

Paciente Nuevo
 Existente/Actualizacion

**CHILDREN'S HEART INSTITUTE -
 JOHNS HOPKINS REGIONAL PHYSICIANS
 Registro del Paciente**
Bienvenido a nuestra Clinica. Por favor complete la Informacion de abajo.

Nombre del Paciente (Primer Nombre- Segundo - Apellido)		Sexo: M [] F []	Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____	Estado Civil: Soltero (a) [] Casado(a) [] Viudo(a) [] Divorciado(a) []
Direccion de la casa	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Telefono de casa: _____ Seguro Social del Paciente # _____
Nombre de la Madre	El mismo [] Conyugue [] Padres []		Fecha de Nacimiento ____/____/____	SSN de la Madre _____
Direccion de la Madre [] <i>La misma de arriba</i>			Telefono del Empleador _____	
Nombre del Empleador (Madre) →			Telefono Celular _____	Correo Electronico _____
Nombre del Padre (Primer Nombre, Apellido)			Telefono de la Casa _____	Occupación _____
Nombre del Empleador (Padre)	Fecha de Nacimiento	Telefono del Empleador	SSN del Padre _____	
Motivo de la Visita	Nombre del Peditra o Telefono: _____			
Persona de Contacto en caso de Emergencia	Relacion con el paciente	Telefono _____		
Medicaid	Si []	No []	Numero de Medicaid _____	Fecha de Vigencia _____
Compañia de Seguros		# de Poliza _____	Grupo / Plan # _____	Fecha(s) de Vigencia _____
Es el Seguro a traves de su Empleador? [] Si [] No	Nombre del Empleador _____		Direccion del Empleador _____	
Nombre del Subscriptor - Titular de la Poliza	Fecha de Nacimiento del Titular	SSN del Titular _____	Relación con el Paciente _____	
Compañia de Seguros Secundaria		# de Poliza _____	Grupo / Plan # _____	Fecha(s) de Vigencia _____
Es el Seguro a traves de su Empleador? [] Yes [] No	Nombre del Empleador _____		Direccion del Empleador _____	
Nombre del Subscriptor - Titular de la Poliza	Fecha de Nacimiento del Titular	SSN del Titular _____	Relacion con el Paciente _____	

Certifico que la información que he reportado anteriormente es correcta y que, como entiende un padre/tutor/Garante he leído, y acepto plenamente las condiciones y la Política Financiera de pago del Paciente y de inscripción.

 Firma del Paciente/Padre o Guardian

 Nombre del Padre/Guardian

 Fecha

Por favor, lea y firme la Política Financiera de pago asi como el Acta de Privacidad adjuntos a este formulario. Gracias

HISTORIA DEL PACIENTE – CARDIOLOGIA / CARDIOVASCULAR

HISTORIA: REVISION DE SISTEMAS-TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SINTOMAS?

POR FAVOR MARQUE (X) SI USTED TIENE ALGUNO DE LO SIGUIENTE APLICADO A SU ESTADO <u>ACTUAL</u> , EN EL <u>PASADO</u> O <u>NUNCA</u>				
SALUD GENERAL	ACTUALMENTE	EN EL PASADO	NUNCA	ENLISTE OTROS SINTOMAS O SIGNOS RELACIONADOS
Apetito Saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perdida o Ganancia de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fiebre(mas de 5 dias de duraci3n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Letargua (cansancio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fatiga Extrema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OJOS				
Cambios en la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OIDOS, NARIZ, GARGANTA Y BOCA				
Zumbidos en los oidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de sinusitis o inflamacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En la garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PERIFERICO/CARDIOVASCULAR				
Dolor de pecho o malestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ritmos cardiacos o irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cambio de color en labios o lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hinchazon alrededor de los ojos, manos o pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RESPIRATORIO				
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultad para respirar durante el Ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respiracion dolorosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respiracion rapida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GASTROINTESTINAL				
Dolores Abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nausea o Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heces negras o con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor en la boca del estomago o reflujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
URINARIO				
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MUSCULOESQUELETICO				
Dolor/debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor de huesos/ dolores/ debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hinchazon en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor en las extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PIEL/PECHO				
Bultos/masas or sarpullido/llagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NEUROLOGICO				
Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Olvidos o confusion mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Amortiguamiento/adormecimiento De las extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PIYCHIATRICO				
Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ansiedad / Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENDOCRINO				
Sudor Excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sed anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEMATOLOGICO / LINFATICO				
Moretones Frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nodulos Linfaticos Inflamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NURSE NOTES:

HISTORIA MEDICA Y QUIRURGICA

Drogas con o sin prescripción Medica - Nombre/Dosis / Frecuencia		Alergias a Medicamentos o alimentos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sabe	
*		Enliste Medicamentos o Medicamentos:	
*		*	
Cirugias/Hospitalizaciones – Motivo	Fecha	Cirugias/Hospitalizaciones – Motivo	Fecha

HISTORIA MEDICA Y FAMILIAR

POR FAVOR INDIQUE SI USTED O UN FAMILIAR - (M) =MADRE / (P) =PADRE / (H) =SIBLING / (A) =ABUELOS – HA SIDO AFECTADO (A) POR LAS SIGUIENTES CONDICIONES

Condicion	Paciente	Familiares	Condicion	Paciente	Familiares
Anemia			Colesterol o Trigliceridos altos		
Tapon de sangre o desorden de sangrado			Enfermedad de Kawasaki		
Enfermedad congenital del Corazon (Nacido con)			Prolapso de Valvula Mitral		
Sordo de Nacimiento (Neuronal)			Fiebre Reumatica		
Diabetes - <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II			Derrame Cerebral o Mini derrames cerebrales (strokes)		
Soplo del Corazón			Muerte subita sin explicacion en niñez o juventud		
Ataque Cardiaco			Problemas de Tiroides		
Presion Alta			Otra Enfermedad Cardio-Vascular		

