



# SKYLINE HEALTH MEDICAL CLINIC

## Formulario de Inscripción para Pacientes

Fecha de hoy:	Proveedor de atención primaria:		
<b>Información del Paciente</b>			
Nombre de paciente:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra.	Estado civil:	
Otros nombres que ha usado:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	
Domicilio:	Núm. de seguro social:	Teléfono:	
Dirección de correo:	Ciudad, estado, código postal:		
Ocupación:	Empleador:	Teléfono de empleador:	
Remitido a la clínica por: <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Plan de seguro <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Cercanía a casa/trabajo <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas <input type="checkbox"/> Otro:			
Otros familiares atendidos aquí:			
<b>Información de Seguro</b>			
Favor de presentar su tarjeta de seguro a la recepcionista.			
Persona responsable de la factura:	F. de Nac.:	Domicilio (si es otro):	Teléfono:
¿Es paciente aquí esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ocupación:	Empleador:	Dirección del empleador:	Teléfono de empleador:
Seguro principal y dirección de reclamaciones, si está disponible:			Copago: \$
Nombre del suscriptor:	Núm. de seguro social del suscriptor:	Fecha de nacimiento:	
Parentesco del paciente con el suscriptor:	Número de póliza:	Número de grupo:	
Seguro secundario y dirección de reclamaciones, si está disponible:			
Nombre del suscriptor:	Núm. de seguro social del suscriptor:	Fecha de nacimiento:	
Parentesco del paciente con el suscriptor:	Número de póliza:	Número de grupo:	
<b>Contacto en Caso de Emergencia</b>			
Nombre de familiar o amigo local (no en la misma dirección):	Parentesco con el paciente:		
Teléfono:	Teléfono del empleador:		

## Historial Médico

Fecha de hoy:		Nombre de paciente:						
Fecha de Nacimiento:				Sexo:				
Problemas médicos actuales (p. ej., diabetes, enfermedades del corazón, enfisema, cáncer):								
Cirugías/hospitalizaciones/lesiones:								
Alergias y reacciones:								
<b>Antecedentes médicos</b>								
¿Alguna vez le han diagnosticado a usted o a algún familiar de usted con alguno de los siguientes?								
	No	Ud.	Familiar (indique el parentesco)		No	Ud.	Familiar (indique el parentesco)	
ETS (indique qué tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> :	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> :	
Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> :	Trastornos de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> :	
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> :	Cualquier enfermedad hereditaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> :	
Cáncer (indique qué tipo))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> :	Diabetes (indique qué tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> :	
Apoplejía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> :	Coágulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> :	
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> :	Problema de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> :	
Apunte el nombre de las personas que viven con usted (nombre y parentesco):								
¿Alguna vez ha fumado o usado otra forma de tabaco? <input type="checkbox"/> Sí, actualmente <input type="checkbox"/> Sí, pero lo dejé <input type="checkbox"/> No, nunca he fumado ni usado otra forma de tabaco								
Si a la pregunta anterior usted contestó que sí, indique su edad cuando empezó:				Si usted es ex fumador/consumidor, indique su edad cuando lo dejó:				
Si a la pregunta anterior usted contestó que sí, indique cuántos cigarrillos al día:								
Durante el último año, ¿cuántas veces ha tomado 5 (hombres) o 4 (mujeres) tragos en un solo día?:								
¿Usa drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es que sí, ¿qué, cuánto y con qué frecuencia?								
¿Tiene cualquiera de los siguientes síntomas?								
Sí	No		Yes	No		Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga, debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemoptisis (sangre en el esputo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de apetito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho, palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas/vómitos/diarrea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descomposición/herida de la piel debido a presión o erupción			

### Planificación Familiar

Enumere los embarazos y partos anteriores:

¿Piensa embarazarse dentro del próximo año?  Sí  No

¿Usa alguna forma de anticoncepción?

Sí  No

Si es que sí, indique el (los) tipo(s) de anticoncepción que usa:

¿Está contenta con su método actual de anticoncepción?  Sí  No

### Nutrición y Actividad Física

¿Qué piensa del tamaño de su cuerpo?

¿Cómo describiría su alimentación en casa?

