



ETSUHealth

FORMULARIO DE REGISTRO

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL/LA PACIENTE

Nombre Legal Completo (Nombre)	(Segundo Nombre)	(Apellido)	Nombre Preferido/Apodo
Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Emparejado <input type="checkbox"/>	
Dirección (Número y Calle, Número de Apartamento)			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono de la casa (incluso código de área)		Teléfono Celular (incluso código de área)	
Sexo al Nacer <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer		Pronombre Preferido <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Neutral con respeto al género	
Identidad del género según la compañía de Seguro médico <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>			
Etnicidad <input type="checkbox"/> No Hispano/Ni Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino	Raza <input type="checkbox"/> Americana Nativa o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano-Americano/Negro <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u Otra Isla Pacífica <input type="checkbox"/>	Lengua Principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/>	
A qué se dedica	Si estudiante, nombre de la escuela <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante parte-tiempo		
Nombre del Empleador		Número Telefónico del Empleador (incluso código de área)	
Dirección del Empleador (Número y Calle)			
Ciudad	Estado	Código Postal	
¿Necesita servicios de Interpretación? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Ha hecho un Directivo Avanzado como un documento vital o un poder? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, por favor de proveernos una copia.		
¿Quién es su proveedor médico primario?		¿Cuál farmacia prefiere?	

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE SEGURO

Nombre de la Compañía de Seguro Médico Principal		Fecha Efectiva
Nombre del Subscriber	Fecha de Nacimiento del Subscriber	Número de Seguro Social del Subscriber
Parentesco al Paciente <input type="checkbox"/> Mismo/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Padre/Custodio/a Hijo/a <input type="checkbox"/>		
Nombre de la Compañía de Seguro Médico Secundario		Fecha Efectiva
Nombre del Subscriber	Fecha de Nacimiento del Subscriber	Número de Seguro Social del Subscriber
Parentesco al Paciente <input type="checkbox"/> Mismo/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Padre/Custodio/a Hijo/a <input type="checkbox"/>		



SECCIÓN 3: PERSONA RESPONSIBLE

*** ☐ MARQUE AQUÍ SI EL/LA PACIENTE ES TAMBIÉN LA PERSONA RESPONSABLE Y DEJE ESTA SECCIÓN VACÍA.***

Nombre Legal Completo (Nombre)		(Segundo Nombre)	(Apellido)
Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Emparejado <input type="checkbox"/> _____	
Dirección (Número y Calle, Número de Apartamento)			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono de la casa (incluso código de área)		Teléfono Celular (incluso código de área)	
Nombre del Empleador		Número Telefónico del Empleador (incluso código de área)	
Dirección del Empleador (Número y Calle)			
Ciudad	Ciudad	Ciudad	
Parentesco al Paciente <input type="checkbox"/> Mismo/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Padre/Custodio/a Hijo/a <input type="checkbox"/> _____			

Declaro que la información proveída es verdadera y completa según entiendo.

Firma del/la Paciente o Representante Legalmente Autorizado/a

Fecha

Si este documento es firmado por cualquiera que no sea el paciente, como la persona con el poder legal del cuidado de salud, la persona que lo firme debe declarar su parentesco al paciente, describir su autoridad de actuar por parte del paciente y proveer una copia del poder en forma documentado.

Por favor de presentar todas las tarjetas y la información sobre el seguro médico al
repcionista para el registro.



ETSUHealth

Reconocimiento de la Relación Corporativa

ETSU Health es la nueva marca que enfrenta, afuera, e incluye las búsquedas educativas, clínicas, y de la investigación del Centro Académico de Ciencias de Salud prospera y los componentes clínicos de ETSU Physicians and Associates y Northeast Tennessee Community Health Centers, Inc. ETSU Health no es una entidad legal.