Children's Heart Institute - Johns Hopkins Regional Physicians

Declaracion de Acuerdo Financiero

Updated 05/29/13

Gracias por elegir nuestros medicos para sus necesidades de atención medica. Estamos comprometidos a brindar la mejor atencion medica y un tratamiento exitoso. La siguiente es una declaracion de nuestro Acuerdo Financiero, la cual ustedes deben leer, aceptar y firmar, previo al tratamiento. Nuestro Acuerdo Financiero se aplica a todos los servicios medicos prestados por nuestros medicos y personal, ya sea hospitalario o ambulatorio.

Orientaciones Generales de Acuerdo de pago:

Los pacientes / tutores son responsables financieramente de todos los cargos, a pesar de la participación de terceros.

Responsabilidades del Paciente y Acuerdos Financieros:

Proporcionar Informacion Precisa: Usted tiene la responsabilidad de proporcionar información precisa y completa acerca de su historial médico, su dirección postal, seguro de salud y otra información de facturación. Si alguna información cambia - nombre, dirección, teléfono, cobertura de seguro, etc - se debe informar inmediatamente a esta práctica. Negaciones de seguros o errores de facturación debido a la información suministrada por el paciente/tutores dará lugar a la transferencia del saldo de la cuenta a la responsabilidad financiera inmediata del paciente.

Conocer sus beneficios de cobertura de seguros y los requisitos de referencia: El seguro médico es un contrato entre usted y su plan de seguro médico (s). Los pacientes tienen la responsabilidad de entender su cobertura de seguro médico (s), beneficios y requisitos de referencias para recibir servicios de diagnóstico y terapéuticos de nuestros médicos. Los pacientes tienen la responsabilidad de solicitar las referencias escritas necesarias, autorizaciones previas o pre-certificaciones de su médico de atención primaria o plan de salud previo a los servicios prestados. Si no hemos recibido las autorizaciones necesarias previa-a • su cita, se volverá a programar la cita. Por favor, presente su tarjeta de identificación de seguro a nuestro personal en cada visita al consultorio.

Pacientes sin Seguro Medico: Se espera que los pacientes sin cobertura de seguro paguen la totalidad por los servicios recibidos al momento del servicio, a menos que un acuerdo de pago satisfactorio haya sido arreglado con nuestro gestor de facturación anterior a los servicios.

Los pacientes con Seguro Privado / Cobertura de Medicare / Medicaid: Nuestros médicos participan en los programas de Medicare y Medicaid, y con la mayoría de las principales compañías de seguros. Presentaremos un reclamo (s) a la compañía de seguros proporcionada siempre y cuando se autorize la "asignación de beneficios" para obtener el pago directamente a nuestra Clínica. Para los planes de seguros en los que nuestros medicos participan, la Clínica acepta el pago en base a sus acuerdos contractuales. Para los planes de seguros en los que nosotros no participamos (es decir, no existe un acuerdo contractual), la Clínica esperará el pago completo del paciente al momento del servicio.. Cualquier cobertura o disputas de pago es un asunto entre el asegurado y la compañía de seguros.

Acuerdo de Pago del Paciente: Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de la participación de terceros. Estoy de acuerdo en pagar cualquier deducible, coaseguro, copago o servicios considerados como servicios "incidentales" "sin cobertura" o por mi compañía de seguros, incluyendo, prescripciones de emergencia u otra atención orientada al servicio prestado. Estoy de acuerdo en pagar una tarifa por cita perdida de \$ 50.00 por citas canceladas con una anticipación menor a 24 horas. Si mi seguro no ha pagado por mí en 60 días, los servicios serán mi responsabilidad para el pago inmediato (con excepción de Medicare y Medicaid). En caso de surgir cualquier saldo debido al seguro de co-pagos, co-seguros, deducibles, la terminación de la cobertura, la falta de pago al momento del servicio y / o cualquier otra razón, estoy de acuerdo en pagar todos los cargos dentro de los 30 días de aviso. Entiendo que si no pago los saldos pendientes o hago arreglos de pago dentro de los 75 días, el importe adeudado será considerado moroso y sujeto a acción legal. Entiendo, además, que a las cuentas morosas se les aplicará un recargo del 1,5% de interés mensual (18% TAE), y de la posible destitución de los pacientes de nuestra atención. Si mi cuenta es enviada a "coleccionistas", estoy de acuerdo en pagar todos los costos de cobranza, incluyendo, pero sin limitarse a los costos judiciales, honorarios de abogados iguales al 33,33% de la cantidad adeudada, y los intereses devengados hasta la fecha. Estoy de acuerdo en pagar un cargo por cheque devuelto de \$ 35.00.

Autorización y Asignación de Beneficios del Seguro: Yo permito que una copia de esta autorización y firma sea utilizada en lugar de la original en todas las presentaciones de facturación de seguros y para la divulgación de la información protegida de salud médica u otra específica, ya sea manual, electrónica o telefónica. Autorizo a la Clínica a solicitar beneficios por los servicios rendidos a mi mismo o a mi hijo menor de edad o bajo cualquier póliza de seguro de salud que proporcionan beneficios y que además por este medio asignar y autorizar el pago de las prestaciones de mi compañía de seguros a la Clínica (incluyendo los beneficios pagaderos bajo el Título XVIII de la Social Ley de seguridad y / o cualquier otra agencia gubernamental) irrevocablemente autorizo todos esos pagos a la Clínica. Autorizo a la Clínica a contactar con el empleador o compañía de seguros con respecto a la información del seguro, la existencia de un seguro y la cobertura de mis beneficios.