Indique el tipo, frecuencia y duración de cualquier actividad física que haga:

### Factores Sociales

Durante las últimas dos semanas, ¿qué tan seguido le han molestado los siguientes problemas?

*Poco interés o placer al hacer cosas.*

0 = Nunca

1 = Varios días

2 = Más de la mitad de los días

3 = Casi todos los días

*Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza.*

0 = Nunca

1 = Varios días

2 = Más de la mitad de los días

3 = Casi todos los días

¿Se siente seguro en casa?  Sí  No  N/C

¿Tiene disponible apoyo emocional?  Sí  No

¿Tiene una enfermedad crónica o terminal con consultas médicas frecuentes?  Sí  No

¿Tiene trabajo en este momento?  Sí  No

Si es que sí, indique su ocupación:

¿Tiene preocupaciones económicas?

Indique cualquier circunstancia que le cause un estrés importante:

### Lista de Medicamentos

Farmacia preferida (nombre y dónde se encuentra):

Indique todos los medicamentos que toma (incluya la dosis):

### Otros Proveedores de Atención Médica

Indique cualquier otro proveedor de atención médica que usted vea:



**SKYLINE**  
**HEALTH**  
MEDICAL CLINIC

***Aviso de Prácticas del Retiro--el Reconocimiento***

Nosotros guardamos un registro del cuidado de salud repara e lo proporcionan. Usted puede pedir ver y copiar ese registro. Usted también puede pedir corregir ese registro. Nosotros no descubriremos su registro a otros a menos que usted nos dirige hacer para que o a menos que la ley autoriza o nos compele hacer para que. Usted puede ver su registro o puede conseguir más información sobre eso avisando la Sección del Registro Médica de Hospital de Skyline.

Nuestro Aviso de Prácticas del Retiro describe en más detalle cómo su información de salud puede usarse y puede descubrirse, y cómo usted puede acceder su información.

***Por mi firma debajo de mí reconozca recibo del Aviso de Prácticas del Retiro.***

\_\_\_\_\_  
Nombre Paciente imprimido

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o autorizó a representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre imprimido si firmó en nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación (padre, tutor, personal, representante, etc.)

(Notation, if any, by staff)

This form will be retained in your medical record.

\_\_\_\_\_  
Medical Record Number



## Skyline Health Medical Clinic – Solicitud del Paciente para Comunicación Confidencial

Las leyes de privacidad, tanto estatales como federales, prohíben que el personal de Skyline Health Medical Clinic facilite su información médica a ninguna persona que usted no haya aprobado. Si usted quiere autorizar al personal de Skyline Health Medical Clinic a hablar con sus familiares o amigos sobre su información médica protegida, favor de cumplimentar este formulario.

El personal de Skyline Health Medical Clinic no facilitará a nadie una copia de su información médica sin el consentimiento y solicitud explícita y escrita de usted. Si usted quiere que le facilitemos a su familia copias de su información médica, favor de pedirle a su asistente médica o recepcionista un formulario de Autorización para Facilitar Información.

- Si los familiares preguntan por su salud, ¿quiere que el personal de Skyline Health Medical Clinic les proporcione información relacionada con su condición?
  - Sí, quiero que el personal de Skyline Health Medical Clinic comparta con mi familia la siguiente información:*
    - Diagnóstico, resultados de pruebas, planes y disposición.*
    - Sólo el diagnóstico.*
    - Sólo información sobre la condición general.*
  - No, por favor, no compartan con mi familia mi información médica protegida.*
- Sí usted marcó “Sí” más arriba, favor de alistar los nombres de los familiares con los que nuestro personal esté autorizado a hablar sobre la Información Médica Protegida que usted haya indicado (favor de usar el dorso para alistar más nombres):

Nombre de familiar (en letras de molde):	Parentesco con usted:

<b>Firma de paciente:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Firma de personal:</b>	<b>Fecha:</b>



### Autorización para Facilitar Información

Nombre del paciente (nombre legible y legal):		Nombre de soltera/apodo/otros:	
Dirección de correspondencia:		Fecha de nacimiento:	
Ciudad, estado, código postal:		Teléfono:	
<b>Favor de OBTENER mi información de:</b>		<b>Favor de ENVIAR mi información a:</b>	
Hospital, clínica, nombre de proveedor:		Nombre de persona, clínica u hospital:	
Dirección:		Dirección:	
Ciudad, estado, código postal:		Ciudad, estado, código postal:	
<input type="checkbox"/> Enviar por correo.* <input type="checkbox"/> Faxear.* Tele'fono: _____ Faxear: _____		Faxear a este número:	Número de teléfono:

