

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 llegue a su cita 30 minutos antes de la hora de la cita para 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 del médico que remite o CD de cualquier imagen radiológica.

Esperamos que tenga una buena 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®

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 Visión Habla

Otra _____

¿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: _____

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: _____

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: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

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: _____

Información de paciente nuevo

Fecha: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Médico de familia: _____ Presión arterial alta _____ / _____

Consulta pedida por: _____ Frecuencia cardíaca: _____ Respiraciones: _____

Edad: _____ Diestro o zurdo _____

Empleado: Sí No

Historia de la enfermedad actual

¿Cuál es el motivo principal de la consulta de hoy? _____

¿Cuándo empezaron los síntomas? _____

¿Están empeorando los síntomas? _____

¿Este dolor/problema ocurre en un momento específico? _____

¿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? _____

Escriba abajo el nombre y dirección del médico que lo remite. _____

Escriba abajo el nombre y dirección su médico de atención primaria. _____

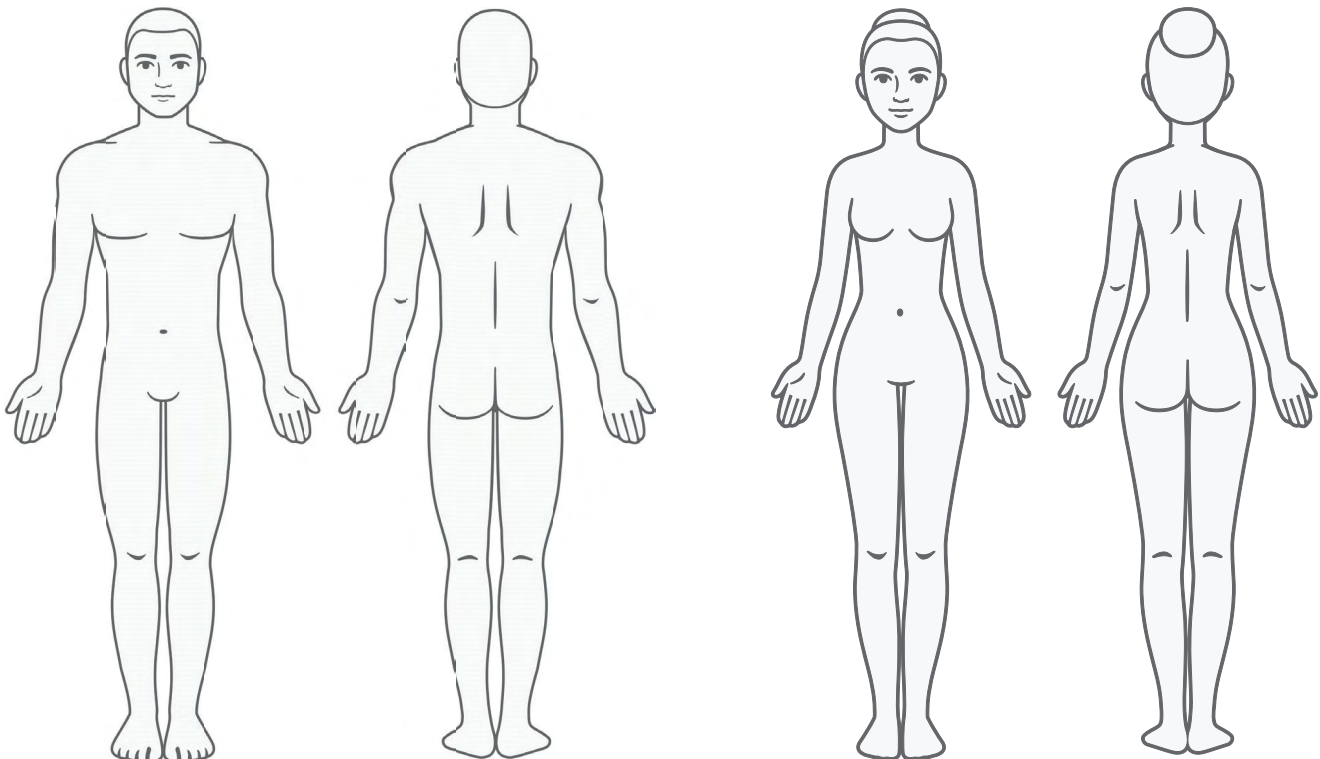
¿Ha recibido tratamiento antes por este problema? Si la respuesta es sí, ¿cómo lo han tratado? _____

Lesión relacionada con el trabajo: Sí No Fecha de la lesión: _____

¿Está trabajando actualmente? Sí No ¿Cuál es su ocupación? _____

Lesión por accidente de automóvil: Sí No Fecha de la lesión: _____

¿Dónde le duele? Sombree el área en la figura de abajo.



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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar) | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de vejiga | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, migraña | <input type="checkbox"/> Infecciones recientes |
| <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Tendencia a sangrar | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre (reacción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No) | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Llagas |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis | |
| <input type="checkbox"/> Claustrofobia | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | |

Historia social

¿Consumo ahora o alguna vez consumí tabaco? Sí No Si respondió sí, ¿qué tipo? _____
¿Cuánto al día? _____ ¿Durante cuántos años? _____ ¿Cuándo lo dejó? _____

¿Consumo alcohol? Sí No
¿Cuánto al día? _____ ¿Por semana? _____
¿Durante cuántos años? _____ ¿Cuándo lo dejó? _____

¿Consumo ahora o alguna vez consumí drogas recreativas? Sí No Si responde sí, ¿de qué tipo? _____
¿Cuánto al día? _____ ¿Por mes? _____
¿Durante cuántos años? _____ ¿Cuándo lo dejó? _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Indique el familiar
Artritis, gota
Asma, fiebre del heno
Cáncer
Adicción a drogas o alcohol
Diabetes

Indique el familiar
Enfermedades cardíacas
Presión arterial alta
Enfermedades de los riñones
Tuberculosis
Otro

	Edad	Enfermedad	Si falleció, causa de la muerte
Padre			
Madre			
Hermanos			
Hermanas			
Hijos			
Cónyuge			
Otros (<i>familiar paterno o materno</i>)			

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

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

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historia de diagnóstico por imágenes

Fecha	Tipo

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

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA RECETAS POR ESCRITO



Estimado paciente:

Para poder 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 por escrito en su nombre. Cada vez que se recojan las recetas se debe presentar una identificación válida con foto.

Tenga en cuenta que 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 Neurocirugía de BHMGM.

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: _____

Firma 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 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. 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. A 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.

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. El copago se debe 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 avisarnos 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 **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.
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
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.