



Tu salud y tu bienestar son importantes para nosotros y son nuestra primera prioridad. Las siguientes políticas están en efecto:

- Por favor traigan todas las botellas de medicamentos (con receta y suplementos sin receta médica) a cada visita. Esto le ayudará a mejorar la seguridad y precisión.
- Todas las recetas para medicamentos controlados (es decir, somníferos, medicación de la anti-ansiedad, analgésicos, etc.) se emiten por un período de 30 días a la vez, no hay recargas adicionales. Para todas las recetas, por favor espere 24 a 48 horas cuando solicitando recargas.
- Los pacientes deben llamar para cancelar citas por lo menos 24 horas antes de la cita. Si no en contacto con nosotros, será considerado a un no-show. Tres shows consecutivos pueden resultar en la descarga de la práctica.
- Por favor lea cuidadosamente las formas demográficas y medicamentos dadas que en cada visita. Esta es tu oportunidad para actualizar toda la información necesaria como número de teléfono, dirección, seguro, medicamentos, etc.. Traer licencia de conducir, tarjetas de seguros y pago suplementario (si corresponde) a cada visita.
- Nuevos pacientes; para hacer la transición sin fisuras le pedimos que llene el formulario registro para obtener su historia clínica anterior. Este formulario está incluido en su paquete de bienvenida. Se necesita proporcionar su nombre de los proveedores anterior, número de teléfono, número de fax y dirección completa. Si no tienes esta información nuestro representante de servicio al cliente le ayudará.

Cuidado de la salud a tu alcance!

Nos complace ofrecerle acceso seguro en línea a su expediente médico. Registrándose de AtlantiCare salud-Y usted paciente Portal, en cualquier momento día o noche usted será capaz de:

- Enviar a su proveedor un mensaje electrónico
- Solicitar citas, medicamentos recargas y referencias
- Ver el laboratorio y resultados de prueba diagnóstica

Al registrar en la oficina, proporcione el personal de recepción con su dirección de correo electrónico por lo que puede registrar para su portal de salud de AtlantiCare-Y. Registrarse es fácil y gratis. Usted puede visitar el sitio web www.atlanticare.org/patientportal o descargue la aplicación móvil, Healow.

Gracias por elegir AtlantiCare para el cuidado de su salud necesita.



Formulario de inscripción del paciente

Información sobre el paciente:

Motivo de la visita (si es debido a una lesión, explique cómo u cedió)

Si fue una lesión, esta relacionada con Indemnización ¿al trabajador? S / N

¿Accidente automovilístico? S / N

Sírvase indicar la fecha del accidente o en que empezaron los síntomas __/__/__

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: Apellido:

Número de seguro social - - Fecha de nacimiento / /

Edad: _____

Sexo: M IF/Transexual Estado civil S C D V pareja de hecho

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

No. de teléfono de la casa () _____ - _____

No. de teléfono celular: () _____ - _____

No. Celular () _____ - _____



Información sobre la persona a contactar en caso de emergencia (si el paciente es un adulto) o Información sobre el padre/la madre/ el tutor (si el paciente es menor de edad):

Nombre _____ Inicial del segundo nombre: ____ Apellido: _____

Parentesco con el paciente _____

No. de teléfono de la casa: (__) _____ - _____

No. de teléfono del trabajo (__) _____ - _____

No. de teléfono celular (__) _____ - _____

Categoría de empleo (marque con un círculo) Horario completo / Horario parcial /

Empleado por cuenta propia / Retirado / Militar:

Ocupación del paciente _____

No. de teléfono del trabajo (__) _____ - _____

Empleador _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Podemos dejarle mensajes en: su trabajo? S / N

Si es estudiante, indique el nombre de la escuela _____

Categoría de estudiante Horario completo Parcial

¿Tienes una directiva anticipada? S / N ¿Si no desea obtener información sobre él?



