

Fecha de hoy: _____
Que estas visitando hoy: _____
Si vez a un especialista, quien es su doctor primario: _____

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Información para el paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Medio Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Género: M F Identifica como: _____ Orientación: _____

Estado civil: Solo Casado Viudo / a Separado Divorciado

Información demográfica del paciente

Para cumplir con las regulaciones federales, estamos obligados a pedir la siguiente información:

Preferido idioma: Inglés Coreano Español Chino Francés Germán Hindi Italiano
Japonés Polaco Portugués Ruso Tagalo NA

Grupo étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino declinar respuesta

Raza: Indio americano o Alaska nativo Asiático Negro o Afro-americano Blanco Hawaiano Nativo o Otro Isleño
Pacífico Declinar Respuesta

Información de contacto

Entiendo que el personal y los médicos de Barnabas Health Medical Group ("BHMGM-UM") necesitará contactarme sobre citas, comprobar resultados o otros temas relacionados con mi salud. Lo siguiente son mis preferencias:

Preferido COMM.: Teléfono Correo Electrónico Carta **Información De Salud Por Correo De Voz:** No Sí **Recuerdo De Cita Anual:** Correo Electrónico Carta Declinar

Teléfono Hogar: () _____ **Teléfono celular:** () _____ **Teléfono Trabajo:** () _____

Contacto principal: Hogar celular trabajo

Correo electrónico: _____

Mandamos información De Salud Por Correo Electrónico?: Sí No **Directo:** _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado/Código Postal

Divulgación a familiares/amigos/cuidadores designados

Permíto que BHMGM-UM divulga mi información médica sea necesario para las siguientes personas designadas. Entiendo que no estoy obligada de listar a nadie en esta lista. También entiendo que puedo cambiar la lista en cualquier momento de la escritura.

Nombre Relación Número de teléfono

Nombre Relación Número de teléfono

Contacto de emergencia: ¿Divulgar información médica? Sí No

Nombre Relación Número De Teléfono

¿Cómo se enteró sobre nosotros? : Patient: _____ Website: _____ Otro: _____

Información de Seguro (presenta sus tarjetas a recepción)

Eres el Tenedor Primario de la Póliza: Sí No , Por Favor Llena si su Respuesta es No

Apellido: _____ Nombre: _____ Medio Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Su relación con el Tenedor: Espos/a Hijo/a Otro

Seguro secundario: Sí No Relación con el Tenedor: Espos/a Hijo/a Otro

EMR/farmacia

Nombre de Farmacia: _____ Ciudad/Estado: _____ número de teléfono: () _____

¿Tienes Plan de receta? Sí No Preferencia: De Marca Genérico

¿Tienes Poder Para Asistencia Médica/Testamento? Sí No

No Alergias Conocidas Alergia A: Látex Alimentos _____ Medicamentos: _____

Autorización para acceder a los registros electrónicos de prescripción

Autorizo a Barnabas Health Medical Group - UM ("BHMGM-UM") y servicios de sus proveedores afiliados para ver mi historial externa vía servicio de prescripción electrónica. Entiendo que historia de la prescripción de otros proveedores médicos afiliados, empresas de seguro, farmacias y farmacia de gerentes de beneficios pueden ser visibles por mis proveedores y personal, y puede incluir prescripciones en el tiempo por varios años y puede incluir medicamentos para tratar el VIH, abuso de sustancias y condiciones psiquiátricas, en su caso. Entiendo que mi historia la prescripción pasará a formar parte de mi expediente médico de BHMGM UM.

Intercambio de información de salud (HIE)

BHMGM-UM-UM participa en intercambios de información de salud electrónica (HIEs) con hospitales y varios otros proveedores de atención médica. Autorizo BHMGM-UM y el HIEs que participen a compartir mi información de salud, a través de las redes HIE, para los propósitos permitidos por la ley, incluyendo mi tratamiento y coordinación de mi atención, con todos los médicos que están autorizados bajo la ley aplicable y las políticas del HIEs para acceder a mi información. Entiendo y estoy de acuerdo que la información acerca de mí se puede compartir y acceder a través del HIEs puede incluir información sobre VIH/SIDA estado, enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar, tratamiento de salud mental, los resultados de prueba genética, consumo de alcohol y otras sustancias y otras categorías sensibles de mi información de salud. Entiendo que tengo el derecho de "opt-out" de tener mi información compartida a través del HIEs, y las instrucciones sobre cómo hacerlo se pueden encontrar en el BHMGM UM aviso de prácticas de privacidad, el folleto estará disponible con oficinas participantes de BHMGM UM, o puede ser solicitado del BHMGM UM oficial de privacidad.

