

# FORMULARIO DE REGISTRÓ DEL PACIENTE

Por favor complete este formulario y léalo cuidadosamente



Post Office Box 660 · 85 Sierra Park Road · Mammoth Lakes, CA 93546 · 760-934-3311 · Fax 760-924-4029 · www.mammothhospital.com

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE ¿Ha sido paciente de algunas de las facilidades de Mammoth Hospital? Si No Event date:\_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ No. de teléfono celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Domicilio del Hogar/Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente a la de arriba) \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo M F No. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Estado Civil C S D V

¿Hay algún cambio en la sección de arriba? Si No

Nombre de la compañía donde trabaja \_\_\_\_\_ Teléfono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Jornada completa \_\_\_\_\_ Media jornada \_\_\_\_\_ Empleo Independiente \_\_\_\_\_ Retirado \_\_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_\_

Si Ud. está de visita en el área, de un número de teléfono local y un lugar donde pueda ser localizado:\_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_Blanco \_\_\_\_\_ Negro \_\_\_\_\_ Indigena Americano/Eskimo/Aleut \_\_\_\_\_ Asiático/Isleño del Pacifico \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_ Desconocida

Grupo étnico: \_\_\_\_\_Hispano \_\_\_\_\_No soy Hispano \_\_\_\_\_Desconocido ¿Cuál es su Idioma Materno?\_\_\_\_\_

¿Hay algún cambio en la sección de arriba? Si No

## INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

SEGURO MÉDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ SEGURO MÉDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_

Póliza en grupo O Póliza individual

Póliza en grupo O Póliza individual

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

No. de Identificación \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ No. de Identificación \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo M F Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo M F

Nombre de la compañía donde trabaja: \_\_\_\_\_ Nombre de la compañía donde trabaja: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Jornada completa \_\_\_\_\_ Media Jornada \_\_\_\_\_ Temporal \_\_\_\_\_ Retirado/Fecha \_\_\_\_\_ Jornada completa \_\_\_\_\_ Media Jornada \_\_\_\_\_ Temporal \_\_\_\_\_ Retirado/Fecha \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Otro Seguro Médico (Si es que tiene) \_\_\_\_\_

\*\*\* Una copia del seguro medico y algún tipo de identificación se requiere para las facturas

¿Hay algún cambio en la sección de arriba? Si No

CONTACTO DE EMERGENCIA (Preferible alguien que no viva en la casa) Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO  
PARA TRATAMIENTO  
(CONSENT FOR TREATMENT)



Exp. Méd. N.º

Nombre del (de la) paciente

Fecha de nacimiento

**Consentimiento médico y quirúrgico:** El (la) paciente está bajo el control de los médicos que le atienden; el hospital no se responsabiliza por acto u omisión algunos cometidos por seguir las instrucciones de dichos médicos. El (la) abajo firmante consiente en someterse a cualesquiera exámenes con rayos X, procedimientos de laboratorio, anestesia, tratamientos médicos o quirúrgicos, o servicios hospitalarios que se le rindan en conformidad con las instrucciones generales y especiales de sus médicos. El (la) abajo firmante reconoce que todos los facultativos que proporcionan sus servicios a los pacientes sean radiólogos, patólogos, anestesistas u otros profesionales son contratistas independientes y no empleados ni agentes del hospital.

**Enfermería de asistencia y cuidado general:** El hospital proporciona solo atención de enfermería de asistencia y cuidado general. Según este sistema, se llama a los enfermeros o enfermeras a la cabecera del (de la) paciente en respuesta a una indicación de este(a). Si el estado del (de la) paciente es tal que requiere atención de enfermería de asistencia y cuidado continuos o especializados, se entiende que el (la) paciente, su representante legal o sus médicos se encargarán de hacer los arreglos necesarios para que el (la) paciente reciba dicha atención, y el hospital no se responsabilizará en manera alguna por no proveerla. Por eso, por este medio, se libera al hospital de cualquier y toda responsabilidad civil que pueda o pudiera originarse en el hecho de que no se proporcione la atención adicional mencionada al (a la) paciente abajo firmante.

**Objetos personales de valor:** Se entiende que el hospital mantiene una caja fuerte para guardar dinero y objetos de valor; y se concuerda con ello, así como con el hecho de que el hospital no será responsable de la pérdida o daño ocurridos a cualesquiera dinero, joyas, gafas, dentaduras, documentos, pieles, abrigos u otras prendas de piel, ni demás artículos pequeños y de valor, a menos que se los coloque dentro de la caja fuerte mencionada; así como tampoco será responsable de la pérdida o daño de ninguna otra propiedad personal, a menos que específicamente se la deposite en el hospital para su custodia.

**Acuerdo financiero:** Sea que firme como paciente o como agente, el (la) abajo firmante conviene en que, en consideración a los servicios que habrán de rendirse al (a la) paciente, se obliga a sí mismo(a) a pagar la cuenta del hospital en conformidad con los términos financieros (adjuntos) del hospital. En caso de que la cuenta se envíe a un abogado o a una agencia de cobranzas para que ellos se encarguen de su cobro, el (la) abajo firmante pagará los honorarios del abogado y los gastos de cobranza correspondientes. Todas las cuentas morosas devengarán intereses a la tasa legal.

