

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (día/mes/año): _____

Sexo: M F OtroEstado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Correo electrónico: _____

WellMed recomienda que usted proporcione una dirección de correo electrónico personal a la cual solamente usted tenga acceso. Para informarse sobre la Política de Privacidad de WellMed, por favor consulte www.wellmedhealthcare.com/privacy/.

Número telefónico: Trabajo: _____ Casa: _____ Celular: _____

Nombre de la persona que le cuida: _____ Teléfono: _____

¿Cómo quiere recibir información? Correo Teléfono Texto No. del celular _____Idioma preferido del paciente para comunicación médica verbal: Inglés Español Otro _____Idioma preferido del paciente para comunicación médica por escrito: Inglés Español Otro _____¿Requiere servicios de traducción (escrita)? Sí No Idioma: _____¿Requiere servicios de interpretación (verbal)? Sí No Idioma: _____

¿A veces necesita ayuda para entender la información médica que le da su proveedor médico o el personal de la clínica?

Sí No ¿La persona que le ayuda a entender la información médica, por ejemplo, la que le cuida, está en su lista de HIPAA, es decir, la persona con la que usted nos permite comentar su información médica? Sí No Raza: Indígena hawaiana o isleña de las islas pacíficas Negra o afroamericana Asiática Blanca
 India americana o nativa de Alaska Prefiere no declararlaOrigen étnico: Hispana o latina Ni hispana ni latina Prefiere no declararla

¿Es usted empleado de WellMed? Sí _____ No _____

¿Es familiar de un empleado de WellMed? Sí No Me enteré de WellMed por medio de un: Paciente establecido Familiar o amigo Evento en una clínica
 Anuncio Seguro médico o agente Evento local No disponible o se desconoce Otro: _____

Los programas y actividades médicos de WellMed no discriminan a nadie por motivo de su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidades. ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call 888-781-WELL (9355). ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 888-781-WELL (9355). 請注意: 如果您說中文 (Chinese), 我們免費為您提供語言協助服務。請致電: 888-781-WELL (9355)。

PERSONA A LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Parentesco con el paciente: _____
Número telefónico: Trabajo: _____ Casa: _____ Celular: _____

SEGURO

Nombre del empleador: _____
Dirección del empleador / Número telefónico del trabajo: _____
Ocupación del paciente: _____

¿Tiene beneficios militares para cuidados médicos? Sí No

Nombre de la compañía de seguro primario: _____ No. de identificación: _____
Plan: _____ Grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____
Empleador del asegurado: _____

Médico de cabecera y número telefónico: _____

Nombre de la compañía de seguro secundario: _____ No. de identificación: _____
Plan: _____ Grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____
Empleador del asegurado: _____

Médico de cabecera y número telefónico: _____

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR HISTORIAL DE RECETAS MÉDICAS

Por medio de este documento autorizo que WellMed y sus proveedores afiliados recuperen electrónicamente mi historial externo de recetas médicas. Entiendo que mis proveedores y el personal de aquí pueden ver el historial de recetas médicas de otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguro y administradores de beneficios farmacéuticos y que puede incluir recetas médicas hechas desde hace varios años. Entiendo que WellMed y sus proveedores afiliados usarán mi historial externo de recetas médicas para darme tratamiento médico y evaluar y mejorar mi seguridad como paciente y la calidad de la atención médica que me prestan. Entiendo que puedo revocar mi permiso en cualquier momento al darle un aviso por escrito a mi proveedor médico.

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

DATOS DE LA FARMACIA

Farmacia de compra por correo de preferencia: _____
Dirección: _____
No. de teléfono: _____

Farmacia local de preferencia: _____
Dirección: _____
No. de teléfono: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por medio de este documento autorizo que WellMed solicite en mi nombre los beneficios para los servicios cubiertos. Solicito que el pago de la compañía de seguro se haga directamente a WellMed.

Doy fe de que la información que he proporcionado con respecto a mi cobertura de seguro es la correcta. Entiendo que soy responsable del pago de todos los servicios médicos prestados. Todo cheque que me envíe la compañía de seguro se remitirá a este grupo médico para aplicarse a mi cuenta, si existiera un saldo.

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:

Tengo el derecho de dar mi consentimiento para tratamientos médicos y quirúrgicos porque (a) soy paciente o (b) soy padre/tutor legal del paciente. Toda mención a "paciente", "yo" y "mi" en este documento se refiere a: _____ (nombre del paciente).

Autorizo y voluntariamente doy mi consentimiento para que se me administren los cuidados médicos, tratamientos y las pruebas diagnósticas que los proveedores de atención médica de WellMed y sus asociados designados y asistentes opinen que son necesarios. Entiendo que al firmar este formulario les doy permiso a los médicos, practicantes avanzados, asociados médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica del consultorio para dar tratamientos mientras exista una relación médico-paciente o hasta que retire mi consentimiento.

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES DIGITALES

Al proporcionar mi número de teléfono a WellMed en este formulario de Registro del Paciente, estoy dando mi consentimiento para recibir llamadas automatizadas, mensajes pregrabados y mensajes de texto en relación a mi atención médica por parte de WellMed y sus afiliados. Puedo revocar o retirar este consentimiento en cualquier momento. Esta revocación del consentimiento debe hacerse por escrito.

Programa de Recordatorios de citas y notificaciones Doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y notificaciones clínicas, como la disponibilidad de la vacuna contra la gripe o cierres de clínica, mediante mensajes de texto al número de teléfono que proporcioné en este formulario de Registro del Paciente. Entiendo que podrían aplicarse tarifas de mensajes y transmisión de datos, los términos y la información de privacidad están disponibles (solamente en inglés) en www.wellmedhealthcare.com/texting-terms/, y que los mensajes se enviarán periódicamente. Asimismo, entiendo y acepto que estos mensajes de texto, que podrían contener cierta Información Médica Protegida (PHI), serán enviados sin encriptar y que hay cierto riesgo de divulgación o interceptación de los mensajes.

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA, VIDEOGRABACIONES O AUDIOGRABACIONES

Doy mi consentimiento a WellMed para que tome mi imagen y la use para algún tratamiento, pago o funciones relacionadas con el servicio médico. Entiendo que mi imagen, incluyendo fotografías, etc., se utilizará con el fin de ayudar a mi cuidado médico, pagos o funciones relacionadas con el servicio médico, incluyendo iniciativas con respecto a la calidad.

Entiendo que estas imágenes serán propiedad de WellMed, pero puedo obtener copias de las mismas a un costo razonable. Puedo revocar o retirar este consentimiento en cualquier momento. La revocación del consentimiento debe hacerse por escrito. La revocación del consentimiento no afecta ninguna de la información previa al aviso por escrito de la revocación.

Doy fe de que se me ha explicado plenamente este formulario y entiendo su contenido.

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

Empleador: _____