____
 ¿Hace ejercicio habitualmente? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de ejercicio? : _____
 Número de días a la semana: _____
 Horas al día: _____

Atención preventiva: (indique la fecha del ultimo examen)							
Exámenes:	Fecha:	Evaluaciones:	Fecha:	Vacunas:	Fecha:	Otro	Fecha:
Examen físico	_____	Prueba de diabetes	_____	Tdap (tétanos, difteria, tos ferina)	_____	Solo mujeres:	_____
Examen dental	_____	Lipidograma	_____	Gardasil	_____	Prueba de Papanicolaou	_____
Examen de la vista	_____	Colonoscopia	_____	Hep A	_____	Mamografía	_____
ECG	_____	Densidad ósea	_____	Hep B	_____	Solo hombres:	_____
Solo personas diabéticas:		Prueba de tuberculosis	_____	Influenza (gripe)	_____	APE	_____
Hemoglobina AC1	_____	Pruebas de ETS	_____	Neumonía	_____		_____
Examen de microalbuminuria	_____		_____	Zostavax (herpes zóster)	_____		_____
Examen de los pies	_____		_____				

¿Toma 81 mg de aspirina todos los días? Sí No

Marque el recuadro si escribió información adicional en la parte posterior de la página.

INICIALES DEL PROVEEDOR _____