Iniciales
del Paciente

Las Clínicas de Enseñanza

Como paciente de East Tennessee State University, Medical Education Assistance Corporation, o los Northeast Tennessee Community Health Centers, Inc. (de aquí en adelante conocido como "ETSU Health"), los estudiantes (de la facultad de medicina y otros estudios relacionados con la salud) y los médicos residentes (de aquí en adelante conocido como "Trainees (Los que están entrenándose)") pueden participar en su cuidado como parte del programa educativa. Nuestra misión es doble: Cuidando a nuestros pacientes y educando a los Trainees. Así, los supervisores profesores y los Trainees trabajan como equipo para proveer su cuidado. Los Trainees, dependiendo en su nivel de experiencia, pueden observar o participar en el cuidado que se provee. Creemos que esto añade a la profundidad y el nivel de cuidado que recibe Ud. Los Trainees están supervisados por los supervisores profesores licenciados en el Estado de Tennessee.

Iniciales
del Paciente

Miles de pacientes reciben tratamiento médico, de comportamiento y de salud mental en ETSU Health, y disfruten nuestra estrategia del cuidado basado en el equipo. Agradecemos la oportunidad de servirle a Ud. y agradecemos su participación voluntaria en el entrenamiento de los proveedores de salud del futuro.

Autorización y Asignación de Seguro Médico

Por la presente, autorizo a East Tennessee State University, Medical Education Assistance Corporation, y los Northeast Tennessee Community Health Centers, Inc. (de aquí en adelante conocido colectivamente como "ETSU Health") a proveer cualquier información médica u otra información sobre mí o mi dependiente a mi compañía de seguro médico y/o su representante designado, para el propósito de obtener pago. Esta autorización es válida mientras soy paciente de cualquier instalación de ETSU Health.

Iniciales
del Paciente

Por la presente asigno al proveedor todos los pagos para los servicios del cuidado de salud, incluyendo el tratamiento de comportamiento y de salud mental proveído para mí o para mi dependiente. También, asigno y/o transmito a ETSU Health cualquier reclamación legal o administrativa que sale de cualquier plan de grupo de salud, plan de beneficios para empleados, seguro médico u otra compañía de cuidado manejado con respeto al tratamiento que recibí yo o que recibió mi dependiente de ETSU Health incluyendo el derecho de perseguir dichas reclamaciones legales o administrativas. Esta es una asignación explícita y astuta de mis reclamaciones ERISA, incluyendo cualquier reclamación para los beneficios, abuso de obligación fiduciaria, abuso de obligación de buena fe, castigos, y otras reclamaciones legales y administrativas. Esta asignación es válida mientras soy paciente de cualquier instalación de ETSU Health.

Entiendo que mi compañía de seguro médico puede cubrir solo una parte de mi cuenta, o puede que no cubra nada. Entiendo que soy responsable para el pago de todas las cuentas con respeto a la provisión de servicios de salud y seré responsable para el pago si algunas cobras no se cubren bajo esta asignación. Si por cualquier razón la cuenta mía o de mi dependiente se haga morosa, estoy de acuerdo con pagar cualquier y todas las cobras relacionadas a recibir múltiples declaraciones de la cuenta, el costo de coleccionar, pagos legales razonables, y cualquier otro cargo como se permite la ley.

Medicare

La Autorización de Una Vez

Si aplicable, por la presente pido que el pago de los beneficios autorizados de Medicare sea hecho por mi parte a East Tennessee State University, Medical Education Assistance Corporation, y los Northeast Tennessee Community Health Centers, Inc. (de aquí en adelante conocido colectivamente como "ETSU Health") para cualesquiera servicios de cuidado de salud proveídos para mí o para mi dependiente. Por la presente, autorizo a ETSU Health a proveer cualquier información médica u otra información sobre mí o mi dependiente a la Administración Financiera del Cuidado de Salud y sus agentes como sea necesario para determinar dichos beneficios o los beneficios pagables para servicios relacionados.

