



INFORMACIÓN DEL PACIENTE									
NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo nombre) Sarah Bruner					NUMERO DE SEGURO SOCIAL 439638888		FECHA DE NACIMIENTO 4/3/333		SEXO F
DOMICILIO			CIUDAD, ESTADO, C.P.			TELÉFONO DE CASA		TELÉFONO CELULAR	
DIRECCIÓN SECUNDARIA / DE FACTURACIÓN (si aplica)			CIUDAD, ESTADO, C.P.			CORREO ELECTRÓNICO			¿FUMADOR? Sí No
ESTADO CIVIL		ESTATUS DE ESTUDIANTE		PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA		¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA OFICINA? Website Social Media Google			
CONTACTO DE EMERGENCIA (Nombre y teléfono – persona que no viva con usted)					Referida por? _____ Other: _____				
¿CON QUIÉN PODEMOS HABLAR SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA? (Ejemplo: cónyuge, padre/madre, solo yo, u otro nombre)									
EMPLEADOR DEL PACIENTE					EMPLEADOR DEL CONYUGUE				
DIRECCIÓN					DIRECCIÓN				
CIUDAD, ESTADO, C.P.					CIUDAD, ESTADO, C.P.				
NUMERO DE TEL DEL TRABAJO		OCUPACION			NUMERO DE TEL DEL TRABAJO		OCUPACION		
INFORMACIÓN DEL TITULAR PRINCIPAL DEL SEGURO (Si es diferente al paciente)									
NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo nombre)					NUMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO
DOMICILIO			CIUDAD, ESTADO, C.P.			DIRECCIÓN SECUNDARIA / DE FACTURACIÓN (si aplica)			
TELÉFONO DE CASA		TELÉFONO CELULAR		TELÉFONO DE TRABAJO		CIUDAD, ESTADO, C.P.			
ESTADO CIVIL	ESTATUS DE ESTUDIANTE	FUMADOR? Sí / No	VETERANO? Sí/ N	PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA		CORREO ELECTRÓNICO			
RELACION CON EL PACIENTE					EMPLEADOR/OCUPACION				
ASEGURANZA MEDICA PRIMARIA									
NOMBRE DE LA ASEGURANZA MEDICA					NUMERO DE POLIZA				
NOMBRE DEL ASEGURADO					NUMERO DE GRUPO				
DIRECCION DE LA COMPANIA					COPAGO				
CIUDAD, ESTADO, C.P.			NUMERO DE TELEFONO			DEDUCIBLE			
RELACION CON EL PACIENTE			FECHA DE VIGENCIA			FECHA DE EXPIRACION			
ASEGURANZA MEDICA SECUNDARIA (si aplica)									
NOMBRE DE LA ASEGURANZA MEDICA					NUMERO DE POLIZA				
NOMBRE DEL ASEGURADO					NUMERO DE GRUPO				
DIRECCION DE LA COMPANIA					COPAGO				
CIUDAD, ESTADO, C.P.			NUMERO DE TELEFONO			DEDUCIBLE			
RELACION CON EL PACIENTE			FECHA DE VIGENCIA			FECHA DE EXPIRACION			

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

Al paciente: Usted tiene el derecho, como paciente, a ser informado(a) sobre su condición y sobre el procedimiento quirúrgico, médico o diagnóstico recomendado, con el fin de que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados.

En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento tiene únicamente el propósito de obtener su autorización para realizar la evaluación necesaria con el fin de identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado para cualquier condición identificada.

Este consentimiento nos otorga su autorización para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos que sean razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que:

(1) su intención es que este consentimiento tenga carácter continuo, incluso después de que se haya establecido un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y

(2) usted consiente recibir tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo la misma propiedad, lo cual incluye visitas presenciales o por telemedicina.

Este consentimiento permanecerá plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho de interrumpir los servicios en cualquier momento. Asimismo, tiene el derecho de hablar con su médico sobre el plan de tratamiento, incluyendo el propósito, los posibles riesgos y beneficios de cualquier prueba que se le haya ordenado. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le exhortamos a que haga preguntas. Solicito voluntariamente que un médico y/o enfermero(a) practicante, asistente médico(a), partera(o) certificada(o), y otros proveedores de atención médica o sus designados, según se considere necesario, realicen los exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios para la condición que me ha llevado a buscar atención en esta práctica. Entiendo que, si se recomiendan pruebas adicionales o procedimientos invasivos o intervencionistas, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de llevar a cabo dichas pruebas o procedimientos. Certifico que he leído y comprendido plenamente las declaraciones anteriores y que otorgo mi consentimiento de manera completa y voluntaria a su contenido.

