

Registración de Paciente

Fecha:	Nombre Legal:		
	Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre
Fecha de Nacimiento:	Sexo a Nacimiento: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado Civil:	
Número de Seguro social:	Identificación de Genero (opcional): _____	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	
Correo Electrónico:	Orientación de Sexo (opcional): _____	<input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado	
Número de Teléfono:	Pronombre Preferido (opcional): _____	<input type="checkbox"/> Legalmente Separado	
¿Se pueden dejar mensajes confidenciales detallados en este número? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Idioma Preferido:	Raza:	
	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	
	<input type="checkbox"/> ASL (gestual americano)	<input type="checkbox"/> Asiático	
	<input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	
	¿Necesitas un intérprete?	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra Isla del Pacifico	
		<input type="checkbox"/> Blanco o Caucásico	
		<input type="checkbox"/> Rechazar a especificar	
		<input type="checkbox"/> Otra _____	
Dirección Postal:	Etnia:		
Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	
		<input type="checkbox"/> Non-Hispano/Latino	
		<input type="checkbox"/> Rechazar a especificar	
Farmacia Preferida:	Número de Teléfono de la Farmacia:		
Dirección Postal de la Farmacia:			
¿Quién es el Suscriptor de Seguro? <input type="checkbox"/> Yo Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Padre/Guardián <input type="checkbox"/> Otra _____			
Si no es "Yo Mismo", llene lo siguiente por favor:			
Nombre del Suscriptor y Fecha de Nacimiento: _____			
Si el seguro es TriCare, cual es el Número de Seguro Social del Suscriptor: _____			
Contacto de Emergencia:	Teléfono de Emergencia:		
Relación con el Paciente: <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Padre/Guardián <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Otra _____			
¿Autoriza que se discuta la Información de Salud Protegida (PHI) con esta persona? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Hay alguien más con quien le gustaría autorizar que se analice la PHI? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, indique: 1. _____ 2. _____			
3. _____ 4. _____			

He ingresado toda la información a lo mejor de mi conocimiento y verifico que la información enumerada sea precisa y verdadera. He revisado y acepto permitir que Perlman Clinic discuta mi información médica y de medicamentos pasado, presente y futuro, así como toda otra PHI con las personas mencionadas anteriormente. Entiendo que es mi responsabilidad contactar a Perlman Clinic directamente para eliminar a una persona mencionada anteriormente y acepto que todas las adiciones futuras deben hacerse por escrito y firmadas por mí o un representante autorizado.

Nombre del Paciente

Su Nombre y Relación con Paciente (si el paciente es menor de edad)

Firma (Firma de padre/tutor legal si el paciente es menor de edad)

Fecha



## Póliza de Responsabilidad Financiera del Paciente

Su tarjeta de seguro actual y correcta debe presentarse en el momento en que se prestan los servicios. Si su tarjeta no está presente en el momento en que recibe los servicios, es posible que no podamos facturar su cobertura hasta que se reciba. Si no recibimos su tarjeta de seguro dentro de los 90 días de servicio, muchos seguros ya no nos permitirán facturarlos. Es posible que deba solicitar un reembolso directamente de ellos en ese momento. Si no se puede verificar su cobertura al momento del servicio, usted será responsable del pago de todos los servicios por adelantado. Es su responsabilidad notificarnos si hay algún cambio en su seguro, dirección, número de teléfono o estado familiar al momento del check-in o antes. Es su responsabilidad pagar su copago y / o coseguro al momento del servicio. Si no tiene seguro, es su responsabilidad pagar su factura en su totalidad al momento del servicio.

Partes responsables: si usted es un adulto (mayor de 18 años), legalmente es su propia parte responsable. No puede nombrar a otro adulto (como su cónyuge o padre) como financieramente responsable por usted. En el caso de que otro adulto acepte asumir la responsabilidad financiera por usted, debe firmar la política financiera en su nombre. Si está firmando por un hijo menor o un hijo adulto discapacitado, usted es la parte responsable de cualquier tratamiento que ocurra hasta que una nueva política financiera esté vigente. La responsabilidad financiera debe revocarse por escrito y una nueva parte responsable debe firmar una nueva política financiera que acepte la responsabilidad en ese momento.

