

MÉDICOS ASOCIADOS DE FOX VALLEY

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(LLENAR EN LETRA DE MOLDE)

FECHA: _____

NOMBRE: _____ SEGURO SOCIAL #: _____
(PRIMER NOMBRE) (APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GÉNERO: MASCULINO ___ FEMENINO ___ CASADO ___ SOLTERO ___

SITUACIÓN LABORAL: _____ EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN DE TRABAJO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓD. POSTAL: _____

TELÉFONO DE TRABAJO: _____ REFERIDO POR: MÉDICO ___ PROPIO ___ OTRO _____

DIRECCIÓN DE CASA: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓD. POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: _____ CELULAR: _____

ENVIAR RECORDATORIO DE CITA POR CORREO ELECTRÓNICO: SÍ ___ NO ___

ENVIAR INVITACIÓN AL PORTAL DEL PACIENTE: SÍ ___ NO ___

CORREO ELECTRÓNICO: _____ NO ___

Ningún tipo de información del paciente que esté amparada por la Ley de Contratación y Responsabilidad en los Seguros (HIPAA por sus siglas en inglés) será enviada a través de correo electrónico.

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

MÉDICO TRATANTE: _____ TELÉFONO: _____

MÉDICO QUE REFIERE: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓD. POSTAL: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE – NOMBRE: _____ SS#: _____ EMPLEADOR: _____

GARANTE– INFORMACIÓN DEL SEGURO

SE REQUIERE LLEVAR A CADA CONSULTA UNA COPIA DE ESTA TARJETA DE SEGURO MÉDICO Y UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO – POR FAVOR NOTIFICAR CUALQUIER CAMBIO LO MÁS PRONTO POSIBLE

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE ESTA CUENTA: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN (Si es diferente a la de arriba): _____

TELÉFONO DE CASA: _____ SS#: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

EMPLEADOR: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: _____

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO: _____ SEGURO SECUNDARIO: _____

RAZA:

Indio Americano /Nativo de Alaska
 Negro/Afroamericano
 Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico
 Blanco
 No Específico Desconocido
 Otro _____

ORIGEN ÉTNICO:

Hispano/Latino
 No-Hispano/Latino
 No Específico
 Desconocido

IDIOMA:

Inglés
 Español
 Polaco
 Otro _____
 No Específico

**Acuse de recibo del aviso sobre prácticas de privacidad en
combinación con el consentimiento voluntario**

Acuse de recibo:

En mi carácter de paciente de la Compañía, he recibido el **Aviso sobre prácticas de privacidad**, en el cual se describe cómo se podrá usar y divulgar la información médica acerca de mí y cuáles son mis derechos de privacidad.

Dejo constancia de que he recibido el Aviso sobre practicas de privacidad.

Consentimiento:

Manifiesto mi consentimiento para que se use y divulgue la información médica acerca de mí a los fines de tratamiento, pago u operaciones para el cuidado de la salud. Comprendo que la legislación sobre privacidad le permite a la Compañía usar y divulgar mi información médica con estos fines y que no se requiere mi consentimiento para ellos. Por el presente, otorgo a la Compañía mi consentimiento para que proporcionen resguardos adicionales con relación a la privacidad de mi información médica.

Comprendo que tengo derecho a solicitar la revocación del presente consentimiento y a su vez solicitar una restricción sobre el uso de mi información médica en cualquier momento. Asimismo, entiendo que la Compañía puede optar por denegar mi solicitud de restricción sobre el uso y divulgación de mi información médica a los efectos del tratamiento, pago u operaciones para el cuidado de la salud.

A fin de solicitar la revocación de mi consentimiento deberé completar y firmar el formulario de "Solicitud de Restricciónres sobre el uso y divulgación de la información médica protegida" y remitírselo a la persona designada por la Compañía. Tengo derecho a solicitar una copia de dicho formulario a Fox Valley Medical Associates, Ltd at (630) 879-5700.

Firma del paciente o del representante personal

Fecha

Aclaración de la firma del paciente o del representante personal

Descripción de la facultad del poder del representante personal para actuar en nombre del paciente

**Por favor escribe su nombre y vuelta a:
Fox Valley Medical Associates, Ltd
1180 W. Wilson, Suite E
Batavia, IL 60510**