Firma de la paciente o representante

Fecha

AVISO DE DERECHOS DEL PACIENTE



El Administrador de MomDoc se asegurará de que, en el momento de la admisión (visita de paciente nuevo), el paciente o su representante reciba una copia escrita de los derechos del paciente. El Administrador también se asegurará de que una copia de los derechos del paciente de MomDoc esté colocada en un lugar visible en cada ubicación de MomDoc, junto con nuestra licencia vigente emitida por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona.

El Administrador de MomDoc se asegurará de que cada paciente sea tratado con respeto, consideración y dignidad, y de que los pacientes no sean sometidos a abuso, negligencia, explotación, coerción, manipulación, abuso sexual o agresión sexual, restricción o aislamiento, a menos que esté permitido conforme al Estatuto de Salud de Arizona R9101012(B). El Administrador asimismo garantizará que no se tolere ningún tipo de represalia por presentar una queja ante el Departamento u otra entidad, ni la apropiación indebida de bienes personales o privados por parte del personal del centro de tratamiento ambulatorio.

El Administrador de MomDoc se asegurará de que lo siguiente ocurra según corresponda (salvo en una emergencia):

- El paciente o su representante puede consentir o rechazar el tratamiento.
- El paciente o su representante puede negarse o retirar su consentimiento para el tratamiento antes de que este se inicie.
- El paciente será informado sobre las alternativas a cualquier medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico propuesto, así como sobre los riesgos asociados y las posibles complicaciones del medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico propuesto.
- El paciente será informado sobre la política de MomDoc referente a directivas de atención médica o el proceso de quejas.
- Se obtendrá el consentimiento del paciente antes de tomar fotografías del paciente.
- Se obtendrá un consentimiento por escrito para divulgar expedientes médicos o financieros, a menos que la ley lo permita sin dicho consentimiento.

Los derechos del paciente de MomDoc incluyen los siguientes:

- No ser discriminado(a) por motivos de raza, origen nacional, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico.
- Recibir tratamiento que apoye y respete la individualidad, las decisiones, las fortalezas y las capacidades del paciente.
- Recibir privacidad durante el tratamiento y la atención de necesidades personales.
- Revisar, previa solicitud por escrito, su propio expediente médico de conformidad con A.R.S. 122293, 122294 y 122294.01.
- Recibir una referencia a otra institución de atención médica si MomDoc no está autorizado(a) o no puede proporcionar los servicios de salud física que el paciente necesita.
- Participar, o permitir que su representante participe, en el desarrollo de o en las decisiones relacionadas con el tratamiento.
- Participar o negarse a participar en investigaciones o tratamientos experimentales.

- Recibir asistencia de un familiar, del representante del paciente u otra persona para comprender, proteger o ejercer los derechos del paciente.
- Recibir instrucciones de seguimiento de manera verbal o por escrito antes de que el paciente abandone la instalación (a menos que el paciente se retire en contra de la recomendación de un miembro del personal).

La siguiente lista de derechos y responsabilidades del paciente no pretende ser exhaustiva, sino que tiene como propósito demostrar nuestra preocupación y enfatizar la importancia de respetar estos derechos y responsabilidades:

