

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____



BIENVENIDO A BAPTIST HEALTH MEDICAL GROUP

DIRECCIÓN:	
TELÉFONO:	
FAX:	
HORARIO:	
DESPUÉS DEL HORARIO:	

Estimado/a _____:

Gracias por confiar su atención médica a Baptist Health Medical Group. Nuestro equipo de médicos y nuestro personal estamos comprometidos con prestarle atención médica avanzada en un entorno cómodo y sanador. Nuestro objetivo es asegurarnos de que su visita sea lo más agradable y sin complicaciones posible. **Su cita con _____ es el _____ a las _____.**

Adjunto en este paquete para pacientes nuevos encontrará:

- Formularios del paciente que se deben completar antes de la consulta
- Políticas y procedimientos

Queremos hacer todo lo posible por asegurar la puntualidad de su consulta. Para eso, le pedimos que llegue a su cita 15 minutos antes de la hora programada. Además, le pedimos que traiga cualquier artículo que corresponda de la lista de abajo.

- ✓ Formularios adjuntos completados.
- ✓ Identificación con foto.
- ✓ Tarjetas de seguros.
- ✓ Medicamentos y suplementos en sus envases originales.
- ✓ Cualquier pago que tenga que hacer (copago, coseguro, prepago).
- ✓ Expedientes médicos de su proveedor de atención primaria o especialista anterior.
- ✓ Documentos importantes, incluyendo CD con imágenes como MRI, radiografías, tomografías. computarizadas y cualquier informe por escrito u otros análisis de diagnóstico relevantes que le hayan hecho.

Esperamos que su experiencia en Baptist Health sea excelente. No dude en llamarnos al teléfono mencionado arriba si tiene alguna pregunta, comentario o preocupación sobre nuestro consultorio. Estamos comprometidos con resolver sus solicitudes de manera oportuna y nos esforzamos por prestar servicios y atención médica de calidad a todos nuestros pacientes.

Atentamente,

Su equipo de atención médica de Baptist Health Medical Group

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



MEDICAL GROUP

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Escriba en letra de molde legible.

Fecha: _____

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Origen étnico: Hispano/latino No hispano/latino

¿Es veterano? Sí No

Raza: Blanco Negro/afroamericano Asiático Nativo americano/de Alaska

Nativo de Hawái/Islas del Pacífico

Idioma preferido: _____ Idioma escrito: _____ ¿Necesita intérprete? Sí No

¿Tiene directivas anticipadas/testamento en vida? Sí No

¿Tiene un poder legal? Sí No ¿Está registrado en Baptist Health? Sí No

Adaptaciones especiales (seleccione tantas como correspondan): Audición Visión Habla

Otro _____

Situación laboral: Tiempo completo Tiempo parcial No tiene empleo Servicio militar

Autónomo Discapacitado Estudiante de tiempo completo

Estudiante de tiempo parcial Jubilado Año de jubilación _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección del empleador: _____

Médico de atención primaria (primer nombre y apellido): _____ Teléfono: _____

Médico que remite (primer nombre y apellido): _____

Contacto de emergencia: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____

Información del garante

Información de la persona responsable económicamente.

Misma que la del paciente. Pase a la sección de seguro/suscriptor.

Nombre del garante: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

SSN: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____

Situación laboral: Tiempo completo Tiempo parcial No tiene empleo Servicio militar

Autónomo Discapacitado

Estudiante de tiempo completo Estudiante de tiempo parcial Jubilado

Empleador garante: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____



Información del seguro/suscriptor

Seguro primario: _____ Plan (por ejemplo, PPO, HMO): _____

Identificación del miembro N.º: _____

Dirección de reclamos: _____

Nombre del suscriptor: _____

Relación del paciente con el suscriptor: _____

Grupo n.º: _____ SSN del suscriptor: _____

Sexo del suscriptor: ____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Dirección del suscriptor: _____

Situación laboral del suscriptor: _____ Nombre del empleador: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Seguro secundario: _____ Plan (por ejemplo, PPO, HMO): _____

Identificación del miembro N.º: _____

Dirección de reclamos: _____

Nombre del suscriptor: _____

Relación del paciente con el suscriptor: _____

Grupo n.º: _____ SSN del suscriptor: _____

Sexo del suscriptor: ____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Dirección del suscriptor: _____

Situación laboral del suscriptor: _____ Nombre del empleador: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Farmacia preferida: Farmacia Pedido por correo

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Farmacia preferida: Farmacia Pedido por correo

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____

Medicamentos actuales

Escriba la lista de todos los medicamentos con receta y de venta libre, medicamentos a base de plantas y vitaminas (incluya la dosis y la frecuencia).