En consideración por servicios médicos prestados, reconozco haber recibido la notificación de la política financiera y acepto pagar por dichos servicios médicos de acuerdo con los términos anteriores. Mi firma abajo indica que he leído y acepto la política anterior ..

Firma del Paciente/ Tutor

Fecha

CHILDREN'S HEART INSTITUTE - JOHNS HOPKINS

REGIONAL PHYSICIANS

AVISO DE LA LEY DE PRIVACIDAD

(Efectiva Julio 20, 2004)

- 1. Children's Heart Institute - Johns Hopkins Regional Physicians puede utilizar y divulgar la información de salud protegida para tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud y la investigaciones voluntarias de salud. Ejemplos de esto incluyen, pero no se limitan a las remisiones a las agencias de salud en el hogar y otros proveedores de tratamiento. Ejemplos de pago incluyen pero no se limitan a las agencias de cobro, compañías de seguros para reclamos y pre-autorización, incluidas la coordinación de beneficios con otros seguros. Operaciones de cuidado de la salud incluyen, pero no se limitan a, el control interno de la calidad y la garantía incluyendo auditoría de los registros.**
- 2. Children's Heart Institute - Johns Hopkins Regional Physicians permite o puede revelar información protegida sin el consentimiento escrito de la persona en determinadas circunstancias. Dos ejemplos de este tipo son los requisitos de salud pública u órdenes judiciales**
- 3. Children's Heart Institute - Johns Hopkins Regional Physicians no hará ningún otro uso o divulgación de la información protegida de la salud de un paciente sin la autorización por escrito de la persona la misma que podrá ser revocada en cualquier momento por escrito.**
- 4. Children's Heart Institute - Johns Hopkins Regional Physicians se atendrá a los términos vigentes de esta notificación en el momento de la divulgación.**
- 5. Children's Heart Institute - Johns Hopkins Regional Physicians se reserva el derecho de modificar los términos de su notificación y de hacer nuevas provisiones para toda la información protegida de salud que mantiene. Todas las revisiones serán publicadas y las copias pueden ser obtenidas en cualquier momento en nuestra oficina.**
- 6. Cualquier paciente, tutor o representante legal tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de los registros médicos. Un cargo razonable sera aplicado por las copias.**
- 7. Cualquier paciente, tutor o representante personal tiene el derecho de solicitar modificaciones que deban añadirse en sus registros médicos.**
- 8. Cualquier paciente, tutor o representante legal tiene el derecho de solicitar Estados de seis años de todas las divulgaciones de sus registros médicos entre abril de 2003 en adelante. La historia se proporcionará dentro de los 60 días de la solicitud y un cargo razonable sera aplicado por la primera solicitud de las copias en un periodo de 12 meses.**
- 9. Cualquier paciente, tutor o representante legal tiene derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo se puede usar su información de salud a dar a conocer para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. La práctica no está obligada a aceptar la restricción solicitada en un plazo de 12 meses.**
- 10. Cualquier persona o paciente puede presentar una queja de la Clinica a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si cree que su privacidad ha sido violada. Para presentar una queja con la práctica, por favor póngase en contacto con el oficial de privacidad de Children's Heart Institute - Johns Hopkins Regional Physicians en el 571-291-9025.**
- 11. Una copia detallada de este Aviso de la Privacidad está disponible bajo petición.**

Nombre del Paciente _____ **Fecha** _____

Firma del Paciente o Tutor _____



**CHILDREN'S HEART INSTITUTE -
JOHNS HOPKINS REGIONAL PHYSICIANS**

Nombre del Paciente _____

Acuerdo de Responsabilidad Financiera – Medicaid

Este formulario debe ser firmado antes de recibir los servicios prestados

Children's Heart Institute + Hf l q Fmi g q Pcegn j Nf wgg l q certifica que esta oficina tiene una política establecida para la facturación de todos los pacientes (incluyendo Medicaid) para los servicios que no están cubiertos por su compañía de seguros. De acuerdo con las directrices de facturación de proveedores de Medicaid del estado, el paciente ha sido advertido de que los cargos pueden no ser pagados por las siguientes razones:

- El paciente identificado como afiliado de Medicaid, pero o bien no tiene una tarjeta de identificación de Medicaid actual, o tiene otra compañía de seguros que aparece en su elegibilidad de Medicaid a través de la página web de Medicaid, el paciente será responsable por los servicios en régimen de auto-pago.

- Si uno de nuestros médicos proporciona al paciente un monitor ambulatorio, el paciente/tutor será responsable de devolver el dispositivo. En caso de no devolver el monitor dentro de las 72 horas de la finalización del servicio, 24 horas para monitores Holter y 30 días para Monitores de Eventos, se le cobrará \$ 30.00 por cada día adicional que el monitor no se devuelve. En caso de que el dispositivo no ha sido devuelto después de 10 días o se haya dañado, usted será responsable del costo del dispositivo, hasta por un total de \$ 2,000.