Si su seguro no cubre ninguna visita al consultorio, específicamente, pero sin limitarse a, exámenes anuales y / o pruebas de diagnóstico y / o tratamiento, comprende que es responsable del pago del servicio y que hará arreglos inmediatos y satisfactorios para liquidar su cuenta. Aunque le facturaremos a su compañía de seguros por los servicios prestados, usted es financieramente responsable de todos los servicios prestados. Si el pago no se ha recibido dentro de los 60 días posteriores a la facturación de su plan de salud, nos pondremos en contacto con usted para solicitar asistencia. Si su plan de salud niega la cobertura por algún motivo, usted será responsable del pago dentro de los treinta días de su estado de cuenta. Si no se presenta o cancela la cita, se le cobrará una tarifa de \$30 por una cita perdida.

Reclamaciones de automóviles: para facturar las reclamaciones al seguro de automóviles, debemos tener toda la información disponible al momento del servicio. Esto incluye, entre otros, el nombre del seguro de automóvil, información de contacto del ajustador, dirección de reclamos, número de reclamo, número de autorización, número de póliza, nombre del titular de la póliza, fecha y hora del accidente. Si esta información no se proporciona o no está disponible, lo veremos en efectivo.

Reclamos de indemnización laboral: para facturar los reclamos de compensación laboral, debemos tener autorización (las autorizaciones deben estar a nombre de Perlman Clinic, no de proveedores específicos) de la compañía de seguros de responsabilidad civil laboral, el número de póliza, la fecha y hora de la lesión, el nombre del ajustador, la dirección postal de reclamos, los servicios / procedimientos previamente autorizados (si corresponde) y el número de reclamo. Todas las visitas de compensación de trabajadores fuera del estado se pagarán en su totalidad al momento de la visita.

### Reconocimiento y Acuerdo:

He ingresado toda la información a lo mejor de mi conocimiento y verifico que la información sea precisa y verdadera. He leído y entiendo la Política de responsabilidad financiera del paciente. Acepto estar sujeto a los términos de la misma, incluida, entre otros, la Política de cancelación. También entiendo que Perlman Clinic puede modificar dichos términos de vez en cuando. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a Perlman Clinic. También autorizo a Perlman Clinic y a mi compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Su Nombre y Relación con Paciente *(si el paciente es menor de edad)*

\_\_\_\_\_  
Firma *(Firma de padre/tutor legal si el paciente es menor de edad)*

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si no es el paciente, complete lo siguiente:

Imprime tu nombre: \_\_\_\_\_

Tu fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Su número de seguro social: \_\_\_\_\_



HIPAA Forma de Requerimientos de Cumplimiento  
Notificación sobre Practica de la Privacidad de Perlman Clinic

ESTE DOCUMENTO DESCRIBE COMO INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA  
Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.  
POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE

La Regla de Privacidad, de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA") requiere que nosotros le informemos a nuestros pacientes nuestra Notificación sobre Prácticas de Privacidad. Perlman Clinic debe tomar ciertos pasos para proteger la privacidad de su Información de Salud ("PHI") de acuerdo con HIPAA. PHI incluye información que nosotros creamos o recibimos referente a su cuidado de salud, incluyendo pagos y facturas para su cuidado de salud. Adicional a su archivo medical, PHI incluye información personal como su nombre, número de seguro social, dirección y número de teléfono.

Esta Notificación sobre Práctica de la Privacidad de Perlman Clinic esta también disponible en nuestro sitio de internet de Perlman Clinic, [www.perlmanclinic.com](http://www.perlmanclinic.com), bajo en enlace HIPAA/Privacy Practices. Si necesitas una copia, por favor pregúntanos por ella para proporcionártela. Bajo la Ley Federal, nosotros estamos obligados para: (i) Proteger la Privacidad de su PHI (Perlman Clinic requiere a nuestros empleados mantener confidencialidad de tu PHI); (ii) Proporcionarte la Notificación sobre Prácticas de Privacidad de Perlman Clinic, explicando nuestras responsabilidades y practicas sobre su PHI; y (iii) Seguir las prácticas y procedimientos establecidos en esta Notificación sobre Practica de la Privacidad de Perlman Clinic.