Nombre del medicamento/medicina /vitaminas	Dosis (si sabe)	¿Cuántas diariamente?	Nombre del medicamento/medicina /vitaminas	Dosis (si sabe)	¿Cuántas diariamente?
1.			7.		
2.			8.		
3.			9.		
4.			10.		
5.			11.		
6.			12.		

Alergias a comida o medicamentos

Escriba abajo todas las alergias.

Nombre del medicamento/medicina/ otro alérgeno (por ejemplo, maní)	Tipo de reacción (es decir, urticaria, sarpullido, estornudos, anafilaxia)	Gravedad (es decir, leve, mediana, alta)
1. Látex: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

Inmunizaciones/vacunas

Márquelas para confirmar que las recibió y escriba la fecha.

- Influenza _____
- Neumococo _____
- Herpes zóster _____
- Tétano _____

- Rubeola _____
- COVID-19 _____

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

Historia médica

Marque la casilla si alguna vez tuvo algo de esto.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido | <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar) | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diverticulosis | <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado |
| <input type="checkbox"/> Complicaciones por anestesia | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> Trastorno mental |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> GERD | <input type="checkbox"/> MRSA |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación atrial | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la paratiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de vejiga | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, migraña | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica |
| <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Poliomielitis |
| <input type="checkbox"/> Tendencia a sangrar | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Infecciones recientes |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre (Reacción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No) | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Clostridium. diff | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Llagas |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión | |
| <input type="checkbox"/> Claustrofobia | | |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | | |
| <input type="checkbox"/> COPD | | |

Medicina preventiva

Cuánto pesa? _____ ¿Cuánto mide? _____
Fecha de la última mamografía _____
Fecha de la última colonoscopia _____ ¿Dónde? _____ ¿Historial de pólipos? Sí No

Historia social

¿Consume ahora o alguna vez consumió productos de tabaco (tabaco o rapé/masticable, cigarrillo electrónico o vaporizador)?

Sí No Si la respuesta es sí, ¿qué tipo? _____

¿Cuánto al día? _____ ¿Durante cuántos años? _____ ¿Cuándo lo dejó? _____

¿Consume alcohol? Sí No

¿Cuánto al día? _____ ¿Cuánto a la semana? _____ ¿Durante cuántos años? _____
¿Cuándo lo dejó? _____

¿Bebe cafeína? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿cuánto al día? _____

¿Consume ahora o alguna vez consumió drogas recreativas? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuáles? Anfetaminas Heroína Cocaína Marihuana Barbitúricos
 Otras: _____

¿Cuánto al día? _____ ¿Cuánto al mes? _____ ¿Durante cuántos años? _____

¿Cuándo lo dejó? _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



MEDICAL GROUP

Motivo de la consulta de hoy y

Historia familiar

Escriba cualquier enfermedad significativa de sus familiares inmediatos (padre, madre, hermanos, hermanas):

Indique el familiar
Artritis, gota: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro
Asma, fiebre del heno: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro
Cáncer: <input type="checkbox"/> Padre/Tipo:_____ <input type="checkbox"/> Madre/Tipo:_____ <input type="checkbox"/> Hermano/Tipo:_____ <input type="checkbox"/> Hermana/Tipo:_____ <input type="checkbox"/> Otro/Tipo:_____
Adicción a drogas o alcohol: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro
Diabetes: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro
Enfermedades cardíacas: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro
Presión alta: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro
Enfermedades de los riñones: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro
Tuberculosis: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro
Otro _____: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



MEDICAL GROUP

Historia de operaciones, incluyendo biopsias.

Escriba todas las operaciones con fechas o edad aproximadas.