Iniciales
del Paciente

La Autorización Asignada de Medigap

Si aplicable, pido que el pago de beneficios autorizados de Medigap sea hecho a ETSU Health para cualesquiera servicios de cuidado médico proveído para mí o para mi dependiente de ETSU Health. Por la presente, autorizo a ETSU Health a proveer cualquier información médica u otra información sobre mí o mi dependiente a la encargada de Medigap como sea necesario para determinar dichos beneficios o los beneficios pagables para servicios relacionados.

Iniciales
del Paciente



ETSUHealth

Reconocimiento de Recibir la Noticia de la Práctica de Privacidad de HIPAA

Por firmar abajo, reconozco que he recibido la Noticia de la Práctica de Privacidad HIPAA de East Tennessee State University, Medical Education Assistance Corporation, y los Northeast Tennessee Community Health Centers, Inc. (de aquí en Adelante conocido colectivamente como "ETSU Health"). Entiendo que mi información de salud es protegida bajo la ley estatal y federal, y que la Noticia de la Práctica de Privacidad describe cómo mi información de salud protegida puede ser usada y compartida con otros. Si tengo preguntas sobre la Noticia de la Práctica de Privacidad de HIPAA, le dejaré saber al personal.

Firma del Paciente o el/la Representante legalmente Autorizado/a

Fecha

ETSU Health es comprometido a proteger la privacidad y seguridad de su información de salud. Si quiere que nosotros podamos *hablar* de su información protegida con familiares o amigos cercanos, por favor de escriba una lista aquí:

Nombre	Parentesco al	Teléfono
Escrito: _____	Paciente: _____	(incluso código área): _____
Nombre	Parentesco al	Teléfono
Escrito: _____	Paciente: _____	(incluso código área): _____
Nombre	Parentesco al	Teléfono
Escrito: _____	Paciente: _____	(incluso código área): _____

ETSU Health tiene el derecho de compartir su información como se permite o se requiere la ley.

CONTACTO DE EMERGENCIA

<u>Persona de Notificar en Caso de Emergencia</u>	<u>Parentesco al Paciente</u>	<u>Teléfono (incluso código área)</u>

Autorización de Comunicación Electrónica

Como paciente de ETSU Health, puede pedir que comuniquemos con Ud. por correo electrónico no encriptado ("email"). Si decide proveer una dirección de email a ETSU Health, podemos usar esta dirección para comunicarnos con Ud. sobre su cuidado de salud o el pago de su cuidado, para responder a sus pedidos de información, y para otro propósito legítimo relacionado con los servicios de salud que recibe Ud. de ETSU Health. Su cuidado de salud es importante para nosotros y haremos el esfuerzo razonable para cumplir con sus pedidos a recibir Comunicaciones por email; sin embargo, tenemos el derecho de denegar cualquier pedido cuando se determine que cumplir tal pedido no sería un beneficio para Ud.

Antes de proveer su dirección de email, por favor sepa que hay ciertos riesgos y límites asociados con las comunicaciones por email. Dichos riesgos pueden incluir, pero no son limitados a: abuso de su privacidad y confidencialidad, dificultad en asegurar que el email que recibamos es realmente de Ud. y no de otra persona y respuestas retrasadas. Los proveedores y el personal harán el esfuerzo razonable para proteger su información y responder sin demora a sus pedidos por email. *Si está experimentando una emergencia, nunca debe contar con comunicaciones de email y debe buscar atención médica inmediata.*

Dirección de Correo Electrónico (Email) del/la Paciente: _____

Si en cualquier momento cambie su dirección de email o quiere discontinuar comunicaciones de email, debe proveerle una notificación escrita a un representante de ETSU Health.

Por proveer su dirección de email y por firmar abajo, reconoce Ud. los riesgos inherentes de comunicar su información de salud por email no encriptado y por la presente pide y autoriza a ETSU Health a comunicarse con Ud. por email a pesar de dichos riesgos. Por firmar abajo, también reconoce que Ud. tiene la opción de recibir comunicaciones por otras formas más seguras como por teléfono, en persona, o por el portal de los pacientes en vez de por email no encriptado. Por firmar abajo, está de acuerdo con la exoneración de ETSU Health por cualquier revelación no autorizada o uso de su información protegida como resultado de comunicación mandada a la dirección que provee Ud.