**Asignación de prestaciones de Medicare:** Si es pertinente, certifico que la información que diera al solicitar el pago correspondiente según el Título XVIII (Medicare) de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a quien fuere que posea información médica o de otro tipo acerca de mí, a que comparta con la Administración de Seguridad Social o con sus intermediarios o portadores, cualquier información necesaria para este u otro reclamo relacionado con Medicare. Solicito que el pago de las prestaciones solicitadas se efectúe en mi nombre.

**Asignación de prestaciones:** Por este medio, autorizo el pago directo al Mammoth Hospital de las prestaciones de seguro médico que de otro modo se harían a mi nombre, en concepto de pago por esta hospitalización, pero sin exceder los precios regulares del citado hospital. Se conviene en que el pago al hospital conforme a esta autorización, por parte de una compañía de seguro médico, exonerará a dicha compañía de cualquier y toda obligación según la póliza, hasta el punto del pago en cuestión. Entiendo que el hospital no aceptará responsabilidad alguna de cobrar mis ganancias o negociar un acuerdo sobre un reclamo en disputa. Además, se entiende que, financieramente, yo soy responsable de los gastos no cubiertos por esta asignación.

**ENTIENDO QUE UNA VEZ QUE FIRME ESTE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, EL MISMO PERMANECERÁ EN VIGENCIA PARA TODAS LAS CONSULTAS FUTURAS EN LA CLÍNICA, HASTA QUE SE REVOQUE POR ESCRITO.**

EL (LA) ABAJO FIRMANTE CERTIFICA QUE HA LEÍDO LO ANTEDICHO Y QUE ES EL (LA) PACIENTE, EL (LA) TUTOR(A) LEGAL DEL (DE LA) PACIENTE O LA PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR EL (LA) PACIENTE, COMO SU AGENTE GENERAL PARA FORMALIZAR EL ACUERDO PRECEDENTE Y ACEPTAR SUS TÉRMINOS.

Firma del (de la) paciente o de su representante legal

Fecha

Si firma alguien que no es el (la) paciente, sírvase indicar su relación con este(a).



Gracias por elegir las clínicas de Mammoth Hospital para sus servicios médicos.  
Lo siguiente es una declaración general que explica nuestras políticas financieras.

**EL ACUERDO FINANCIERO** El acuerdo financiero es un contrato entre usted el paciente o la persona responsable y el hospital.

#### PRECIOS

Los precios en Mammoth Hospital son para nuestra área. Usted es responsable por el pago completo sin importar cualquier reducción hechas por su seguro médico.

#### SEGURO MÉDICO

Su póliza de seguro médico es un contrato entre usted y la compañía, nosotros no somos parte de ese por su compañía de seguro médico y se pueden por lo tanto considerar "no cubiertos". Mammoth Hospital mandará la factura a su seguro médico como cortesía siempre y cuando tengamos la información completa y precisa. Es responsabilidad en hacer las llamadas necesarias a su compañía de seguro médico para asegurarse que la compañía pague por su tratamientos. Si pertenece a un seguro médico HMO o le asignan un solo doctor (PC) un grupo médico (PMG), es vital que usted les notifique de su tratamiento en Mammoth Hospital. LEA su tarjeta de seguro médico y libro informativo para instrucciones específicas.

#### SERVICIOS O MATERIALES NO CUBIERTOS

Costos no cubiertos son servicios y/o materiales que se pueden determinar, por Medi-cal, CMSP, MediCare u otras compañías de seguro médico, como no medicamente necesarios para los síntomas o diagnóstico y/o el tratamiento de una condición médica. Usted es monetariamente responsable de TODOS los servicios y materiales que reciba.

#### SERVICIOS NEGADOS

En caso de que todo o una parte de los costos sean negados por su seguro médico, el paciente o la persona responsable sera responsable de todos los costos.

#### COBERTURA LIMITADA

Si su cobertura es para servicios solamente de emergencia, accidental o relacionado con el embarazo usted puede ser responsable de los costos que no sean parte del criterio de la cobertura de su seguro médico.

#### LA DEFINICIÓN DE UNA CONDICIÓN DE EMERGENCIA

Una condición medica que se manifiesta por síntomas agudos de gran severidad, incluyendo un dolor severo que en ausencia de la asistencia medica inmediata se podría poner la salud del individuo o del niño en el vientre, en serio peligro, la debilitación corporal o la disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Si usted ha recibido servicios tales como de anestesia, de un médico en la sala de emergencia, consulta con un médico especializado, de laboratorio o de patología que fueron enviados fuera del hospital, o llegó al hospital en ambulancia Mono County Paramedics, usted recibirá facturas de ellos aparte. Médicos independientes u otras compañías que le dieron servicio no son parte de los contratos que tiene Mammoth Hospital.

NOTA: Pacientes con MediCare pueden tener derechos adicionales que no estan mencionados.

Yo reconozco que recibí copia del Informe de Normas de Confidencialidad de Mammoth Hospital. El documento provee información de como Mammoth Hospital puede usar y divulgar mi información médica protegida.