Publicación y asignación de beneficios

Directamente asignar todos los beneficios de seguro de salud, a que tengo derecho, por Medicare, Medicaid, Blue Cross, o cualquier otros planes de seguro, directamente a los proveedores de BHMGM-UM por los servicios prestados en el mío. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, si o no yo estoy asegurado en el momento del servicio, incluyendo deducibles, co-seguro, co-pagos y beneficios servicios que están fuera de la red, negado o no cubierto por mi plan de seguro médico. Autorizo a BHMGM-UM o cualquier otro titular de médico u otra información sobre mí para liberar a Medicare, Medicaid, Blue Cross, o cualquier otras aseguradoras o sus agentes autorizados cualquier información necesaria para este o una relacionados con reclamar.

Consentimiento para tratamiento

Yo el firmante, voluntariamente autoriza BHMGM-UM a través de sus médicos, empleados o agentes, para proporcionar dicha atención médica y exámenes, de manera continua y para administrar tales procedimientos de diagnóstico, radiológicos y terapéuticos de rutina, pruebas y tratamientos que se consideran necesarias o recomendables, en mi diagnóstico, atención y tratamiento, a juicio de mi BHMGM UM médico (s), incluyendo, pero no limitado a, que recojan y prueben fluidos, corporales y administración de productos farmacéuticos. Reconozco que a mí no se hicieron garantías sobre los resultados de cualquier examen o tratamiento.

Agradecimientos y acuerdo

- Reconozco que he sido informado de mi derecho a una directiva anticipada.
- Reconozco recibo de política financiera BHMGM-UM y acepto todos los términos y condiciones contenidos en él.
- Reconozco recibo de la notificación de prácticas de privacidad.
- Estoy de acuerdo en permitir el acceso a mis registros de recetas electrónicas como se describió anteriormente.
- Estoy de acuerdo en la liberación y la asignación de beneficios como se describió anteriormente.
- Estoy de acuerdo al tratamiento como se describió anteriormente.
- He leído este formulario, mis preguntas han sido contestadas, y entiendo y estoy de acuerdo a su contenido.

Firma Del Paciente/Representante

Fecha

Si firmado por representante autorizado, imprimir nombre de signatarios relación paciente/el signo de la autoridad para el paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Medio Nombre: _____

Fecha de Nacimiento _____

LISTA DE MEDICAMENTOS/ALERGIA

No alergias conocidas

Alergias: Látex Alimentos _____ Medicamentos: _____

Alergias	Descripción de Reacción(s)

LISTA DE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA, (INCLUYENDO LOS REMEDIOS CONTADOR, HERBAL, NATURAL)

Medicamento	Fuerza	Con qué frecuencia es Rx	Razón para medicamentos	Fecha comenzada

New Jersey Depart of Health
Vaccine Preventable Disease Program
P.O. Box 369, Trenton, NJ 08625-0369
609-826-4860 (Fax 609*826-4866)
www.njiis.nj.gov

**SISTEMA DE INFORMACIÓN IMMUNICACION DE NUEVA JERSEY (NJIIS)
CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR**

* CONSERVA UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO EN HISTORIAL MÉDICO

INFORMACIÓN DEL REGISTRANTE	INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR (si NJIIS titular es un menor de edad)
Nombre de Registrante	Nombre
Fecha de nacimiento	Dirección
País de nacimiento	Ciudad, estado, código postal
Nombre de proveedor de atención primaria de salud	Relación con el titular

He recibido información sobre el sistema de información de inmunización Nueva Jersey (NJIIS) y entiendo que el propósito de este programa es para ayudar recordarme cuando vencen las vacunas de mi niño y mantener un registro central de la historia de vacunación de mi niño. Entiendo que la información médica en el NJIIS puede compartirse con autorizado prestadores de salud, escuelas, centros de cuidado infantil con licencia, colegios, agencias de salud pública, compañías de seguros de salud y otros como permitido por la ley de New Jersey en N.J.S.A. 26:4-131 y siguientes y normas en N.J.A.C > 8:57-3

Entiendo que puedo obtener copia del registro de mi niño de mi médico, mi departamento de salud local o el Departamento de salud de Nueva Jersey (NJDOH). La NJDOH puede ser contactado en el sitio web o número de teléfono indicados anteriormente.

No hay ningún costo para participar en este programa:

- Sí, me gustaría participar en este programa.
- No, no quiero participar en este programa.

Firma del titular (Padres/Guardian si tiene menos de 18 años)

Fecha