

**BIENVENIDO A \_\_\_\_\_**

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

Estimado/a \_\_\_\_\_:

Gracias por confiar a Baptist Health Medical Group su atención médica. Nuestro equipo de médicos y nuestro personal estamos comprometidos con prestarle la atención médica más 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 \_\_\_\_\_ está programada el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_.

Adjunto en este paquete para pacientes nuevos está lo siguiente:

- 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 planifique llegar a su cita 30 minutos antes de la hora programada para que nuestro personal pueda completar el registro. Además, le pedimos que traiga los artículos correspondientes 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, coaseguro, prepago)
- ✓ Expedientes médicos de proveedores de atención primaria anteriores

Esperamos que tenga una experiencia en Baptist Health. No dude en llamarnos al teléfono mencionado arriba si tiene alguna pregunta, comentario o preocupación sobre nuestra oficina. 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 en Baptist Health Medical Group*

# FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Escriba en letra de molde legible.



**BAPTIST HEALTH**<sup>®</sup>

MEDICAL GROUP

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Origen étnico: Hispano/latino No hispano/latino

Raza: Blanca Negra/afroamericano Asiática Nativo americano/de Alaska  
Nativo hawaiano/de otras islas del Pacífico

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Idioma escrito: \_\_\_\_\_ ¿Necesita intérprete? Sí No ¿Tiene instrucciones anticipadas/testamento en vida? Sí No

¿Tiene un poder legal? Sí No

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

Otro \_\_\_\_\_

¿Es veterano? Sí No

Situación laboral: Tiempo completo Tiempo parcial No tiene empleo Servicio militar Por cuenta propia  
Discapacitado Estudiante a tiempo completo Estudiante a tiempo parcial Retirado

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Médico primario (primer nombre y apellido): \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Médico que remite (primer nombre y apellido): \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

## Información del garante: (Información de la persona responsable económicamente)

Misma que la del paciente, pase a la sección de seguros/suscriptor

Nombre del garante: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

¿Es veterano? Sí No

Situación laboral: Tiempo completo Tiempo parcial No tiene empleo Servicio militar Por cuenta propia  
Discapacitado Estudiante a tiempo completo Estudiante a tiempo parcial Retirado

Empleador garante: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Información del seguro/suscriptor**

**Seguro primario:** \_\_\_\_\_ Plan (p. ej., 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: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**Seguro secundario:** \_\_\_\_\_ Plan (p. ej., 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: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida:  Farmacia  Pedido por correo

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### 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.		

Escriba abajo alergias a cualquier medicamento:

1.

2.

3.

4.

N/A

**Alergias a alimentos u otras alergias:** (Escriba todas).

1. Látex:  Sí  No

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

**Inmunizaciones/vacunas:** (Márquelas y escriba la fecha en que la recibió).

Influenza \_\_\_\_\_

Neumococo \_\_\_\_\_

Herpes zóster \_\_\_\_\_

Tétano \_\_\_\_\_

Rubeola \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Historia de la enfermedad actual

¿Cuál es el motivo principal de la consulta de hoy? \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezaron los síntomas? \_\_\_\_\_

¿Están empeorando los síntomas? \_\_\_\_\_

¿Hay algo que produzca los síntomas? \_\_\_\_\_

¿Ha encontrado algo que mejore los síntomas? \_\_\_\_\_

¿Ha encontrado algo que empeore los síntomas? \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que haya descubierto que esté asociado con los síntomas? \_\_\_\_\_

¿Ha notado un patrón en los síntomas? \_\_\_\_\_

Si ha consultado a algún otro consultorio médico por este problema, anótelo abajo. \_\_\_\_\_

Si le han hecho alguna prueba por este problema, anótelo abajo. \_\_\_\_\_

¿Ha recibido tratamiento antes por este problema? Si la respuesta es sí, ¿cómo lo han tratado? \_\_\_\_\_