**Autorizo al hospital, clínica o proveedor antes mencionado a facilitar la siguiente información médica protegida, según se indica más arriba:**

Fecha(s) específica(s) de tratamiento o ingreso(s), o rango de fechas: \_\_\_\_\_

Información específica, tal como se lista a continuación:  Todo: \_\_\_\_\_

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> CD de radiografías     | <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio               | <input type="checkbox"/> Informe de emergencias    |
| <input type="checkbox"/> Informe de radiografía | <input type="checkbox"/> Antecedentes médicos y examen físico | <input type="checkbox"/> Nota de evolución clínica |
| <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico     | <input type="checkbox"/> Resumen de alta                      | <input type="checkbox"/> Otro: _____               |
|   | <input type="checkbox"/> Notas de La Salud de Comportamiento  |  |

**Motivo de esta solicitud para facilitar información:** \_\_\_\_\_

Entiendo que, conforme a las leyes federales y/o estatales, cierta información en estos expedientes no se puede facilitar sin autorización específica.

**Al firmar con mis iniciales a continuación,** autorizo específicamente la facilitación de la siguiente información médica confidencial y protegida:

- [ ] Análisis de VIH y/u otra enfermedad de transmisión sexual e información relacionada, incluyendo la documentación de prácticas de alto riesgo.  
 [ ] Abuso, diagnóstico, tratamiento de drogas y/o alcohol. [ ] Resultados de pruebas genéticas e información relacionada. [ ] Información sobre el tratamiento psiquiátrico o de enfermedad mental.

Autorizo específicamente a que se facilite esta información. Tengo derecho a revocar mi autorización en cualquier momento mediante una notificación escrita al Privacy Officer (encargado de privacidad), Skyline Clínica, PO Box 99, White Salmon WA 98672. La única excepción es cuando la acción ya se ha tomado según las instrucciones iniciales en esta Autorización. Si usted no firma esta autorización, no se afectará ninguna atención médica proporcionada por Skyline Clínica.

Firma del paciente:	Firma de padre/madre/tutor legal (si corresponde):
Nombre en letras de molde:	<input type="checkbox"/> Sí – Existe constancia de la tutela. <input type="checkbox"/> No - <b>No facilitar</b> hasta que se haya proporcionado la constancia de tutela.
Fecha:	<b>Fecha de vencimiento de esta autorización para facilitar información (ROI, por sus siglas en inglés)</b>
La solicitud para su información se tardará <b>15 días</b> en tramitarse (RCW 70.02.080). <b>No hay cobro</b> por información facilitada a pacientes, médicos, clínicas y hospitales para la <b>continuidad de atención médica. Número de teléfono de Skyline Family Medicine para asuntos relacionados con ROI: 509-637-2810   Fax: 509-493-1368</b>	
Sólo para uso oficial:	
Enviado por: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Recogido (por: _____) Verificación de identificación legal: _____	
Copia de ROI facilitada: _____	
Fecha de envío de información: _____	
Autorización enviada/tramitada por: _____	



## CONDICIONES DE SERVICIOS - PACIENTES AMBULATORIOS

### ACUERDO DE PAGO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

Por medio de la presente, autorizo a que se le pague directamente a Skyline Hospital los servicios que de otro modo serían pagaderos a mí, pero sin exceder los cargos habituales para este periodo de servicio. Entiendo que voy a recibir cada mes un estado de cuenta si mi cuenta tiene un saldo pendiente. Entiendo además que tengo la responsabilidad de cobrar mi reclamación de seguro, o de negociar un acuerdo en una reclamación contenciosa, y que soy responsable de pagar con prontitud mi cuenta, y de todo recargo por mora que resulte de la falta de pagar a tiempo dicha cuenta. En caso de que la cuenta sea remitida a un abogado o una agencia de cobranza para la recuperación de la deuda, el abajo firmante pagará los honorarios de abogado y las tarifas de cobranza, siempre que dichos honorarios y tarifas sean razonables.

