

GRUPOS DE MÉDICOS DE BAPTIST HEALTH

Formulario de información demográfica del paciente

Fecha: _____

Escriba en letra de molde legiblemente.

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

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

¿Es usted un empleado de Baptist Health? Encierre uno en un círculo: Sí No

Si respondió Sí, escriba su ID de empleado: _____

¿Es usted veterano? Sí/No

Raza: (encierre uno en un círculo) Blanco – Negro/afroamericano – Asiático – Nativo americano/de Alaska
– Nativo de Hawái /isleño del Pacífico

Origen étnico: (encierre uno en un círculo) Hispano/latino O No hispano/latino

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

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Tel.: _____

Médico de atención primaria: _____ Tel.: _____ Médico que remite: _____

Empleador: _____ Tel.: _____

Situación laboral (encierre en un círculo uno): FT – PT – No empleado – Servicio militar – Autónomo – Discapacitado – Estudiante FT – PT

Nombre de la farmacia _____ Lugar _____

Información del garante: (información de la persona responsable económicamente de un menor de 18 años)

Nombre del garante: _____ Relación con el paciente: _____

SSN: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

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

Dirección del garante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Situación laboral (encierre en un círculo uno): FT – PT – No empleado – Servicio militar – Autónomo – Discapacitado – Estudiante FT – PT

Empleador del garante: _____ Tel.: _____

Información del seguro/suscriptor

Seguro primario: _____ N.º de ID de póliza: _____

Grupo N.º: _____ Fecha de inicio: _____

Nombre del suscriptor: _____ SSN del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección del suscriptor: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Seguro secundario _____ N.º de ID de póliza: _____

Grupo N.º: _____ Fecha de inicio: _____

Nombre del suscriptor: _____ SSN del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección del suscriptor: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

CONDICIONES Y CONSENTIMIENTOS DEL PACIENTE

1. CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTO MÉDICO:

Yo voluntariamente consiento y acepto atención médica que implique pruebas de diagnóstico de rutina, procedimientos y tratamientos según lo que sea ordenado por mis médicos de admisión y tratantes, incluyendo sus asistentes o su personal designado. También doy mi consentimiento para recibir atención médica mediante el uso de telesalud y/o monitoreo remoto del paciente. También doy mi consentimiento para la interpretación de estudios de diagnóstico desde una ubicación externa utilizando tecnologías de telesalud. Doy mi consentimiento para que los estudiantes de medicina, de enfermería, de salud aliada y otros estudiantes observen y participen en mi cuidado bajo la supervisión de un profesional calificado. Doy mi consentimiento para las grabaciones fotográficas o de imágenes reproducibles durante los procedimientos quirúrgicos, médicos y/o de diagnóstico y su uso con fines de identificación, científicos, educativos o de investigación. También doy mi consentimiento para la realización de pruebas de enfermedades infecciosas transmisibles y de transmisión sanguínea, como la hepatitis, la tuberculosis y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), si un proveedor solicita estas pruebas con fines de diagnóstico o si ha habido una exposición al personal de atención médica. No se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados que pueda obtener de mi atención médica.

2. MÉDICOS Y OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO SON EMPLEADOS DEL BAPTIST HEALTH MEDICAL GROUP:

En la mayoría de las situaciones el tratamiento médico brindado a los pacientes por el Baptist Health Medical Group (" Baptist ") lo brindan médicos y proveedores empleados por Baptist. Sin embargo, hay otros proveedores que no son empleados ni agentes de Baptist que pueden brindar servicios médicos o estar involucrados en mi atención médica. Dichos proveedores incluyen, entre otros, los radiólogos, los patólogos y los psicólogos. Estos proveedores pueden ser independientes o pueden estar empleados por otras organizaciones de atención médica. Puede que reciba una factura separada por los servicios de estos proveedores o la factura que reciba puede tener cargos separados por los servicios de dichos proveedores. Los proveedores establecen los cargos por sus servicios.

3. ACUERDO FINANCIERO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Acepto que soy responsable del pago de la factura del consultorio de mi médico. El pago de cualquier parte de mi factura que no esté cubierta por terceras partes se vence en el momento del servicio, a menos que Baptist haya acordado otros arreglos.