Perlman Clinic participa en un Acuerdo de Atención Médica Organizada (OHCA) con el Sistema de Salud de la Universidad de California en San Diego (UCSD) para cumplir con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Este aviso es utilizado conjuntamente y describe conjuntamente las prácticas de todos los participantes dentro de la OHCA, incluido, entre otros, cualquier profesional de atención médica autorizado para ingresar información en su registro médico. Su información de salud está integrada en el sistema electrónico de mantenimiento de registros de salud de UCSD. La OHCA seguirá los términos de este aviso conjunto. Los participantes de OHCA pueden compartir información médica entre sí para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica relacionadas con OHCA, así como para fines relacionados con investigaciones realizadas en UCSD y en todos los grupos médicos y hospitales de UCSD relacionados. UCSD también tiene su propio aviso de prácticas de privacidad al que se puede acceder en <http://health.ucsd.edu/hipaa/Pages/hipaa.aspx>.

Podemos divulgar su PHI a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes u otro personal del sistema de salud que esté involucrado en su cuidado en el sistema de salud. Por ejemplo, un médico que lo esté tratando por una fractura en la pierna puede necesitar saber si tiene diabetes, ya que la diabetes puede retardar el proceso de curación. Es posible que un médico que lo esté tratando por una afección mental necesite saber qué medicamentos está tomando actualmente, ya que los medicamentos pueden afectar los medicamentos que le receten. También podemos compartir la PHI sobre usted con otros proveedores que no sean de Perlman Clinic y/o de UCSD. La divulgación de su PHI a proveedores que no pertenecen a Perlman Clinic y/o que no pertenecen a UCSD puede realizarse electrónicamente a través de un intercambio de información de salud que permite a los proveedores involucrados en su atención acceder a algunos de sus Perlman Clinic y/o UCSD registros, incluida la PHI, para coordinar los servicios para usted.

Yo entiendo que es parte de mi cuidado de salud, Perlman Clinic creará y mantendrá en papel y/o archivo electrónico describiendo mi historia de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para mi cuidado y tratamiento futuro. Yo entiendo que esta información sirve para lo siguiente:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento;
- Una manera de comunicación para los profesionales de salud quienes contribuyen a mi cuidado;
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico y tratamiento para mi factura;
- Una manera como una tercera parte responsable de pago pueda verificar servicios facturados;

Una herramienta para cuidados de salud de rutina, evaluándose la calidad y revisando la competencia de cuidado de salud de profesionales.

Yo entiendo que es parte del tratamiento de Perlman Clinic, facturación y/o cuidado de salud, que pueda ser necesario revelar mi PHI para otra entidad y yo consiento revelar para estos permitidos usos incluyendo revelar vía fax y compartir mi archivo medico electrónico. Adicionalmente, PHI puede ser liberado sin mi autorización para (i) Legal y/o propósitos gubernamentales y para (ii) ciertas circunstancias, como a una persona acampanando para un tratamiento o para una agencia pública autorizada para asistencia por desastre, todo lo autorizado bajo HIPAA.

Excepto por las situaciones listadas anteriormente, nosotros usaremos y revelaremos su PHI solo con su autorización escrita. Nosotros no revelaremos su PHI en los siguientes casos, a menos su nos des un permiso escrito: (i) propósitos de ventas; (ii) venta de su información; y (iii) compartir notas de psicoterapia. Leyes Federales y Estatales proveen especial protección para especificos tipos de PHI y requieren autorización de usted antes que nosotros podamos revelar tal PHI. En estas situaciones, nosotros lo debemos contactar para la autorización necesaria. En algunas situaciones, usted puede revocar tu autorización. Si tú tienes preguntas acerca de estas leyes, favor de contactar el Oficial de Privacidad al (858) 554-1212.

**Correo Electrónico:** Usted esta avisado que el correo electrónico no es un método de comunicación seguro. Si usted nos envía un correo electrónico usted está de acuerdo en comunicarnos por medio de correo electrónico y está de acuerdo en los riesgos. Si usted prefiere no intercambiar información de salud por correo electrónico, por favor háganoslo saber enviándonos un correo electrónico a [info@perlmanclinic.com](mailto:info@perlmanclinic.com).