Firma _____

Nombre del Padre o Tutor- _____ Fecha _____



OUTPATIENT AGREEMENT FORM

**CONTRATO PARA PACIENTES AMBULATORIOS
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS AMBULATORIOS**

Patient Identification Information

Página 1 de 3

Este contrato rige los servicios ambulatorios prestados en las siguientes entidades de salud pertenecientes a Johns Hopkins: Centro Médico Bayview, Consultorios Médicos afiliados a la Facultad de Medicina en la Universidad Johns Hopkins, Hospital General del Condado de Howard, Red de Consultorios Médicos de Johns Hopkins, Servicio de Atención Domiciliaria de Johns Hopkins, Hospital Suburban, Hospital Sibley Memorial, Hospital Infantil All Children's, Agencia de Servicios Médicos Pediátricos, Agencia de Neonatología West Coast, Hospital Johns Hopkins, Centro de Pruebas de Imagen de Johns Hopkins y Centros de Cirugía Ambulatoria de Johns Hopkins.

Principio general: en nuestras entidades de salud no excluimos a nadie ni discriminamos a nuestros pacientes en función de su edad, grupo étnico, religión, cultura, idioma, discapacidad física o intelectual, situación económica o social, sexo biológico o expresión, orientación e identidad sexual.

Consentimiento para recibir tratamiento médico: como paciente o representante de este otorgo mi consentimiento para recibir tratamiento en el contexto ambulatorio, a fin de que se evalúe, diagnostique y trate mi situación clínica. Aunque mi estado actual no suponga una urgencia, si el tratamiento indicado comportara riesgos importantes para mi salud, el personal me solicitaría el consentimiento para dicho tratamiento mediante otro documento. Entiendo que el ejercicio de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han conferido garantías sobre los resultados o desenlaces clínicos del tratamiento, las pruebas o los servicios médicos que se me presten.

Divulgación de información a terceros: por medio del presente autorizo, como paciente o representante de este, a Johns Hopkins para que proporcione información sobre mi diagnóstico, entre otros datos clínicos, a la compañía de seguros y a los terceros que correspondan, a fin de establecer la cobertura y tramitar las solicitudes de reintegro y pago. Manifiesto, asimismo, que estoy conforme con que Johns Hopkins o los médicos que me atiendan faciliten mi historia clínica y registros de facturación, en parte o en su totalidad, si estos se precisan para prestar tratamientos, tramitar pagos y realizar actividades relativas a la prestación de servicios y de conformidad con los objetivos que se estipulan en las normas de confidencialidad de Johns Hopkins.

Consentimiento para recibir mensajes: entiendo que, al proporcionar mi número telefónico, celular o correo electrónico, manifiesto mi consentimiento expreso para que Johns Hopkins, su personal, empleados, contratistas, derechohabientes, causahabientes y representantes se comuniquen conmigo a dicho correo electrónico o número de teléfono, o a los correos o teléfonos que facilite en el futuro, y que me envíen mensajes escritos, correos de voz o mensajes de texto sobre asuntos relativos a mi atención médica o a las cuentas o facturas que se relacionen con los servicios prestados. Declaro que los números telefónicos proporcionados me corresponden y no pertenecen a terceros. A fin de lograr una mayor eficacia, entiendo que las llamadas las podría generar un sistema de marcación automático; asimismo, a fin de garantizar la legibilidad, los correos electrónicos y mensajes de texto que se me envíen podrían ir descodificados, lo cual supone el riesgo de que se intercepten durante la transmisión o que otras personas los lean. Por medio del presente declaro que acepto estos riesgos, y que, si no deseo recibir mensajes de texto, puedo darme de baja llamando al 1-800-318-4246. Entiendo que se me prestarán los servicios ambulatorios que precise aunque me niegue a facilitar un número telefónico o correo electrónico.

Médicos que no están en la plantilla del hospital: entiendo que no todo el cuerpo médico está conformado por empleados del sistema de salud; asimismo, manifiesto que estoy conforme con que el médico que me asignen implique a otros profesionales en mi atención, entre ellos, a médicos de guardia, radiólogos, cirujanos, ginecólogos obstetras, patólogos, anestesiólogos, neonatólogos, médicos especialistas en diagnósticos clínicos, asesores y auxiliares de medicina. Doy mi consentimiento para que, bajo la supervisión del médico responsable, y si procede, los médicos en formación, los estudiantes de medicina y otros integrantes del personal clínico observen o se impliquen en los actos médicos que se me realizan. Si no deseo que esto ocurra, debo manifestarlo verbalmente o por escrito.

Prescripción electrónica: autorizo a Surescripts, una red que gestiona las prescripciones médicas de manera electrónica, para que facilite a mis médicos el historial de los medicamentos que tomo habitualmente, de manera que no haya interrupciones en el tratamiento farmacológico.

Pago por la prestación de servicios: autorizo a Johns Hopkins para que le cobre al seguro médico que he contratado las tarifas por los servicios prestados. Si el seguro me reintegrara personalmente el dinero, reconozco que mi obligación sería pagarle directamente a Johns Hopkins. Como paciente, nombro como beneficiario de mis prestaciones sanitarias a los médicos o las entidades que me prestan servicios; por ende, doy mi consentimiento para que el reembolso o pago por parte del seguro médico, la indemnización por delito de lesiones u otras prestaciones se realice directamente a Johns Hopkins y a los médicos que me prestan servicios de salud. Convengo en pagar en su totalidad los deducibles del seguro médico, los coaseguros y los gastos que el seguro o los terceros pertinentes no le reintegren a las entidades prestadoras del servicio. Cedo el derecho de apelación a Johns Hopkins si la compañía de seguros o los terceros pertinentes denegaran la solicitud de reintegro o reembolso por los servicios prestados.