Acepto la asignación de todos los beneficios de terceras partes pagaderos al Baptist y a cualquier proveedor de atención médica que me preste servicios. Acepto pagar al Baptist y a otros proveedores de atención médica por todos los cargos por servicios que no estén cubiertos o pagados por una tercera parte, independientemente del motivo, incluyendo, entre otras, una determinación por parte de una tercera parte de que dichos servicios no están cubiertos o que sean médicamente necesarios. Reconozco y acepto que el Baptist no está obligado a aceptar la asignación de ningún beneficio pagadero a terceros, en cuyo caso, puedo recibir una factura de Baptist por el monto total de los cargos relacionados con cualquier atención o tratamiento proporcionado a mí o a mi garante por el Baptist y acepto pagar al Baptist por dichos cargos. Además, entiendo que el Baptist puede aceptar pagos de pagadores con los que no tiene un contrato y que cualquier aceptación de pago no constituye la aceptación por parte del Baptist de ninguna tasa de reembolso establecida por dichos pagadores a terceros y que puedo recibir una factura del Baptist por la diferencia entre la tarifa pagada por dichos pagadores y los cargos del Baptist. En la medida en que sea un beneficiario de Medicare o Medicaid, certifico que cualquier información que brinde al solicitar el pago según el Título XVIII (Medicare) o el Título XIX (Medicaid) de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre al Baptist o a cualquier proveedor de atención médica que me brinde servicios a través del programa Medicare o Medicaid. Por la presente designo irrevocablemente al Baptist como mi representante autorizado para presentar cualquier reclamo, sanción y remedio administrativo y/o legal en mi nombre para el cobro contra cualquier pagador responsable, planes de beneficios médicos patrocinados por el empleador, aseguradora de responsabilidad de terceros o cualquier otra tercera parte responsable, por todos y cada uno de los beneficios que se me deben por el pago de los cargos asociados con mi tratamiento. Esta cesión no se interpretará como una obligación del Baptist de ejercer dicho derecho de recuperación. Acepto tomar todas las medidas necesarias para ayudar al Baptist a cobrar el pago de cualquier pagador a terceros.

Después de un aviso razonable, cualquier cuenta sin pagar puede ser entregada a una agencia de cobro y/o a un abogado para el cobro. Si es necesario que el Baptist busque el cobro, acepto pagar todos los costos de cobro razonables, incluidos los costos judiciales y los honorarios de abogados incurridos por Baptist para cobrar mi cuenta.

CONDICIONES Y CONSENTIMIENTOS DEL PACIENTE

De conformidad con la Ley de informes crediticios justos (15 USC § 1681b(a)(2)), autorizo a cualquier agencia de informes crediticios contratada por el Baptist a divulgar al Baptist o a cualquiera de sus representantes o afiliados, mi informe del consumidor. Entiendo que el propósito de esta autorización y que la solicitud es para obtener mi informe de consumidor, que se puede usar para determinar la disponibilidad o la necesidad de asistencia financiera, atención caritativa o cobertura de seguro para mí persona y que se puede usar con fines de facturación y de cobro relacionados con el pago de los servicios que me han proporcionado. Entiendo que esta autorización es válida hasta que se cierre mi cuenta con el Baptist para todos los servicios prestados.

4. AMBIENTE LIBRE DE HUMO/CIGARRILLOS:

Baptist mantiene un ambiente libre de humo y de cigarrillos en cada una de sus ubicaciones. Está prohibido fumar por parte del personal de atención médica, los pacientes y los visitantes.

5. AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN:

Los servicios, programas y actividades del Hospital están disponibles para todas las personas independientemente de la raza, el color, el origen nacional, la religión, el sexo, la discapacidad o cualquier otro estado protegido por las leyes federales, estatales o locales.

6. ALERGIAS AL LÁTEX: Tengo alergia al látex Sí No

7. DIRECTIVAS ANTICIPADAS:

- Reconozco que he recibido una copia de un folleto que describe mis derechos para tomar decisiones sobre mi atención médica y directivas anticipadas o que he revisado esta información en <https://www.baptisthealth.com/patients-and-visitors/advance-care-planificación/directrices-anticipadas>.
- Tengo una directiva anticipada (por ejemplo: un testamento en vida, un poder notarial duradero, una persona que puede tomar decisiones sobre mi atención médica) Sí No

En caso **Afirmativo:**

- He presentado una copia al consultorio de mi médico.
ó
 No tengo una copia, pero me han aconsejado que traiga una copia para colocarla en mi expediente médico.

Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar al consultorio médico una copia de mi directiva anticipada.

En caso **Negativo:**

¿Desea recibir información sobre las directivas anticipadas? Sí No

8. AVISO DE PRIVACIDAD Y DERECHOS:

- Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Baptist o he revisado el aviso en <https://www.baptisthealth.com/patients-and-visitors/website-and-privacy-information/baptist-health-aviso-de-privacidad-de-grupo-medico>.
- ó
- Recibí anteriormente una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Baptist .

9. AVISO DE DERECHOS BAJO LA LEY SIN SORPRESAS :

Me han proporcionado una copia del Aviso del Baptist con respecto a mis derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa y mis derechos a recibir un estimado de buena fe o he revisado el aviso en <https://www.baptisthealth.com/patients-and-visitors/información-de-facturación/asistencia-financiera/acto-sin-sorpresas>.

CONDICIONES Y CONSENTIMIENTOS DEL PACIENTE

10. CONSENTIMIENTO PARA LLAMADAS A TELÉFONOS CELULARES :

Por la presente autorizo al Baptist y a todas las terceras partes, incluyendo los proveedores clínicos que me han brindado atención médica, junto con cualquier servicio de facturación, agencias de cobro, abogados, socios comerciales que hagan citas y su confirmación, los recordatorios de exámenes, terceras partes que realicen encuestas de calidad u otros agentes que puedan trabajar en su nombre (incluidos sus sucesores, cesionarios, afiliados o agentes), que se comuniquen conmigo a cualquier número de teléfono asociado con mi(s) cuenta(s), incluyendo los números de teléfono móvil u otros números que puedan resultar en cargos para mí. Acepto que los métodos de contacto pueden incluir el uso de sistemas de marcación telefónica automática u otra tecnología asistida por computadora .

11. CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES DE SALUD POR CORREO ELECTRÓNICO O USO DE MENSAJES DE TEXTO:

Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico en la que puedan contactarme, doy mi consentimiento al Baptist para recibir comunicaciones de atención médica en ese correo electrónico. Además, doy mi consentimiento para que el Baptist me comunique información de atención médica, como recordatorios de citas, en mi teléfono móvil a través de mensajes de texto. Baptist participa en Care Everywhere, un intercambio electrónico de datos de pacientes para la continuidad de la atención de salud. Para excluirse del Care Everywhere, usted puede comunicarse con el Departamento de administración de información de salud al 1-833-998-1257 o puede enviar una solicitud de exclusión voluntaria al Departamento de administración de información de Baptist Health, 2600 Stanley Gault Parkway, Suite 101, Louisville, KY 40223

El/la abajo firmante acepta que se puede usar una copia de este consentimiento, divulgación y asignación de beneficios en lugar de la copia original. El/la abajo firmante autoriza a Baptist a apelar en nombre del paciente cualquier determinación de cobertura adversa para el tratamiento o los servicios prestados en Baptist y además autoriza a Baptist o su representante a representar al paciente durante cualquier proceso de apelación. El abajo firmante certifica que él /ella ha leído y acepta este formulario y ha recibido una copia.

Si el paciente no puede firmar, la Autoridad Legal abajo firmante certifica que el paciente es _____ y el abajo firmante certifica que él/ella ha leído y acepta este consentimiento, liberación y asignación como tutor, padre, pariente, sustituto designado o como representante con un poder notarial (como se indica a continuación) y ha recibido una copia. (En la medida en que el paciente no pueda dar su consentimiento y haya sido nombrado tutor legal, proporcione el nombre del tutor y solicite el consentimiento del tutor para el tratamiento).

Nombre del paciente (escrito tipo imprenta): _____

Firma _____

Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre escrito tipo imprenta: _____



Consentimiento de la vacuna contra la gripe desde el automóvil 2024-2025

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

1. ¿Está enferma hoy la persona que se va a vacunar o ha tenido fiebre de más de 100.4 °F en las últimas 24 horas?
 S N
2. ¿Tiene la persona que se va a vacunar alergia al látex, al mercurio, al timerosal, a la gelatina, a los huevos/
plumas de gallina o a otros componentes de las vacunas? S N
3. ¿Ha tenido la persona que se va a vacunar alguna reacción grave a la vacuna contra la influenza en el pasado?
 S N
4. ¿Ha tenido alguna vez la persona que se va a vacunar el síndrome de Guillain-Barré u otra enfermedad neurológica?
 S N

Recibí una copia y he leído o me han explicado la Declaración de información importante del Servicio de Salud Pública de los E.E. U.U. (U.S. Department of Health and Human Services) sobre la vacuna contra la influenza con fecha del 8/06/21. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y las respondieron a mi satisfacción. Creo que entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna y acepto recibirla.

Firma del paciente/tutor: _____

Fecha: _____

Nombre del tutor en letra de molde: _____

Si respondió "Sí" a alguna de las preguntas de arriba, debe tener la aprobación y la documentación del proveedor.

Internal Use Only

NDC#: _____ EXP: _____

Vaccine Manufacturer: Sanofi

Administered by: _____

Vaccine Type: Fluzone 65+ Fluzone 6mos+

Date: _____

Administration Site: LD RD LT RT

Time Administered: _____

Parking Space/Car Number (if applicable): _____

Time Vehicle Departed: _____

Patient waited 15 minutes after vaccine administration: Yes No



Vacuna contra la gripe desde el automóvil

Estoy de acuerdo en esperar los 15 minutos recomendados después de recibir mi inyección contra la gripe según la política de BHMG y la recomendación de la Coalición de Acción para la Inmunización (Immunization Action Coalition, IAC). Estoy de acuerdo en esperar este período de 15 minutos en el lugar de BHMG donde recibo la vacuna contra la gripe. Entiendo que se me puede pedir que espere este período de 15 minutos en el vehículo en el que llegué.

Estoy de acuerdo en informar al proveedor o al personal **inmediatamente** si tengo mareos, aturdimiento, cambios en la vista o cualquier otro síntoma descrito en la Declaración informativa sobre la vacuna que se me dio antes de recibir la inyección contra la gripe.

Entiendo que, si me niego a esperar 15 minutos después de recibir mi inyección contra la gripe y, además, elijo conducir un automóvil, eso podría tener como consecuencia daños físicos o la pérdida de mi vida y la de los demás.

Nombre en letra de molde

Fecha de nacimiento

Firma del paciente (o firma del tutor legal)

Fecha