Una vez que Ud. haya firmado la política financiera, esta Permanecerá en efecto para todas las visitas a futuro hasta que sea rechazada Por escrito.

He leído entendido las declaraciones antes dichas. Reconozco que soy completamente responsable de todos los costos.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (Letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Si firmo otra persona que no sea el paciente cual es el parentesco

\_\_\_ Usa la Mano Derecha (Diestro)

\_\_\_ Usa la Mano Izquierda (Zurdo)



Antecedentes Médicos	Fecha	Historia Médica Familiar
Enumere las enfermedades:		Alguien de <b>su familia</b> ha tenido:
1.		Enfermedad del Corazón                      sí no
2.		Cáncer    sí no
3.		Derrame Cerebral    sí no
4.		Presión Arterial Alta    sí no
Medicamentos que está tomando:		Diabetes    sí no
1.		Migrañas    sí no
2.		Demencia    sí no
3.		Síndrome de Parkinson    sí no
4.		Epilepsia    sí no
Alergias:		Enfermedad Mental    sí no
		Neuropatía Periférica    sí no

Historial Quirúrgico	Fecha	Historial Social
1.		Uso de alcohol    sí no
2.		Uso de Tabaco    sí no
3.		Uso de drogas    sí no
4.		

**Revisión de los Sistemas**

Alguna vez ha tenido: (Por favor marque si o no)

<b>CONSTITUCIONAL</b>		ataques al corazón	sí no
fiebre recientemente	sí no	presión arterial alta	sí no
pérdida de peso recientemente	sí no	dolor de pecho	sí no
aumento de peso recientemente	sí no	palpitaciones	sí no
<b>PIEL</b>		hinchazón de tobillos	sí no
salpullido	sí no	soplo en el corazón	sí no
cambios en el color de la piel	sí no	fiebre reumática	sí no
nódulos o úlceras en la piel	sí no	electrocardiograma anormal	sí no
<b>OJOS</b>		dolor de piernas al caminar	sí no
cataratas	sí no	venas varicosas	sí no
glaucoma	sí no	coágulos de sangre	sí no
resequedad en los ojos	sí no	<b>RESPIRATORIO</b>	
lagrimeo excesivo	sí no	dificultad para respirar	sí no
<b>OÍDOS</b>		tos	sí no
perdida de la audición	sí no	respiración silbante (resollar)	sí no
zumbido en los oídos	sí no	asma	sí no
vértigo	sí no	bronquitis	sí no
<b>CARDIOVASCULAR</b>		neumonía	sí no
insuficiencia cardiaca	sí no	radiografía del pecho anormal	sí no

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Medical Record #- \_\_\_\_\_



\_\_\_ Usa la Mano Derecha (Diestro)

\_\_\_ Usa la Mano Izquierda (Zurdo)

**SISTEMA DIGESTIVO**

dificultad para ingerir si no  
 acidez si no  
 náusea si no  
 vomito si no  
 vomitar sangre si no  
 excremento negro o con sangre si no  
 estreñimiento si no  
 diarrea si no  
 dolor abdominal si no  
 gas en exceso si no  
 ictericia si no  
 hepatitis si no  
 enfermedades del hígado si no  
 problemas de la vesícula biliar si no

**GENITOURINARIO**

dificultad para orinar si no  
 orina oscura si no  
 sangre en la orina si no  
 infecciones urinarias si no  
 cálculos en los riñones si no  
 pérdida de control en la orina si no  
 enfermedades transmitidas sexualmente si no  
 hernia si no

**MUSCULOESQUELÉTICO**

dolor muscular si no  
 dolor de las articulaciones si no  
 rigidez si no  
 artritis si no  
 gota si no  
 dolor del cuello si no  
 dolor de espalda si no

**SENO**

Nódulos en el seno si no  
 dolor del seno si no  
 secreción del pezón si no

**ENDOCRINA**

problemas de la tiroides si no

bocio si no  
 diabetes mellitus si no  
 colesterol alto si no  
 intolerancia al calor si no  
 intolerancia al frío si no  
 sudor excesivo si no  
 sed excesiva si no  
 hambre excesiva si no

**HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO**

anemia si no  
 púrpura (moretones con facilidad) si no  
 transfusión de sangre si no  
 vasculitis si no  
 enfermedades autoinmunes si no

**PSIQUIATRÍA**

ansiedad si no  
 depresión si no  
 pensamientos de suicidio si no  
 intento de suicidio si no  
 sensación de paranoia (sospechoso) si no  
 alucinaciones si no  
 delirio si no  
 cambios emocionales si no  
 dificultad para dormir si no  
 disminución en el interés sexual si no

**NEUROLÓGICO**

pérdida de la consciencia si no  
 convulsiones si no  
 debilidad si no  
 parálisis si no  
 adormecimiento si no  
 hormigueo si no  
 estremecimiento si no  
 caídas si no  
 movimientos involuntarios anormales si no  
 dolores de cabeza pérdida de la memoria si no

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Medical Record #- \_\_\_\_\_