Si Johns Hopkins no tuviera convenio con el seguro médico contratado, los copagos y deducibles serían más altos que si me prestaran atención en centros médicos, consultorios y laboratorios afiliados a mi póliza de seguro. En dicho caso, la cobertura por parte del seguro podría ser inferior, por lo que asumo la responsabilidad de pagar los copagos, deducibles u otros cobros que me correspondan según lo establezca la compañía de seguros, aunque estas cantidades sean superiores por tratarse de servicios que no cubre mi póliza. Entiendo que, en algunos casos, dichos gastos deben pagarse antes de la prestación del servicio.

Los pacientes atendidos en una clínica o en el ámbito ambulatorio pueden recibir múltiples facturas. Al hospital se le permite facturar una tarifa por las visitas ambulatorias, comúnmente denominada "tarifa por el uso de instalaciones", por el uso del espacio o las instalaciones del hospital, las clínicas, suministros, pruebas, procedimientos, equipo y servicios no brindados por médicos, incluyendo, pero no limitados a los servicios de profesionales clínicos que no son médicos. Tengo entendido que todos los servicios profesionales de los médicos se cobran en forma separada de la factura del hospital. Tengo entendido que soy responsable por los cargos de todos los médicos y servicios auxiliares involucrados en mi tratamiento.

Los pacientes que se atienden en los centros de consultas externas y clínicas ambulatorias de Johns Hopkins recibirán varias facturas; una de ellas corresponderá a la tarifa por el uso de las instalaciones hospitalarias, que consiste, de forma enunciativa mas no limitativa, en el uso de espacios, materiales, insumos, aparatos, pruebas, equipos, técnicas y servicios clínicos auxiliares. Entiendo que las tarifas de los médicos se cobrarán de manera independiente a la tarifa por el uso de las instalaciones. Independientemente de la póliza contratada o del reintegro por parte del seguro, asumo la responsabilidad de saldar todas las cuentas y facturas que correspondan a los servicios prestados por los médicos y a aquellos servicios operacionales complementarios

Entiendo que en el estado de Maryland los costos de los servicios hospitalarios se pueden modificar sin previo aviso, y que esto puede ocurrir durante el curso de mi tratamiento ambulatorio. Esta disposición no es aplicable al Hospital Sibley Memorial, ubicado en el Distrito de Columbia, ni al Hospital Infantil All Children's o a las agencias de Servicios Médicos Pediátricos (Pediatric Physician Services, Inc.) y de Neonatología (West Coast Neonatology Inc.), ubicadas en Florida.

Los hospitales ubicados en Maryland ofrecen a los pacientes un descuento por realizar los pagos oportunamente: entiendo que si realizo cualquier pago por gastos hospitalarios el día de la prestación del servicio o antes de este, me podré beneficiar de un descuento del 2 %; si realizo el pago en el plazo de los 30 días siguientes a la fecha de la primera factura o a la fecha de alta, lo que suceda primero, se me otorgaría un descuento del 1 %. Este descuento no se aplica a los pacientes del

CONTRATO PARA PACIENTES AMBULATORIOS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS

Patient Identification Information

Página 2 de 3

Hospital Sibley Memorial, ubicado en el Distrito de Columbia, ni a los pacientes del Hospital Infantil All Children's o de las agencias de Servicios Médicos Pediátricos (Pediatric Physician Services, Inc.) y de Neonatología (West Coast Neonatology Inc.), ubicadas en Florida.

Manifiesto que soy responsable de pagar en su totalidad los gastos que se deriven de los servicios prestados por los médicos, si el seguro no llegara a cubrirlos o reintegrarlos. Si por falta de pago el hospital transfiera mi deuda al servicio de cobros, me haré responsable de pagar las tarifas que se deriven de las actuaciones que persigan recaudar dicho dinero, entre ellas, los gastos judiciales, los honorarios de abogados, que serían el 15 % de la deuda, y los intereses que determine el juez, si el caso llegara a esta instancia.

ERISA: en caso de que el seguro médico contratado esté amparado por la ley ERISA (Employee Retirement Income Security Act), por medio del presente autorizo a Johns Hopkins para que, actuando en mi nombre, reclame el reintegro del pago según mis prestaciones sanitarias; asimismo, cedo el derecho de apelación a Johns Hopkins si la compañía de seguros denegara la solicitud de reintegro o reembolso por los servicios prestados. Entiendo que es mi responsabilidad cumplir con la normativa y los procedimientos que establezca la póliza del seguro médico que me otorga mi empleador.

Cláusula adicional: entiendo que Johns Hopkins me hará responsable de mis obligaciones como paciente si llegaran a darse las siguientes situaciones, en cuyo caso se me pediría que firme una cláusula adicional a este contrato, denominada en inglés «Privacy Contract».

- (1) Si no obtengo la derivación u orden del médico o la autorización del seguro para la prestación de un servicio que las requiera, aunque tenga cobertura médica para este.
- (2) Si decido pagar de mi bolsillo los costos del servicio, aunque disponga de cobertura médica.
- (3) Si el seguro médico que he contratado no me ofrece cobertura para los servicios que necesito o quiero porque no tiene convenio con Johns Hopkins y yo decido sufragar los gastos por mi cuenta.
- (4) Si el seguro médico no cubre los servicios que se me prestan.

Prestaciones de salud: autorizo a Johns Hopkins para que presente una apelación a la compañía de seguros para que reconsideren su decisión, si llegaran a denegar la cobertura de los servicios médicos que preciso antes de su prestación.

