

**INFORMACION DEL PACIENTE**

FECHA: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE REGISTRO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Apellido

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

Teléfono del hogar: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el Responsable:  Usted  Esposo(a)  Hijo(a)  TutorSexo:  Macho  Hembra Estado Civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Condición de Empleo:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Padres (si el paciente es menor de edad) Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Que médico lo(la) refirió? : \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL RESPONSABLE****LLENE SI USTED NO ES ÉL(LA) PACIENTE**

Nombre del Responsable: \_\_\_\_\_

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

Teléfono del hogar: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  Macho  Hembra Estado Civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Condición de Empleo:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial**INFORMACION DEL SEGURO DE SALUD****PRIMER SEGURO DE SALUD**

Nombre del asegurado (tal y como aparece en la tarjeta): \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina de Reclamaciones: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de Terminación: \_\_\_\_\_

**SEGUNDO SEGURO DE SALUD**

Nombre del asegurado (tal y como aparece en la tarjeta): \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina de Reclamaciones: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de Terminación: \_\_\_\_\_

**TERCER SEGURO DE SALUD**

Nombre del asegurado (tal y como aparece en la tarjeta): \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina de Reclamaciones: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de Terminación: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Teléfono del hogar: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_



Carolinan Medical Center  
NorthEast

920 Church St., North - Concord, NC 28025

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Numero de cuenta: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO:** La persona quien aquí firma este documento da consentimiento para tratamiento ambulatorio y/ o a la admisión al CMC-NorthEast y da su permiso para que el doctor encargado del cuidado del paciente administre tratamiento considerado necesario o recomendable en el diagnostico y tratamiento de este paciente. Yo estoy consiente de que la practica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, y Yo, reconozco que ninguna garantía ha sido establecida para el resultado del tratamiento o exámenes que se realicen en este hospital. Yo entiendo que estudiantes y residentes en entrenamiento de varios programas en el campo de la salud podrían participar en mi cuidado y observar procedimientos especiales. Ningun individuo deberá ser sujeto a discriminación ni rechazado de beneficios ni de ningun otro servicio, programas o actividades en cualquier instalacion del Carolinas Medical Center-NorthEast en base a raza, color,religion, origen, sexo,edad incapacidad o fuente de pago.

**EMISIÓN DE INFORMACIÓN:** La persona quien aquí firma este documento autoriza al CMC- NorthEast para revelar toda o algunas partes del contenido de la historia clínica a cualquier de las siguientes entidades: compañías de seguros, agencias del gobierno, a la compañía de trabajo del paciente o a cualquier agencia que este llevando a cabo una investigación concerniente a casos de compensación laboral, agencias reguladoras o acreditadas y cualquier agencia investigadora que conduzca investigación de la "Utilización del hospital" bajo un acuerdo con el supervisor laboral del paciente o cualquier otra fuente de pagos, y cualquier organización al cuidado de salud, proveedor de salud o agencia que necesite información medica para prestar continuidad en el cuidado del paciente. La entrega de los archivos médicos podría incluir información relacionada al tratamiento de condiciones siquiátricas y de abuso de drogas y alcohol, información relacionada al SIDA, o condiciones asociadas con el SIDA o al estado de VIH. El CMC- NorthEast hará todo el esfuerzo necesario para pre-certificar y/ o re-autorizar a un tercer partido encargado de pagar quien realiza los estudios de "Utilización" como un servicio mas para el paciente, sin embargo, CMC-NorthEast no acepta responsabilidad por la falta de pre-certificación y / o pre-autorización y no es responsable por el resultado del pago final o restricciones de tiempo. Además yo estoy de acuerdo en tener mi nombre, fecha de nacimiento y nombre de mi doctor colocado en la puerta de mi habitación y en los boletines de asignación de tareas en la unidad o departamento con el propósito de identificación. Yo también entiendo que yo puedo revocar esta autorización al proporcionar una nota por escrito a esta institución.