Firma del Paciente o el/la Representante legalmente Autorizado/a

Fecha



ETSUHealth

Consentimiento de Tratar con el Cuidado Integrado

Gracias por escoger a East Tennessee State University, Medical Education Assistance Corporation, y los Northeast Tennessee Community Health Centers, Inc. (de aquí en adelante conocido como "ETSU Health") para su cuidado. Este formulario de consentimiento provee a ETSU Health, sus médicos, asociados, ayudantes, afiliados, y otros proveedores de cuidado de salud, con su permiso de proveer tratamiento médico, de comportamiento y de salud mental. Por favor de leer y firmar abajo. Si tiene cualquier pregunta, por favor de dejarnos saber.

Consentimiento General para el Cuidado y el Tratamiento

Por firmar abajo, pido que ETSU Health me provea servicios de cuidado de salud. Esto incluye exámenes, procedimientos e imágenes diagnósticos, tratamiento relacionado con el cuidado de salud, cuidado y servicios ("Healthcare Services") que pueda recibir. Voluntariamente consiento a cualquier y todos los servicios de cuidado de salud los proveedores de ETSU Health consideren necesarios. Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no me han dado ninguna garantía ni aseguranza sobre los resultados o eficacia del tratamiento médico u otros servicios de cuidado de salud. Intento que este consentimiento continúe aun después de que sea una diagnosis específica y un tratamiento recomendado. Consiento recibir servicios de cuidado de salud en este consultorio o en cualquier otro consultorio de la organización. Entiendo que puedo discutir cualquier plan de tratamiento con mi proveedor, incluyendo el propósito de cualquier tratamiento y sus riesgos potenciales.

Si tiene cualquier preocupación con respeto a cualquier servicio o tratamiento recomendado por ETSU Health, nosotros le animamos a hacer preguntas.

Servicios de Cuidado de Salud Integrados

Entiendo que esta clínica es un participante en una organización de cuidado integrado, que quiere decir que la clínica puede trabajar junta con proveedores de salud mental y de comportamiento cuando sea apropiado para darme lo mejor cuidado posible. Esta organización es también una clínica de enseñanza donde estudiantes (en la facultad de medicina y otros estudios relacionados con la salud) y médicos residentes (de aquí en adelante conocido como "Trainees") pueden participar en mi cuidado como parte del programa educativo. Así, entiendo y estoy de acuerdo que los Trainees, dependiendo en su nivel de experiencia pueden observar o participar en mi cuidado.

Tratamiento de Comportamiento y la Salud Mental

Si aplicable, entiendo y reconozco que hay riesgos y beneficios asociados con el tratamiento de comportamiento y la salud mental. Adicionalmente, con cualquier tratamiento clínico, no hay ninguna garantía de que estos servicios ayudarán. Reconozco que pueden ser ciertos riesgos asociados con medicaciones que pueden ser recetados como parte del tratamiento de comportamiento y de salud mental. Entiendo que los beneficios del tratamiento de la salud mental pueden incluir sentirse menos estresado, encontrar resoluciones a problemas, sentirse mejor físicamente, y construir más relaciones positivas.

Telesalud

La telesalud implica el uso de tecnología para permitir que su proveedor se conecte con usted sin una visita al consultorio en persona. Algunos problemas y afecciones no se pueden tratar mediante telesalud. Si su proveedor determina que no puede tratarlo a través de telesalud, es posible que deba acudir a una clínica para una cita cara a cara. Puede decidir que la telesalud no es una buena opción para usted. Si en algún momento durante una sesión de telesalud decide que desea detener la sesión por algún motivo, puede hacerlo. Simplemente infórmele a su proveedor. Tiene derecho a recibir servicios en persona.