Arbitraje (hospitales ubicados en Maryland): entiendo que tienen competencia para resolver las demandas o reclamaciones que surjan por los servicios prestados por los médicos, el personal de enfermería y los profesionales sanitarios del centro, consultorio o clínica los juzgados y tribunales de Maryland, conforme a sus leyes; asimismo, antes de presentar cualquier demanda por daños y perjuicios relativa a los servicios prestados, me comprometo a resolverla mediante el recurso de arbitraje. El arbitraje es un procedimiento de resolución de controversias consistente en someter una disputa a la decisión de un tercero independiente seleccionado por ambas partes, que se comprometen de antemano a acatar el laudo arbitral. Me queda claro que tendré el derecho de interponer una demanda si no se resuelven mis peticiones mediante el arbitraje. Como se ha mencionado anteriormente, entiendo que cualquier arbitraje, demanda o procedimiento judicial debe presentarse en los juzgados y tribunales de Maryland y que este convenio de prestación de servicios no solo me vincula a mí jurídicamente, sino a cualquier persona o entidad que presente una reclamación o demanda en mi nombre.

Normas de confidencialidad de Johns Hopkins: declaro que he recibido la copia de las normas de confidencialidad de Johns Hopkins, denominadas en inglés *Notice of Privacy Practices*.

Consentimiento para el uso de imágenes fotográficas y grabaciones de vídeo y audio (por sus siglas inglesas, PAVR): declaro que he recibido información sobre el programa de obtención de imágenes fotográficas y grabaciones de vídeo y audio de John Hopkins y doy mi consentimiento para que se elaboren y usen las fotografías y grabaciones de vídeo y audio de mi persona, o del paciente a quien represento, para fines formativos dentro de la entidad y para mejorar la calidad de la atención. **Anote sus iniciales:** _____ **Autorizo** _____ **No autorizo** _____

Analíticas adicionales: en caso de que algún integrante del personal clínico tenga contacto con mis líquidos corporales durante la administración del tratamiento, doy mi consentimiento para que se me realice la prueba de detección del VIH y autorizo al hospital a que revele los resultados de dicha prueba al empleado afectado, al médico responsable y a mi persona. Entiendo que puedo negarme a que me realicen dicha prueba sin que esto afecte la prestación de servicios ambulatorios. _____ **Autorizo** _____ **No autorizo** _____

Servicio de interpretación: en caso de usar un intérprete, por favor, llene los siguientes campos: _____ **A distancia** _____ **Presencial**.

Código de identificación del intérprete (si el servicio se prestó por teléfono o vídeo): _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre completo del intérprete (en letra de imprenta): _____

Otorgo mi consentimiento respecto a los enunciados anteriores y certifico que la información facilitada, incluidos los datos del seguro médico, es, según mi leal saber y entender, correcta y verdadera. No se permitirán modificaciones a este documento.

Fecha: _____ Hora: _____ Firma del paciente: _____

Si quien firma es el representante para asuntos médicos, el tutor legal, el apoderado, uno de los padres o el cónyuge del paciente (marque la opción correspondiente con un círculo), yo, _____ (nombre en letra de imprenta), declaro que soy el representante del paciente.

Fecha: _____ Hora: _____ Firma del representante: _____

Indique la relación con el paciente: _____

AVISOS IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES DE JOHNS HOPKINS

Patología: convengo en que Johns Hopkins deseche los tejidos o segmentos biológicos que se me extraigan; o que, a su discreción, los conserve, almacene, use y ceda, sin mi permiso expreso, siempre que se empleen en proyectos de formación dentro de la entidad y en programas para mejorar la calidad de los servicios, aunque estos tejidos y segmentos contengan datos personales. Doy mi consentimiento para que Johns Hopkins utilice o ceda a otros los tejidos, segmentos o datos que me identifiquen para proyectos investigativos fuera de la entidad, en este caso, con mi permiso expreso o con la autorización de una junta de asesores que se regirá por las leyes nacionales que protegen dichas actividades. Si los tejidos o segmentos biológicos no contienen datos que me identifiquen, convengo en que Johns Hopkins los utilice en investigaciones sin que sea necesario mi permiso ni la evaluación de una junta de asesores.

CONTRATO PARA PACIENTES AMBULATORIOS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS

Patient Identification Information

Página 3 de 3

Patología (hospitales ubicados en Florida): autorizo a Johns Hopkins para que deseche los tejidos, segmentos biológicos o fragmentos de ADN que me extraigan; o que, a su discreción, los conserve, almacene, use y ceda, con el fin de llevar a cabo proyectos de formación dentro de la entidad, investigaciones, mejoras a la calidad de la atención, optimización de las actividades relativas a la prestación de servicios médicos y demás actividades contempladas en las normas de confidencialidad locales y nacionales, aunque dichos tejidos y segmentos contengan datos que me identifiquen.

Efectos personales: Johns Hopkins no se hace responsable por la pérdida, daño o robo de los objetos personales de los pacientes, entre ellos, las tarjetas de crédito, el dinero en efectivo, las dentaduras postizas, las gafas o lentes, las prótesis auditivas, los aparatos electrónicos y los documentos. Los pacientes deben asumir la responsabilidad de sus efectos personales. En nombre del personal, les recomendamos que dejen en sus casas los objetos de valor.

Subsidios de salud: entiendo que Johns Hopkins dispone de programas que permiten el acceso a subsidios de salud, seguros médicos públicos y demás ayudas para los pacientes que no pueden sufragar los gastos hospitalarios. Para solicitar información sobre estos programas de subsidios (en inglés, *financial assistance*), me puedo comunicar con el Departamento de Atención a Pacientes de los hospitales, al 443-997-3370 o 1-855-662-3017. Convengo en que Johns Hopkins revise mi historial crediticio a fin de determinar si reúno los requisitos para beneficiarme de estos subsidios o si puedo pagar los gastos por cuotas. Entiendo que puedo consultar la información sobre los subsidios de salud en el siguiente sitio web: www.hopkinsmedicine.org/patient_care/pay_bill/payment_assistance.html. Para consultar si el médico que me atiende en consulta externa ofrece subsidios de salud, debo llamar directamente al consultorio de dicho médico.