Información sobre el seguro:

Nombre de la empresa de seguro principal _____

Si tiene Medicare: ¿El paciente es veterano de guerra? S / N ¿Tiene empleo actualmente? S / N

¿Posee una tarjeta federal para pacientes de Enfermedad pulmonar minera? S / N

¿Su cónyuge o pareja de hecho tiene empleo en la actualidad? S / N

No. de Póliza / del Titular _____ No. de Grupo _____

¿Cual es el parentesco del titular con usted? Yo mismo / Cónyuge / Hijo / Tutor

Información sobre el Titular / Subscriptor:

Nombre: _____ Inicial del segundo

Nombre: _____ Apellido _____

Numero de seguro social ___/___/___ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____

Sexo Masculino / Femenino

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

No. de teléfono de la casa (___) _____ - _____

No. de teléfono celular (___) _____ - _____

Empleador del titular _____

No. de teléfono de del trabajo (___) _____ - _____

Dirección del empleador: _____



Ciudad: _____ Estad: _____ Código postal: _____

Nombre de la empresa de seguro SECUNDARIO _____

No. de Póliza / del Titular _____ No. de Grupo _____

¿Cual es el parentesco del titular con usted? Yo mismo / Cónyuge / Hijo / Tutor

Información sobre el Titular / Subscriptor:

Nombre: _____ Inicial del segundo

Nombre: _____ Apellido _____

Numero de seguro social ___/___/___ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____

Sexo Masculino / Femenino

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

No. de teléfono de la casa (___) _____ - _____

No. de teléfono celular (___) _____ - _____

Empleador del titular _____

No. de teléfono de del trabajo (___) _____ - _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estad: _____ Código postal: _____

Información adicional:

Correo electrónico _____

¿Podemos dejarle mensajes en: su casa? S / N ¿En su teléfono celular? S / N

¿En su trabajo? Y / N



Idioma materno _____

País de origen _____

¿Necesita servicios de traducción? S / N

Etnicidad _____ Raza _____

¿Tiene alguna discapacidad visual? S / N ¿Tiene alguna discapacidad auditiva? S / N

Información sobre la farmacia:

Nombre de la farmacia al por menor: _____

No. de teléfono (____) _____ – _____

No. de fax (____) _____ – _____

Ubicación _____ No. de identificación__

Farmacia de encargos por correo. _____

No. de teléfono (____) _____ – _____

No. de fax (____) _____ – _____

No. de identificación _____

¿Qué compañía de laboratorio utilizas?

- AtlantiCare Labs (ACL)
- Laboratory Corporation (Lab Corp.)
- Quest Laboratory

Nombre de su proveedor médico primario _____

Nombre de su proveedor de atención primaria anterior _____

Nombre de la referencia médica proporcionan _____



Fecha ___ / ___ / ___

Nombre del paciente: _____ DOB: _____ SEX _____

Historial médico: (por favor revise todo lo que aplique)

Presión arterial alta	Abuso de drogas
Colesterol alto	Abuso de alcohol
Diabetes	Úlceras
Cáncer	Hepatitis
Tuberculosis	HIV
Infecciones Tracto urinario	Tiroides
Infecciones	Asma
Anemia	COPD
Piedras en el riñón	Accidente cerebrovascular
Enfermedad del riñón	Angina
Enfermedad de la vesícula biliar	Enfermedad de Lyme
Enfermedades del corazón	Artritis
Depresión	Otros (Sírvese describir)

Tiene alergias a medicamentos, alimentos u otros : Y / N

Historia quirúrgica: (por favor indique el tipo de cirugía, si los hubiere y fecha)

Historia de la familia: (por favor revise todo lo que aplique)

Presión arterial	Accidente cerebrovascular
Diabetes	Ataque al corazón
Cáncer	Enfermedad del riñón
Enfermedad mental	Depresión
Otros (Sírvese describir)	Uso de drogas o Alcohol

Historia social

Alcohol: Y / N	En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas se consumen, por semana? _____
Cigarrillos: Y / N	En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día? _____
Uso de drogas/sustancias: Y / N	

Vacunas

Gripe vacuna ___ TDAP ___ neumonía vacuna de Pulmonía ___

Otros proveedores de tratamiento: (por favor indique el nombre y la especialidad de cualquier otro proveedor actualmente tratando)

Nombre: _____ Specialty: _____



AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION

I hereby authorize the AtlantiCare entity indicated below

<input type="checkbox"/> AtlantiCare Behavioral Health	<input type="checkbox"/> AtlantiCare Health Services
<input type="checkbox"/> AtlantiCare Regional Medical Center	<input type="checkbox"/> AtlantiCare Foundation
<input type="checkbox"/> AtlantiCare Surgery Center	<input type="checkbox"/> AtlantiCare Health Plans
	<input type="checkbox"/> InfoShare

A la persona o entidad que se enumeran a continuación

To the person or entity listed below:

Nombre del destinatario: _____

Dirección del destinatario: _____

Teléfono del destinatario: _____

Fax del destinatario: _____

La información debe liberarse de registros relacionados con Ambulatorio Hospitalización Urgencias

Ambulatory Inpatient Emergency Department

otra _____

Fecha del servicio (date(s)) _____

Información específica que se publicará:

Complete Medical Record Laboratory tests Radiology Cardiac tests

Other: _____

La información debe ser lanzada con el fin de _____

Entiendo que los términos de esta autorización se rigen por la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de 1996 y las regulaciones federales y otras estatales. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento antes del cumplimiento de la entidad solicitada con la solicitud. La revocación puede ser sujeto a notificación de prácticas de privacidad de la entidad y otras políticas.