### Historia médica: Marque la casilla si alguna vez tuvo lo siguiente:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias, medioambientales  | <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo              | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria             |
| <input type="checkbox"/> Esclerosis lateral amiotrófica  | <input type="checkbox"/> Neuropatía diabética                  | <input type="checkbox"/> Trastornos del movimiento      |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma   | <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar)                     | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple            |
| <input type="checkbox"/> Angina  | <input type="checkbox"/> Diverticulitis                        | <input type="checkbox"/> Neuropatía                     |
| <input type="checkbox"/> Ataques de ansiedad/pánico  | <input type="checkbox"/> Mareo                                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad neuromuscular       |
| <input type="checkbox"/> Artritis  | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones                | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo       |
| <input type="checkbox"/> Asma/enfisema   | <input type="checkbox"/> Exposición a toxinas                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación atrial  | <input type="checkbox"/> Desmayos                              | <input type="checkbox"/> Marcapasos                     |
| <input type="checkbox"/> Parálisis de Bell   | <input type="checkbox"/> Fibromialgia                          | <input type="checkbox"/> Pancreatitis                   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga  | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares                     | <input type="checkbox"/> Polio                          |
| <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación  | <input type="checkbox"/> Gota                                  | <input type="checkbox"/> Prueba de TB positiva          |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de coagulación de sangre   | <input type="checkbox"/> Fracturas                             | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática               |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre/anemia  | <input type="checkbox"/> Cefaleas en racimos                   | <input type="checkbox"/> Convulsiones                   |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre (reacción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No) | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, migraña              | <input type="checkbox"/> Herpes zóster                  |
| <input type="checkbox"/> Tumor cerebral  | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, por tensión          | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño                |
| <input type="checkbox"/> Problemas de intestinos/estómago  | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición                   | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral               |
| <input type="checkbox"/> Cataratas/glaucoma  | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco                       | <input type="checkbox"/> Síncope                        |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/tipo: _____  | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca                | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de las carótidas   | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                        | <input type="checkbox"/> TIA                            |
| <input type="checkbox"/> Túnel carpiano  | <input type="checkbox"/> Infecciones de riñones                | <input type="checkbox"/> Tromboflebitis                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la columna vertebral  | <input type="checkbox"/> Cálculos renales                      | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides    |
| <input type="checkbox"/> Cambios en el modo de andar   | <input type="checkbox"/> Hepatitis/<br>enfermedades del hígado | <input type="checkbox"/> Neuralgia del trigémino        |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica  | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta                 | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                   |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis  | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                              | <input type="checkbox"/> Llagas                         |
| <input type="checkbox"/> Colitis   | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia                        | <input type="checkbox"/> Reemplazos de válvulas         |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva   | <input type="checkbox"/> Hipertensión                          | <input type="checkbox"/> VRE/MRSA/C-Diff                |
| <input type="checkbox"/> COPD  | <input type="checkbox"/> Hemorragia intracraneal               | <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de las arterias coronarias   | <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado               | <input type="checkbox"/> Debilidad                      |
| <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (DVT)   | <input type="checkbox"/> Lupus o esclerodermia                 | <input type="checkbox"/> Otro: _____                    |
| <input type="checkbox"/> Demencia senil  | <input type="checkbox"/> Enfermedades mentales/ansiedad        |   |
| <input type="checkbox"/> Depresión   |  |   |

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Historia social

¿Consume ahora o alguna vez consumió drogas recreativas?  Sí  No Si respondió sí, ¿qué clase? \_\_\_\_\_

¿Cuánto al día? \_\_\_\_\_ ¿Por mes? \_\_\_\_\_ ¿Durante cuántos años? \_\_\_\_\_

¿Cuándo lo dejó? \_\_\_\_\_

Alcohol:  Nunca  Actualmente, tragos por semana \_\_\_\_\_  Antes, fecha en que dejó de consumir \_\_\_\_\_

Fumador:  Nunca  Actualmente, tipo/fecha de inicio \_\_\_\_\_ Paquetes por día \_\_\_\_\_

Antes, fecha en que dejó de consumir \_\_\_\_\_

Tabaco sin humo/tabaco para mascar:  Nunca  Actualmente, consumo diario \_\_\_\_\_

Antes, fecha en que dejó de consumir \_\_\_\_\_

Cigarrillos electrónicos:  Nunca  Actualmente, consumo diario \_\_\_\_\_  Antes, fecha en que dejó de consumir \_\_\_\_\_

Drogas ilegales:  Nunca  Tipo de droga \_\_\_\_\_

Actualmente, consumo diario \_\_\_\_\_  Antes, fecha en que dejó de consumir \_\_\_\_\_

¿Vive solo o con familia? \_\_\_\_\_

**Historia de la familia:** Escriba cualquier enfermedad significativa de sus familiares inmediatos.

Indique el familiar
Artritis
Aneurisma
Ataxia
Alcoholismo
Enfermedad de Alzheimer
Tumor cerebral
Corea
Cáncer/tipo:
Diabetes
Demencia senil
Epilepsia
Enfermedades cardíacas
Presión arterial alta
Colesterol alto
Enfermedades de los riñones