Las operaciones comunes incluyen:

- Apendectomía
- Vesícula biliar
- Colonoscopia
- EGD
- Histerectomía o extirpación de ovarios
- Hernia (abdominal, ingle, hiatal)
- Espalda, rodilla, cadera
- Gastrointestinal
- Biopsia de mama
- Cirugía de busto
- Corazón
- Desfibrilador
- Marcapasos
- Powerport®/Mediport®
- Stent vascular/cardíaco
- Ojo
- Catéter de diálisis
- Tiroides/paratiroides

Las pruebas médicas comunes incluyen :

- Cateterización cardíaca
- Prueba de estrés
- Ecocardiograma
- EKG

Las pruebas de imágenes médicas comunes incluyen:

- MRI
- CT
- Radiografía de riñón, uréter, vejiga
- Ultrasonido

Tipo de operaciones	Edad del paciente	Cuándo	Médico	Médico
1.				
2.				
3.				
4.				

Tipo de medico prueba	Edad del paciente	Cuándo	Médico	Médico
1.				
2.				
3.				
4.				

Tipo de prueba de imagen médica	Edad del paciente	Cuándo	Médico	Médico
1.				
2.				
3.				
4.				

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

Revisión de los sistemas

Marque la casilla si tiene alguna de las siguientes.

Constitución

- Cambio de actividad
- Cambio de apetito
- Escalofríos
- Fatiga
- Fiebre
- Cambio inesperado de peso
- Sudoración

CABEZA, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA

- Congestión
- Problemas dentales
- Babear
- Secreción del oído
- Dolor de oído
- Hinchazón facial
- Pérdida de audición
- Protuberancia o masa en el cuello
- Llagas en la boca
- Hemorragias nasales
- Goteo posnasal
- Congestión nasal
- Presión en los senos nasales
- Estornudos
- Dolor de garganta
- Tinnitus
- Dificultad para tragar
- Cambio en la voz

Piel

- Cambio de color
- Palidez
- Sarpullido
- Herida

Alergias/inmunológico

- Alergias medioambientales
- Alergias a comida
- Inmunocomprometido

Mamas

- Dolor en la mama
- Protuberancia en la mama
- Cambios en la piel de la mama
- Secreción del pezón
- Inversión del pezón

Respiratorio

- Apnea
- Opresión en el pecho
- Atragantamiento
- Tos
- Mareo con esfuerzo

Cardiovascular

- Falta de aire
- Estridor
- Sibilancias
- Dolor de pecho
- Hinchazón de pierna
- Palpitaciones

Gastrointestinales

- Distensión abdominal
- Dolor abdominal
- Sangrado anal
- Sangre en heces
- Estreñimiento
- Diarrea
- Náuseas
- Dolor rectal
- Vómitos

Ojos

- Secreción
- Picazón
- Dolor
- Enrojecimiento
- Amarillez
- Sensibilidad a la luz

Endocrinológicos

- Intolerancia al frío
- Intolerancia al calor
- Hambre excesiva
- Sed excesiva
- Orina excesiva

Genitourinarios

- Dificultad para orinar
- Dispareunia
- Disuria
- Enuresis
- Dolor en el costado
- Orina frecuente
- Úlceras genitales
- Hematuria
- Problemas menstruales
- Dolor pélvico
- Necesidad urgente de orinar
- Disminución de orina
- Sangrado vaginal
- Secreción vaginal
- Dolor vaginal

Musculoesqueléticos

- Artralgias
- Dolor de espalda
- Problemas en el modo de andar
- Hinchazón de articulación
- Rango de movimiento del: _____
- Mialgias
- Dolor de cuello
- Rigidez en el cuello

Neurológico

- Problemas de equilibrio
- Mareo
- Asimetría facial
- Dolores de cabeza
- Aturdido
- Entumecimiento
- Convulsiones
- Dificultad para hablar
- Síncope
- Temblores
- Debilidad

Hematológicos

- Adenopatía
- Hematomas/sangrar fácilmente

Psiquiátricos

- Agitación
- Problemas conductuales
- Confusión
- Disminución de la concentración
- Depresión
- Trastorno disfórico
- Alucinaciones
- Hiperactividad
- Nerviosismo/ansiedad
- Autolesiones
- Trastornos del sueño
- Ideas de suicidio

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA RECETAS POR ESCRITO

Estimado paciente:

Para entregar recetas por escrito, incluyendo de sustancias controladas, a alguien que no sea usted es necesario tener una autorización por escrito en el archivo. Esta autorización le permite la oportunidad de nombrar a personas específicas para recoger cualquier receta de medicamentos en su nombre. Se necesita una identificación con foto para recoger una receta.