- Recibir atención considerada y respetuosa, y garantizar que dicha atención se brinde en un entorno seguro, libre de toda forma de abuso, acoso o discriminación, negligencia, explotación, coerción y manipulación. El personal y los proveedores de MomDoc no harán uso indebido de su propiedad personal o privada.
- Conocer el nombre del proveedor que le brinda atención médica, así como los nombres y las relaciones profesionales de otros proveedores que participen en su atención.
- Recibir información sobre su estado de salud, diagnóstico, pronóstico, curso del tratamiento, expectativas de recuperación y resultados de la atención (incluidos resultados no anticipados), en términos que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a una comunicación efectiva y a participar en el desarrollo e implementación de su plan de atención. Asimismo, tiene derecho a participar en cuestiones éticas que surjan durante su atención, incluidas aquellas relacionadas con la resolución de conflictos. En una situación de emergencia, cuando usted no tenga capacidad para tomar decisiones y la necesidad de tratamiento sea urgente, la información podrá proporcionarse a otra persona que usted haya designado para que actúe en su nombre.
- Recibir un tratamiento que apoye y respete su individualidad, sus decisiones, fortalezas y capacidades.
- No someterse a ningún procedimiento a menos que usted o su representante legalmente autorizado otorgue su consentimiento voluntario, competente y debidamente informado.
- Tener la expectativa de que quienes le brinden atención médica protejan su privacidad y respeten su dignidad personal.
- Que se respeten sus valores, creencias y preferencias culturales, psicosociales, espirituales y personales.
- Esperar que los registros de tratamiento se mantengan confidenciales, salvo que usted haya otorgado permiso para divulgar la información o que la divulgación sea requerida o permitida por ley. Cuando MomDoc divulgue sus registros a terceros, como compañías de seguros, recalcará que dichos registros son confidenciales.

- Revisar su propio expediente médico previa solicitud por escrito y recibir una explicación del contenido dentro de un plazo razonable, excepto cuando la ley lo restrinja.
- Recibir una referencia a otra institución de atención médica si MomDoc no está autorizado(a) o no puede proporcionar los servicios de salud física que necesita.
- Abandonar la oficina incluso en contra de la recomendación de su proveedor.
- Ser informado(a) sobre alternativas cuando la atención hospitalaria ya no sea apropiada.
- Recibir una explicación detallada y desglosada de su factura médica completa.
- Comunicar inquietudes o quejas relacionadas con su atención a un representante del paciente sin temor a represalias por parte del Departamento u otra entidad.
- Recibir respuestas a preguntas de carácter ético que puedan surgir durante el curso de su atención.
- Tener acceso a un intérprete o traductor, si es necesario.
- Esperar que la información médica divulgada sobre usted, así como sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de su información médica, se manejen de conformidad con nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Acceder, solicitar correcciones y recibir un registro de las divulgaciones relacionadas con su propia información de salud, conforme a lo permitido por la ley vigente.
- Recibir instrucciones de seguimiento, ya sea de forma verbal o por escrito, antes de salir del centro de atención ambulatoria, a menos que se retire en contra de la recomendación médica.
- Presentar una queja comunicándose con el supervisor de la oficina médica de su ubicación, o completando el formulario "**Califique su visita**", disponible en **MomDoc.com**.
- Recibir una respuesta a cualquier queja dentro de un plazo de **24 horas hábiles**.
- Comunicarse con el Supervisor de la Oficina para obtener una lista de nuestras tarifas programadas.
- El Supervisor de la Oficina en cada ubicación tiene publicados los informes actuales de inspección de licencias cerca de su escritorio. Por favor, solicite al Supervisor de la Oficina que le facilite dichos registros, los cuales están disponibles para revisión con la Administración.
- El departamento que se indica a continuación puede ser contactado para presentar una queja con respecto a nuestra instalación:

Departamento de Servicios de Salud de Arizona

150 North 18th Ave, Suite 450

Phoenix, AZ 850073248

Teléfono: (602) 3643030

Fax: (602) 7920466

Sitio web: www.azdhs.gov

- Los cargos por la atención que un proveedor de MomDoc determine como médicamente necesaria se enviarán al seguro proporcionado por el paciente. El paciente es responsable del pago de copagos, coseguro, deducibles y cualquier otro tratamiento no cubierto por su plan de seguro. El paciente es responsable de proporcionar y mantener información de seguro precisa y actualizada con MomDoc.
- Reconozco que he recibido y leído el **Aviso sobre las Prácticas de Información de Salud**. Entiendo que mi proveedor de atención médica participa en **Health Current**, el Intercambio de Información de Salud (HIE) de Arizona. Entiendo que mi información de salud puede compartirse de manera segura a través del HIE, a menos que complete y devuelva un formulario de exclusión voluntaria (*Opt Out Form*) a mi proveedor de atención médica.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Date: _____