Indique el familiar
Enfermedades del hígado
Enfermedades mentales/suicidio
Migrañas
Esclerosis múltiple
Neurofibromatosis
Enfermedad neuromuscular
Neuropatía
Obesidad
Osteoporosis
Otras enfermedades neurológicas
Enfermedad de Parkinson
Suicidio
Derrame cerebral
Enfermedades de la tiroides
Otro

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historia de operaciones (incluyendo biopsias):** Escriba todas las operaciones con fechas o edades aproximadas.

Tipo	Cuándo	Lugar	Médico
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

**Revisión de los sistemas:** Marque las casillas si tiene lo siguiente.

**Constitución**

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

**Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta**

- Congestión
- Problemas dentales
- Babear
- Secreción del oído
- Dolor de oído
- Hinchazón facial
- Pérdida de audición
- Llagas en la boca
- Hemorragias nasales
- Goteo posnasal
- Rinorrea
- Presión en los senos nasales
- Estornudos
- Dolor de garganta
- Tinitus
- Dificultad para tragar
- Cambio en la voz

**Piel**

- Cambio de color
- Palidez
- Sarpullido
- Herida

**Ojos**

- Secreción
- Picazón
- Dolor
- Enrojecimiento
- Fotofobia
- Trastornos visuales

**Respiratorios**

- Apnea
- Opresión en el pecho
- Atragantamiento
- Tos
- Dificultad para respirar
- Estridor
- Sibilancias

**Cardiovascular**

- Dolor de pecho
- Hinchazón de la pierna
- Palpitaciones

**Gastrointestinales**

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

**Endocrinológicos**

- Intolerancia al frío
- Intolerancia al calor
- Polidipsia
- Polifagia
- Poliuria

**Genitourinarios**

- Dificultad para orinar
- Dispareunia
- Disuria
- Enuresis
- Dolor en el costado
- Frecuencia
- Úlceras genitales
- Hematuria
- Problemas menstruales
- Dolor pélvico
- Urgencia
- Disminución de orina
- Sangrado vaginal
- Secreción vaginal
- Dolor vaginal

**Musculoesqueléticos**

- Artralgia
- Dolor de espalda
- Problemas en el modo de andar
- Hinchazón de articulación
- Mialgias
- Dolor de cuello
- Rigidez en el cuello

**Alérgicos/inmunológicos**

- Alergias medioambientales
- Alergias a alimentos
- Inmunocomprometido

**Neurológicos**

- Mareo
- Asimetría facial
- Dolores de cabeza
- Aturdimiento
- Entumecimiento
- Convulsiones
- Dificultad para hablar
- Síncope
- Temblores
- Debilidad

**Hematológicos**

- Adenopatía
- Hematomas/sangrar fácilmente

**Psiquiátricos**

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

### **MyChart**

Los pacientes que se inscriban en MyChart tendrán acceso gratis a sus expedientes médicos de Baptist Health. Los beneficios adicionales de MyChart incluyen la capacidad de hacer citas, pedir resurtidos de medicamentos con receta y enviar mensajes a su proveedor. Para establecer 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 servicio adicional. 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. A 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 se pueda hacer la cita para otro paciente. Los pacientes que varias veces cancelen el mismo día o que no se presenten a las citas se les puede dejar de prestar el servicio en el consultorio médico a discreción del proveedor.

### **Llegadas tardías**

Llame a nuestro consultorio médico tan pronto sepa que podría llegar tarde. Según la hora en que llegue se le 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 la clínica, su llamada se dirigirá a nuestra línea para llamadas después del horario.

### **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 la autorización previa, ya que básicamente es la responsabilidad del paciente conocer la cobertura de su seguro.

### **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, 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 siguientes 30 días. 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 puede darle un cálculo del cargo basado en sus necesidades específicas de documentos.

## **Actualizaciones de la información del paciente**

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

# 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 **1.844.764.7820** 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](http://MyChart.BaptistHealth.com).
2. Haga clic en el botón “Sign up Now” (Inscribirse ahora).
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 el 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. Visite el sitio web de MyChart: [MyChart.BaptistHealth.com](http://MyChart.BaptistHealth.com)
2. Haga clic en el botón “Sign up online” (Inscribirse en línea) 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.