**INFORMACIÓN PARA PACIENTES CON MEDICARE/ TRICARE, MEDICAID:** Yo certifico que la información que he dado en la aplicación para pago bajo los artículos V, XVII, y XIX de la Ley del Seguro Social esta completa y correcta. Yo autorizo a cualquier portador de información medica o de otra información acerca de mí, de revelar a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios cualquier información necesaria para esto o para cualquier reclamo de reembolso relacionado con Medicare o Medicaid. Yo entiendo que los servicios de salud pagados bajo Medicare, Medicaid o programas de maternidad o de salud infantil están sujetos al estudio por parte de la Organización Investigativa Profesional (Professional Review Organization). Yo autorizo al CMC- NorthEast y al Departamento de Servicios Sociales del condado al que corresponda (ejemplo: Cabarrus, Mecklenburg, Rowan, etc.) para comunicar información sobre mi persona en el caso de que Yo aplique para asistencia financiera incluyendo Medicaid. Esta información podría incluir lo siguiente: fecha de la aplicación, estado de la aplicación, la razón por la cual mi aplicación continua pendiente, cualquier verificación requerida para completar mi aplicación, la fecha y la razón si no es aprobada (si es necesario). Yo he recibido el documento titulado "Un mensaje importante de TRICARE" o "Medicare" en el momento de mi admisión. Mi firma solamente reconoce el recibimiento de este mensaje del CMC-NorthEast y no retira ninguno de mis derechos para solicitar una evaluación ni de recibir cargos legales por efectos de cualquier pago.

**ASIGNACION DE LA AGENCIA DE SEGUROS/ RESPONSABILIDAD DE BENEFICIOS:** Por medio de este documento Yo autorizo el pago directo a CMC-NorthEast y a todos los doctores involucrados en mi tratamiento o diagnosis en el CMC-NorthEast por parte del seguro medico grupal, el seguro medico principal, de hospitalización, quirúrgico, medico y cualquier otro seguro pagable a/ o en beneficio del aquí firmante en virtud de una hospitalización o servicios ambulatorios del paciente abajo escrito. Yo, incondicionalmente asigno cualquier beneficio del seguro a CMC-NorthEast y a todos los doctores involucrados en mi tratamiento y además los autorizo a ellos para aplicar por cualquier excedente de beneficios de mi seguro de salud o de cualquier otro pago recibido de cualquier fuente para el pago de las facturas por pagar del paciente abajo nombrado o del firmante o de cualquier persona financieramente responsable por el paciente o del fiador. Yo entiendo que soy financieramente responsable con el hospital y los doctores por los cobros que no sean cancelados por parte de mi seguro. Si una cuenta por pagar es enviada a una agencia de colección, Yo seré responsable por cualquier pago relacionado con asuntos legales, gastos y / o intereses asociados con colección de la deuda.

**DOCTORES Y PROVEEDORES DE SALUD QUE NO SON EMPLEADOS DIRECTOS:** Yo entiendo y reconozco que muchos doctores (y sus asistentes) que prestan su servicio en el CMC- NorthEast son contratistas independientes y no son empleados del CMC- NorthEast. Yo doy consentimiento a la atención medica por parte de este personal no empleado directamente por este hospital.

**CUENTAS POR LOS SERVICIOS MEDICOS:** Yo entiendo que yo recibiré una cuenta separada por todos los servicios realizados por todos estos doctores (y sus asistentes) hacia mí.

**PERTENENCIAS PERSONALES:** Yo, por medio de este documento libero al hospital de toda responsabilidad por la perdida de objetos de valor, dinero, pertenencias personales y cualquier otra posesión las cuales no se encuentran en un deposito de seguridad del hospital.

Firma del paciente (o representante autorizado legalmente):	Fecha	Firma del Fiador (o persona responsable):	Fecha
Relación con el paciente:		Relación con el paciente:	
Testigo:	El paciente es menor de _____ años o esta inhabilitado para firmar debido a: _____		

**AUTORIZACIÓN TELEFÓNICA PARA EL TRATAMIENTO**

Nombre / Título o cargo de la persona quien hace la llamada telefónica:	Fecha	Persona a quien llamo:
	Hora	
Autorización concedida: Si _____ No _____	Relación con el paciente:	
Notas:		