Voluntades anticipadas: las voluntades anticipadas son la manifestación oral o escrita de la voluntad del paciente respecto a los servicios médicos que desea que le administren si llega a perder su capacidad para comunicarse o decidir por sí mismo. Para ello, el paciente puede designar a un representante para asuntos médicos, elaborar un testamento vital, manifestar sus voluntades de manera oral o dejar constancia de sus voluntades en caso de necesitar servicios psiquiátricos. Si cuenta con un documento de voluntades anticipadas, entregue una copia al personal de registro, a la enfermera o al médico responsable; asimismo, informe a estos profesionales si no dispone de dicho documento y desea dejar constancia de su voluntad de forma oral, así como si desea anular o modificar un documento de voluntades existente.

Programa de obtención de imágenes fotográficas y grabaciones de video y audio en Johns Hopkins

Información para el paciente: formación interna y mejoras a la calidad de la atención

Sea tan amable de leer atentamente esta sección del contrato de prestación de servicios ambulatorios antes de dar su consentimiento para el programa de obtención de imágenes fotográficas y grabaciones de video y audio (por sus siglas inglesas, PAVR), cuya función es facilitar la realización de controles de calidad internos y la formación de estudiantes y médicos residentes, a fin de mejorar la atención médica en las entidades de salud de Johns Hopkins.

De conformidad con los fines mencionados, las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio se usarían en situaciones como estas:

- **Mejoras a la calidad de la atención: para vigilar mediante sistemas de video la preparación prequirúrgica del paciente, a fin de prevenir infecciones y garantizar que se cumplan los estándares de atención.**
- **Formación de estudiantes y médicos residentes: para enseñar cómo se trata una herida, se canaliza una vena o se realiza un acto médico, por ejemplo.**

Protección de la intimidad del paciente: el personal de Johns Hopkins agradece a los pacientes que nos permita usar las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio para mejorar los servicios que prestamos. Dicho lo anterior, proteger la intimidad de nuestros pacientes y salvaguardar la confidencialidad de la información médica y personal es una de nuestras prioridades; por lo tanto:

- Al utilizar las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio, protegeremos de la manera más eficaz la privacidad del paciente y, siempre que se pueda, modificaremos las imágenes y el audio para evitar que se desvele su identidad.
- Nuestro personal le explicará al paciente detalladamente con qué finalidad se usarán las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio y responderá a sus preguntas.
- Si fuera necesario usar las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio para otros fines que no sean mejorar la calidad de la atención y la formación de los estudiantes de medicina y los médicos residentes, solicitaríamos la autorización o el consentimiento expreso del paciente.
- Cabe aclarar que las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio incluyen dibujos, imágenes digitales o electrónicas, películas, entre otro tipo de imágenes.

Resulta fundamental que **entienda sus derechos como paciente** respecto al uso de las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio:

- Su consentimiento para usar dichas imágenes y grabaciones es voluntario; si rehúsa darlo, ni su tratamiento o atención se verán afectados.
- Si nos da su consentimiento para el uso de las imágenes y grabaciones, este seguirá vigente mientras se necesiten usar para fines formativos y mejoras a la calidad de la atención y terminará cuando dicha información no se necesite.
- Si no llegara a sentirse cómodo durante la obtención de las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio, tendrá el derecho de pedirnos verbalmente que suspendamos dicha actividad.
- Si da su consentimiento para la obtención de imágenes fotográficas y grabaciones de video y audio, por medio del presente, renuncia a su derecho de pedir indemnización por daños y perjuicios y a cualquier otro derecho relacionado con dichas imágenes y grabaciones.
- Una vez que se obtengan las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio, tiene el derecho de retirar o anular su consentimiento para que estas se usen, enviando un mensaje escrito por correo postal o fax al médico, al centro de salud o al departamento al que dio el consentimiento o directamente al Departamento de Información Clínica. Dicha anulación se aplicaría al uso de las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio de cara al futuro. Si los datos personales del paciente se han extraído de las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio, es posible que la anulación del consentimiento no sea posible.

Por favor, no dude en consultar con el personal de Johns Hopkins sus dudas sobre la obtención de imágenes fotográficas y grabaciones de video y audio. Les agradecemos su confianza en nosotros y su participación en el programa.

JOHNS HOPKINS INSTITUTIONS

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
ACUSO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

I acknowledge that I have received a copy of the Johns Hopkins Notice of Privacy Practices.
Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Johns Hopkins.

Patient Name:

Nombre del paciente: _____
(first/ Primer nombre) (m. initial/ Inicial del segundo nombre) (last/ Apellido)

Signature: _____ **Date:** _____
Firma: _____ **Fecha:** _____

Medical Record #: _____
Historia médica: _____

Birth Date: _____
Fecha de nacimiento: _____

If you are NOT the patient but are signing on behalf of the patient complete the following:
Sí Ud. NO es el paciente, pero está firmando a nombre del paciente, llene lo siguiente:

I, _____, confirm that I am the representative for the patient
Yo (insert your name/ Escriba su nombre arriba) **confirmando que soy el representante del paciente,**

based on the following relationship to the patient:
basándome en que tengo la siguiente relación con el paciente:

(state relationship, for example—parent, spouse, guardian)
(Indique la relación, por ejemplo: padre/madre, cónyuge, tutor)

Representative's Signature: _____ **Date:** _____
Firma del representante: _____ **Fecha: (Required/ Requerida)**