Las recetas por escrito no se le darán a nadie que no esté en la lista de personas autorizadas. Si en algún momento quiere hacer cambios a la lista aprobada, puede hacerlo completando un nuevo formulario de autorización.

Autorizo a las siguientes personas para que puedan recoger en mi nombre las recetas por escrito de Baptist Health Medical Group.

_____ Persona autorizada	_____ Relación con el paciente
_____ Persona autorizada	_____ Relación con el paciente
_____ Persona autorizada	_____ Relación con el paciente
_____ Persona autorizada	_____ Relación con el paciente
_____ Persona autorizada	_____ Relación con el paciente

No autorizo a nadie que no sea yo para recoger mis recetas por escrito, incluyendo las recetas de sustancias controladas. Sé que si elijo permitir a otras personas a recoger una receta por escrito para mí, debo completar un nuevo Formulario de autorización para recetas por escrito.

Nombre del paciente (en letra de molde): _____
Fecha de nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____
Fecha: _____

Padre/madre o tutor (en letra de molde): _____

Firma del padre/madre o tutor: _____
Fecha: _____

MyChart

Los pacientes que se inscriban en MyChart tendrán acceso gratis a sus expedientes médicos y resultados de sus análisis en Baptist Health Medical Group. Los otros beneficios de MyChart incluyen la capacidad de hacer citas, pedir resurtidos de medicamentos con receta y enviar mensajes a su proveedor. Para configurar su cuenta, puede dar su dirección de correo electrónico cuando se registre para su cita o vaya a: <https://mychart.baptisthealth.com>.

Facturación

Baptist Health presenta sus reclamos de seguros por usted como otro servicio más. Recuerde que su póliza de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros. Puede ser necesario que deba comunicarse con la compañía de seguros para resolver desacuerdos de los pagos. Usted es responsable del pago de los servicios y se espera que pague si la compañía de seguros deniega el pago de los servicios.

Saldos del paciente

Los copagos se deben pagar el día del servicio. Si no se paga el copago en el momento de la consulta, es posible que se tenga que cambiar la cita. Los pacientes que pagan por su cuenta también deben pagar el día del servicio. Si tiene un saldo pendiente, se espera que lo pague, además del copago o los cargos de la consulta, antes de que lo vea el proveedor. En algunas circunstancias se puede llegar a otro acuerdo de pago antes de una consulta. Las cuentas sin pagar se pueden enviar a una agencia de cobros.

Cancelación de una cita

Avise de la cancelación con un mínimo de 24 horas de antelación llamando a nuestro consultorio. Esto permitirá que otro paciente tome su turno. A los pacientes que hayan cancelado varias veces en el mismo día o no se presenten a las citas se les puede dejar de prestar el servicio en el consultorio médico a discreción del proveedor.

Llegadas tarde

Llame a nuestro consultorio médico tan pronto sepa que podría llegar tarde. Según la hora en que llegue se lo podrá atender o será necesario reprogramar la cita.

Mensajes telefónicos

El tiempo de respuesta de la llamada es de 24 horas. Los mensajes telefónicos se pueden devolver hasta el final del día después de haber atendido al último paciente en el consultorio. Se devuelven las llamadas telefónicas de acuerdo con la urgencia de la situación médica del paciente. Si nos llama después del horario de trabajo, su llamada se dirigirá a nuestra línea para llamadas después del horario regular.

Remisiones

Hacer las citas para remisiones y procedimientos ambulatorios puede tomar hasta cinco días laborables. Las citas urgentes se harán lo más pronto posible. Se necesita esta cantidad de tiempo para verificar los requisitos de autorización previa del seguro. Si tiene que cambiar la cita, puede comunicarse con la oficina de remisiones para hacerlo. Consulte a la compañía de seguros para saber si se necesita una autorización previa, ya que básicamente es la responsabilidad del paciente conocer la cobertura de su seguro.