Yo entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que AtlantiCare no puede condicionar tratamiento o servicios en mi ejecución de esta autorización.

Yo entiendo que la información divulgada por esta autorización puede ser revelada por el destinatario y ya no será proteger por HIPAA.

Esta autorización vencerá sobre el lanzamiento de la información descrita arriba o 6 meses después de la fecha de las autorizaciones, salvo que se especifique lo contrario: la fecha de caducidad: ____

Firma del paciente o personal del representante: _____ Date: _____

Relación de representante personal paciente

Paciente tiene derecho a una copia de la autorización firmada.



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Autorizo a cualquier plan de salud, médico, profesional de salud, hospital, clínica, laboratorio, centro médico de la farmacia u otro proveedor de atención médica que le ha proporcionado pago, tratamiento o servicios a mí o a mi nombre, a divulgar la información de salud para:

Nombre (letra de molde) fecha de nacimiento
Patient Name Date of Birth

A la persona o entidad que se enumeran a continuación:

Recipientes nombre: Recipient's name

Recipientes Dirección: Recipients address

Teléfono del destinatario: Fax de destinatario:
Recipients Telephone number FAX number

I Information to be released from records pertaining to:

Información de registros relativos a:

Ambulatorio (Ambulatory) Para pacientes hospitalizados (Inpatient) Departamento de la emergencia Otros

Para las fecha (s) de servicio: Date of service:

Información específica para ser liberado:

Table with 2 columns and 4 rows listing medical records to be released, such as Complete medical record, Radiology, Laboratory tests, Cardiac tests, etc.

Otra (especificar)

Información es ser lanzado con el fin de tratamiento y la continuidad de la atención.

Entiendo que los términos de esta autorización se rigen por la ley de rendición de cuentas de 1996 (HIPAA) y Seguro De Salud Portatilita y regulaciones federales y estatales aplicables.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que AtlantiCare no puede condicionar tratamiento o servicios en mi ejecución de esta autorización.

Yo entiendo que la información divulgada por esta autorización puede ser revelada por el destinatario y ya no estarán protegidas por HIPAA.

Esta autorización vencerá sobre el lanzamiento de la información descrita arriba o un año (12 meses) después de la fecha de la autorización, a menos que se

Especifique lo contrario. La fecha de caducidad:

Firma del paciente o Representante Personal fecha de hoy:
Representante personal relación con el paciente:

Paciente tiene derecho a una copia de la autorización firmada.



Consentimiento para discutir el cuidado y tratamiento

Nombre de pacientes: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Nombre de la Consultorio médico _____ Nombre de médico primario _____

Permiso de la siguiente información para ser discutido con el siguiente miembro de la familia o amigo, persona o personas que se enumeran a continuación.

Yo entiendo que si quiero que alguna de las personas enumeradas a continuación para recibir una copia de mi expediente; Debo completar y firmar un formulario de autorización independiente.

En caso de emergencia o si soy admitido al hospital y no se puede dar a conocer mi voluntad, yo entiendo que mi personal proveedor y hospital puede depender de los permisos anteriores para determinar con quién hablan mi cuidado.

¿Puedo cambiar los permisos que aparecen abajo en cualquier momento notificándolo a mi proveedor o la oficina de privacidad de AtlantiCare.

- Citas solamente
- Resultados / Plan de cuidado _____
Nombre relación teléfono
- Mi factura
- Citas solamente
- Resultados / Plan de cuidado _____
Nombre relación teléfono
- Mi factura
- Citas solamente
- Resultados / Plan de cuidado _____
Nombre relación teléfono
- Mi factura

Firma de el paciente _____ Fecha ___ / ___ / ___

Escriba su nombre _____

Firma del representante legal de personal * _____ Teléfono (____) _____ - _____

Escriba su nombre _____

* Necesaria sólo si el paciente es un menor de edad o incapaces de representar a sí mismo.