Autorizo además a que el hospital le pida información, según lo estime necesario y con el fin de verificar mi cobertura y mi responsabilidad económica, a todo tercero pagador o referencia económica que yo hubiera nombrado, y autorizo por la presente a dichos pagadores y/o referencias a que faciliten tal información al Hospital.

El abajo firmante accede, ya sea que firme como agente o como paciente, a que, en contraprestación de los servicios a ser prestados al paciente, se responsabilice personalmente de pagar la cuenta, así como obligando al paciente, y el hospital puede buscar que pague el uno o el otro, o que paguen los dos. Cualquier saldo de la cuenta que sea responsabilidad del paciente o fiador podría ser incorporado a otras cuentas y podría establecerse un plan de pagos, según la política de la junta directiva del hospital.

### AYUDA ECONÓMICA

La ayuda económica es una manera de ayudar a las personas y familias de bajos ingresos a pagar los servicios médicos y cubre la atención hospitalaria necesaria o de emergencia. Skyline Hospital proporciona ayuda económica a aquellos pacientes que hayan agotado toda fuente de terceros pagadores, incluyendo Medicare y Medicaid, y cuyos ingresos son iguales o inferiores al 200% del nivel federal de pobreza, según lo dispuesto en la política de ayuda económica. Se puede obtener una solicitud en el Patient Services Department (departamento de servicios al paciente)

### SÓLO PARA DERECHOHABIENTES DE MEDICARE

Medicare no cubre los medicamentos autoadministrados para servicios ambulatorios. Usted será responsable de los gastos por medicamentos autoadministrados.

Certifico que la información que he proporcionado al solicitar el pago según los títulos que corresponden de la Ley de Seguridad Social del HB-89-97 es correcta. Autorizo la facilitación de toda información para tramitar esta solicitud. Solicito que esta autorización se aplique al periodo anticipado del tratamiento, pero que no exceda de un (1) año.

### CONSENTIMIENTO MÉDICO

El abajo firmante autoriza y accede a todo tratamiento médico, facilitación de información médica, estudios radiográficos, procedimientos de laboratorio (estas pruebas pueden incluir los análisis de VIH), u otro servicio hospitalario que sea estimado conveniente o necesario por los médicos a cargo o los médicos consultores. El paciente está bajo la atención de sus médicos, y el hospital no será responsable por ningún acto u omisión a consecuencia de seguir las órdenes de dichos médicos. El abajo firmante reconoce que muchos doctores en medicina, incluyendo radiólogos, patólogos y anestesiastas, son contratistas independientes y no empleados del hospital, y pueden facturar al paciente por separado. El abajo firmante autoriza y accede a que Skyline Hospital tome fotos, ya sea para propósitos de identificación o para propósitos médicos.

### FACILITACIÓN DE INFORMACIÓN

El Hospital tiene derecho a proporcionar información demográfica del paciente a Press Ganey Assoc., Inc. con el fin de realizar encuestas de satisfacción del cliente.

El Hospital tiene derecho a facilitar a los terceros pagadores, o a sus socios de cobranza, afiliados de facturación y otros proveedores de atención médica, el expediente del paciente y cualquier otra información necesaria que tenga que ver con mi tratamiento y/o ingreso.

### ARTÍCULOS PERDIDOS O ROBADOS

Es la política de Skyline Hospital que los pacientes asumen la responsabilidad del cuidado de sus propios bienes, a menos que sean entregados para que se salvaguarden.

### DERECHOS DEL PACIENTE

Para ser informado que un doctor de medicina o osteopatía no estar presente en hospital las 24 horas por día, siete días a la semana, pero un medico es disponible en llamada.

Acuso recibo de los derechos y responsabilidades del paciente. (Por favor, ponga sus iniciales) \_\_\_\_\_

**LOS EXÁMENES MÉDICOS PARA DETECCIÓN Y EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA ESTABILIZAR SE PRESTARÁN AUN SI EL PACIENTE QUE ACUDE NO PUEDE PAGAR**

_____ Firma	_____ Nombre (en letras de molde)	
_____ Firma de persona autorizada a acceder en nombre del paciente	_____ Parentesco con el paciente	
_____ Testigo	_____ Fecha	_____ Hora