Address: _____ **Phone:** _____
Dirección: _____ **Teléfono:** _____



EP-00008

INSTITUCIONES JOHNS HOPKINS

(Johns Hopkins Institutions)

**AUTORIZACIÓN PERMANENTE PARA DISCUTIR LOS DATOS DE LA SALUD
CON INDIVIDUOS DESIGNADOS**

(Standing Authorization to Discuss Health Information with Designated Persons)

Llene todas las secciones de esta autorización que correspondan a su petición.
(Complete all sections of this Authorization as appropriate to your request)

Nombre del pacient:

(Patient Name)

Nombre
(first)

Apellido
(m. initial)

Apellido
(last)

Fecha de nacimiento:

(Birth date)

Dirección:

(Address)

Calle y número
(street address)

Teléfono:

(Phone #)

Ciudad
(city)

Estado
(state)

Código postal
(zip code)

Nº historial médico:

(Medical Record #)

*(Si lo tiene)
(if known)*

Para esta autorización, **“Mi Proveedor de Atención a la Salud”** significa:

(For this Authorization, “My Health Care Provider” means)

Nombre del proveedor de atención a la salud
(name of health care provider)

Para esta autorización, **“Mis Datos de la Salud”** significa todo y cada informe tocante a mis exámenes y plan de tratamiento.

(For this Authorization, “My Health Information” means any and all information relating to my course of examination and treatment.)

Si he colocado mis iniciales aquí (_____), “Mis Datos de la Salud” incluyen informes/registros del abuso de sustancias.

(If I have initialed here (_____), “My Health Information” includes Substance Abuse Records/Information)

Si he colocado mis iniciales aquí (_____), “Mis Datos de la Salud” incluyen informes/registros de la salud mental.

(If I have initialed here (_____), “My Health Information” includes Mental Health Records/Information)

Autorizo a mi proveedor de atención a la salud a discutir mis datos de la salud con la(s) persona(s) o entidad(es) identificadas a continuación, por motivos de información general y preguntas, para fijar citas, identificar medicamentos, discutir facturas y pagos y cualquier otro asunto relacionado.

(I authorize My Health Care Provider to discuss My Health Information with the person(s) or entity identified below for general information and inquiries, arranging appointments, identifying medications, discussing billing and payment and any other related matter.)

Nombre: _____

(Name)

Nombre: _____

(Name)

Parentesco: _____

(Relationship)

Parentesco: _____

(Relationship)

Teléfono: _____

(Phone #)

Teléfono: _____

(Phone #)

Comprendo que:

- Esta autorización es voluntaria. El firmar o no firmar esta autorización no afectará mi tratamiento.
- Si no firmo esta autorización, mi proveedor de atención a la salud no divulgará mis datos de la salud, conforme al pedido.
- Esta autorización es válida hasta _____ (no debe exceder de 1 año en Maryland), a menos que yo revoque/retire esta autorización. Si no se incluye ninguna fecha en el espacio en blanco, esta autorización expirará un año después de la fecha de su firma. Podré revocar/retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan emprendido acciones antes de la recepción de la revocación/anulación, enviando por correo o por fax mi solicitud por escrito junto con una copia de la Autorización original al departamento u oficina donde se redactó o entregó mi Autorización.
- Una vez que Mis Datos de la Salud sean divulgados conforme a este pedido, puede ser que ya no estén protegidos por las leyes federales y estatales de la privacidad, y pueden ser divulgados de nuevo por el/los individuo/s que los reciban.
- Los datos clínicos divulgados pueden incluir información de un diagnóstico de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, la salud mental, el abuso de drogas o alcohol, etc.

Firma del paciente únicamente: _____ Fecha: ____/____/____
Indispensable

Si usted NO es el paciente, pero firma de parte de él/ella, por favor llene lo siguiente:

Yo, _____, soy ella (marque lo que corresponda):
(I) Su nombre completo en letra de molde (am the) (check which applies)
(print your name)

- Padre/madre con derechos parentales** (no es suficiente para los registros de abuso de sustancias)
(Parent with Parental Rights) (not sufficient for substance abuse records)
- Pariente registrado para el cuidado de familiares** (solo Maryland) (no es suficiente para los registros de abuso de sustancias) (Registered Kinship Care Relative) (MD only) (not sufficient for substance abuse records)
- Tutor legal**
(Legal Guardian)
- Agente de atención de la salud legalmente designado** (no es suficiente para los registros de abuso de sustancias)
(Legally Appointed Healthcare Agent) (not sufficient for substance abuse records)
- Poder médico notarial** (no es suficiente para los registros de abuso de sustancias)
(Medical Power of Attorney) (not sufficient for substance abuse records)
- Poder legal con derecho a ver registros médicos** (no es suficiente para los registros de abuso de sustancias)
(Power of Attorney with Right to See Medical Records) (not sufficient for substance abuse records)
- Sustituto encargado de la toma de decisiones** (no es suficiente para los registros de salud mental (Maryland o DC) ni registros de abuso de sustancias)
(Surrogate Decision Maker) (not sufficient for mental health records (MD or DC) or substance abuse records)
- Representante personal de fallecido nombrado por un tribunal**
(Court Appointed Personal Representative of Deceased)

Firma del representante: _____ Fecha: ____/____/____
(Representative's Signature) (Date) Indispensable
(Required)

Dirección: _____ Teléfono: _____
(Address) (Phone)

De no ser el padre o la madre, usted TIENE QUE adjuntar prueba de su autoridad para actuar de parte del paciente, tal como lo indica arriba.

(You MUST attach proof of your authority to act on behalf of the patient as checked above [other than parent].)