Sin limitación, usted tiene el derecho de requerir: (i) restricciones sobre la revelación de su PHI; (ii) preguntar por una específica manera de comunicación; (iii) requerir una copia electrónica o de papel de su PHI; (iv) un arreglo para su PHI; (v) mirar un desglose de las revelaciones hechas de su PHI; (vi) una copia de papel de este aviso; y (vii) una notificación escrita de cualquier incumplimiento de la confidencialidad de su PHI. Todos los requerimientos deben ser por escrito y en ciertas circunstancias un requerimiento puede ser negado o requerir el pago de una cuota. En cualquier tal circunstancia nosotros explicaremos nuestra respuesta. Usted puede presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad están siendo violados. Usted puede presentar una queja escrita con nosotros y/o con el U.S Departamento de Salud y Servicios Humanos Oficina de Derechos Civiles. La dirección es 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C 20201. Usted puede también contactarlos llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).

Por el presente acepto lo anterior y doy consentimiento a Perlman Clinic para obtener mi pasada, presente y futura información médica y de medicamentos, así como todos los PHI:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Su Nombre y Relación con Paciente *(si el paciente es menor de edad)*

\_\_\_\_\_  
Firma *(Firma de padre/tutor legal si el paciente es menor de edad)*

\_\_\_\_\_  
Fecha

ESTO SERÁ PRESENTADO CON SUS REGISTROS MÉDICOS

Cuestionario de Historia Médica

Contactanos en [info@perlmanclinic.com](mailto:info@perlmanclinic.com) or 858.554.1212. [www.perlmanclinic.com](http://www.perlmanclinic.com)

Tenga en cuenta que puede optar por analizar esta información con el equipo de Perlman Clinic si prefiere no completar este formulario en este momento.

Fecha:	Nombre Legal:
	Apellido <span style="margin-left: 150px;">Primer Nombre</span> <span style="margin-left: 150px;">Segundo nombre</span>

Por favor, indique la(s) razón(es) de su visita:

---

Enumere cualquier medicamento que usted sea alérgico a:

_____ reacción _____	_____ reacción _____
_____ reacción _____	_____ reacción _____

Enumere todos los medicamentos que usted está tomando actualmente, incluyendo los productos sin receta / herbolarios:

_____ dosis _____ frecuencia _____	_____ dosis _____ frecuencia _____
_____ dosis _____ frecuencia _____	_____ dosis _____ frecuencia _____

Enumere cualquier cirugía previa (tipo y año)

Enumere cualquier hospitalización previa (por qué y por cuánto tiempo)

_____	_____
_____	_____

Fecha y resultado de su última prueba de Papanicolaou: \_\_\_\_\_

Fecha y resultado de su última mamografía: \_\_\_\_\_

Fecha y resultado del último examen de detección de cáncer de colon: \_\_\_\_\_

Actividad sexual personal (marque todo lo que corresponda)

Sexualmente activo:

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No actualmente	<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> Ligadura de Trompas	<input type="checkbox"/> Pastillas Anticonceptivas	<input type="checkbox"/> Píldora anticonceptiva
<input type="checkbox"/> Inyección	<input type="checkbox"/> Implante Anticonceptivo	<input type="checkbox"/> Abstinencia
<input type="checkbox"/> Diafragma	<input type="checkbox"/> Planificación familiar natural	<input type="checkbox"/> Anillo Vaginal
<input type="checkbox"/> DIU con hormonas	<input type="checkbox"/> Condón	<input type="checkbox"/> Espermaticida
<input type="checkbox"/> Femeninas	<input type="checkbox"/> Masculinas	

Control de la natalidad /Protección:

Parejas Sexuales:

Historial médico personal (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación	<input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Pulmonar obstructiva crónica
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario
<input type="checkbox"/> Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/> Inflamatoria intestinal		

Historial médico familiar (marque todos los que correspondan)

	No hay problemas conocidos	Cáncer	Diabetes	Enfermedad del corazón	Hipertensión	Psiquiatría	Embolia Cerebral	Tiroides	Otra
Madre									
Padre									
Hija									
Hijo									
Abuela Materna									
Abuelo Materna									
Abuela Paterna									
Abuelo Paterna									
Hermana									
Hermano									