Como ocurre con cualquier tecnología, la telesalud tiene limitaciones. No hay garantía de que su sesión de telesalud elimine la necesidad de consultar a un proveedor en persona. Existen beneficios y riesgos asociados con el uso de la telesalud. Los beneficios pueden incluir un mejor acceso a la atención médica y la posibilidad de ver a diferentes proveedores de atención médica sin tener que viajar. Los riesgos pueden incluir retrasos en el tratamiento debido a fallas tecnológicas o pérdida de confidencialidad como resultado de protocolos de seguridad fallidos. Si ocurre una interrupción en el servicio, su proveedor intentará volver a conectarse a través de telesalud o por teléfono. Las sesiones de telesalud no se grabarán ni se mantendrán como parte de su expediente clínico.

Si corresponde, al elegir recibir servicios a través de telesalud: Acepto tener el conocimiento y las habilidades necesarias para usar la tecnología; Entiendo los beneficios y riesgos de la telesalud; y estaré ubicado físicamente en Tennessee en un lugar privado con servicio de Internet/teléfono en el momento de mi visita. En caso de emergencia, sé dónde está mi hospital más cercano y acepto ir allí, llamar al 911 o llamar a una línea de crisis local. Entiendo que mi proveedor también puede comunicarse con mi contacto de emergencia para coordinar la atención en situaciones de emergencia. Entiendo que los menores que reciben telesalud deben tener un padre o tutor legal disponible durante la sesión de telesalud.

Portal del Paciente

Si se ha registrado en el portal para pacientes, tenga en cuenta que alguien puede tardar hasta 48 horas hábiles en responder. No utilice el portal del paciente para emergencias.

La Confidencialidad

En general, su información de salud es protegida por la ley, y sus proveedores no la compartirán sin su permiso escrito. Pueden ser veces, sin embargo en los cuales se permite o aun se requiere bajo la ley compartir su información y lo haremos. Como multiples proveedores trabajan como un equipo, pueden compartir información sobre Ud. uno con el otro si es importante para su cuidado. Su tratamiento también puede ser discutido en consultaciones entre individuos y/o en grupos educativos entre los Trainees y los profesores y supervisores licenciados en el estado de Tennessee. Todos los participantes en dichas consultaciones se adhieren a los mismos estándares como su proveedor para asegurar que su información de salud sea confidencial. Su cuidado puede recibir beneficio por esta supervisión y consultación. Si aplicable, entiendo que pacientes menores de edad pueden recibir beneficio de tener una relación confidencial con su proveedor de salud mental o de comportamiento. La información de salud compartida de personas menores de edad con su proveedor de salud mental o de comportamiento generalmente no



ETSUHealth

será discutido con el padre o el custodio legal a menos que el proveedor, en su opinión profesional sienta que compartirla sea necesario.

ETSU Health utiliza un récord electrónico singular que puede ser accedido por todas las prácticas participantes para los propósitos de tratamiento y pago para su cuidado de salud. Esto quiere decir que la información de salud creada por una clínica puede ser vista por otros proveedores en clínicas participantes como se permite o como se requiere la ley para su cuidado de salud.

Los Derechos y las Responsabilidades de los Pacientes

Entiendo que tengo el derecho de participar en mi cuidado médico y mi plan de tratamiento.

Por firmar abajo, por la presente confirmo que yo he leído y entiendo esta información, y consiento al tratamiento de los servicios de cuidado de salud integrados para ser proveídos. Entiendo que aunque los servicios de cuidado de salud pueden ser descontinuados en cualquier momento, mi consentimiento será completamente eficaz hasta que se revoque por forma escrita y se entregue a un representante de ETSU Health.

Firma del Paciente o el/la Representante legalmente Autorizado/a

Fecha

Si este documento se firma por una persona que no sea el/la paciente, como la persona con el poder legal del cuidado de salud, la persona que lo firme debe declarar su parentesco con el/la paciente, describir su autoridad de actuar por parte del/la paciente, y proveer una copia del documento del poder legal.