Continúa

Medicamentos con receta

Para los resurtidos de los medicamentos con receta, espere la notificación en 48 horas. Para asegurarse de que se haya llamado a pedir la receta correcta en la farmacia correcta, cuando deje la información para resurtir especifique su nombre y la fecha de nacimiento; el nombre del medicamento, dosis, instrucciones y cantidad de medicamento, y el nombre y teléfono de la farmacia. El proceso de resurtido de recetas puede ser diferente para ciertos tipos de medicamentos con receta.

Resultados de las pruebas

El personal clínico revisará los resultados de los análisis de laboratorio o de otras pruebas cuando se reciban en nuestro consultorio médico. Si hay algo que se debe atender de inmediato, se le avisará por teléfono. Si no ha sabido nada después de dos semanas, llame a nuestro consultorio para confirmar el estado de sus resultados.

Expedientes médicos

Usted tiene derecho a una copia gratis de sus expedientes médicos. Después de que tengamos registrada una autorización válida en el archivo, se procesará la solicitud en los 30 días siguientes. Después de la copia gratis, se aplicará un cargo de \$1 por página. Las solicitudes de terceros externos, como un abogado, se enviarán después de que se haya recibido una autorización válida y el pago.

Solicitudes de documentos

Puede haber un cargo por los servicios de documentos. Dichos servicios incluyen completar los formularios de FMLA, formularios del seguro de vida y cartas escritas en nombre del paciente. El pago se debe hacer antes de completar la documentación. El consultorio médico puede darle un cálculo del cargo basado en sus necesidades específicas de documentos.

Artículos necesarios

El consultorio del médico que lo refiere no puede enviarnos las imágenes de radiología; debe traer el CD con usted. También traiga el informe por escrito que está asociado con los escáneres. Debe traer su identificación con foto y cualquier tarjeta de seguros. Los copagos se deben pagar el día del servicio o es posible que sea necesario reprogramar la cita.

Si no se traen estos artículos, podría reprogramarse la cita.

Actualizaciones de la información del paciente

Asegúrese de informarnos de cualquier cambio de dirección o teléfono para que podamos comunicarnos con usted sobre su estado de salud.

He leído y entiendo las políticas y procedimientos mencionados arriba.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Inscríbese para MyChart

Portal del paciente de Baptist Health

Para activar MyChart, necesitará:

- Código de activación
- Su fecha de nacimiento
- Últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social

Probablemente reciba un código de activación en la sección “MyChart Signup” del Resumen después de la visita, que recibirá después de ir a un centro de Baptist Health. También puede llamar al Servicio de Asistencia de MyChart al **844.764.7820** para obtener el código de activación. El Servicio de Asistencia enviará el código por correo electrónico o por carta. Independientemente de cómo reciba el código de activación, el proceso de inscripción es el mismo.

Después de que reciba el código de activación, siga estos pasos para inscribirse:

1. Visite el sitio web de MyChart en MyChart.BaptistHealth.com.
2. Haga clic en el botón “Sign up” (Inscribirse).
3. Escriba el código de activación, los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social y su fecha de nacimiento.
4. Haga clic en “Next” (Siguiendo).
5. Escriba un nombre de usuario, la contraseña y la pregunta de seguridad.
6. Haga clic en “Next” (Siguiendo).
7. Escriba su dirección de correo electrónico para recibir los avisos (o seleccione “no” si no quiere recibirlos).
8. Haga clic en “Sign in” (Iniciar sesión).
9. Acepte los términos y condiciones.
10. ¡Ya está inscrito en MyChart!

Si no tiene el código de activación, siga estas instrucciones para obtener uno:

1. Vaya al sitio web de MyChart: MyChart.BaptistHealth.com
2. Haga clic en el botón “Sign up without Activation Code” (Inscribirse sin código de activación) que está en la columna del lado derecho.
3. Complete el formulario para pedir en línea el código de activación.
4. Haga clic en “Submit” (Enviar).
5. El Servicio de Asistencia de MyChart se comunicará con usted por correo electrónico o carta para darle el código de activación.