



Formulario de Registro de Pacientes

Nombre Legal Completo del Paciente:			
Nombre Legal Completo			
Fecha de Nacimiento		Número De Seguro Social	
Genero <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Desconosido		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Vuido	
Dirección de Correspondencia			
Ciudad	Estado	Código Postal	País/Ciudad de Residencia
Teléfono de Casa		Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo
¿Si no podemos contactarlo y usted tiene correo de voz, tenemos su permiso para dejarle un correo de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección De Correo Electrónico: _____			
Los pacientes con dirección de correo electrónico en este formulario de registro serán automáticamente registrados a nuestro Portal de Pacientes al que se puede acceder desde nuestro sitio web www.rockahc.org . Usted puede solicitar recargas de medicamentos, ver resultados de laboratorio y más.			
Información Adicional del Paciente			
¿Usted tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, nombre de la compañía de seguros:			
Número de identificación del plan		Numero de grupo plan	
Nombre del titular de la póliza		Fecha de Nacimiento	Número De Seguro Social
Dirección del titular de póliza			Número de teléfono
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino Americano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> No Declaro/Se negó a informar			
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/a o Afroamericano/a <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico			
<input type="checkbox"/> Indio/a Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra raza <input type="checkbox"/> No Declaro/Se negó a informar			
Nombre del Contacto de Emergencia #1		Número de Casa o Celular	Relación con el/la paciente
Firma			
Comprendo que, al firmar este documento, Yo doy fe de la exactitud de la información proporcionada. (Para pacientes menores, padres/Guardián legal completando este formulario firme a continuación.)			
Firma		Nombre Impreso	
Relación al Paciente		Fecha	



Divulgación De Información De HIPPA

Autorización para usar o Divulgar Información Médica Protegida

RAHC Fax Number: (855) 806-0826

Nombre Legal Completo del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Años: _____ SSN: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____
Dirección de Correspondencia: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Yo doy permiso para que RAHC envíe por correo mi registro de vacunación COVID-19 a la dirección que aparece en mi registro:

Sí

No

Si se necesita uno de mis registros de vacunación, regresare más tarde a obtener una copia:

Sí

No

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización mediante la presentación de mi solicitud por escrito. Además, entiendo que Rockbridge Area Health Center puede re-divulgar los registros recibidos bajo esta autorización, excepto para los registros de salud mental, que requieren una autorización de re-divulgación separada. También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización u es estrictamente voluntario, pero también entiendo que ciertos registros son necesarios para obtener la mejor calidad de atención médica. Comprendo y acepto los términos de esta autorización, que permanecerán en valides un año a partir de la fecha de la solicitud a menos que se indique lo contrario.

Firma del/de la Paciente o del representante del Paciente

Relación al Paciente

Fecha



EL CONSENTIMIENTO GENERAL

1. NOTIFICACIÓN DE LA NORMA DE PRIVACIÓN SEGÚN HIPAA. Acepto que he recibido y/o que he leído la Notificación de RAHC sobre la Norma hecha Efectiva el 2 de junio de 2014. Este documento está disponible para ser revisado en línea o en nuestra oficina. Si quiere que alguien lo revise con usted, por favor, avísenos.
2. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO. Le doy mi consentimiento al personal médico de RAHC para realizar el tratamiento médico de emergencia, el tratamiento médico agudo o crónico, la asistencia médica preventiva, el cuidado dental, la atención de la salud mental/conductual y la asistencia médica del mantenimiento que se consideren necesarias/os por razones médicas. (Si el individuo mencionado anteriormente es un/a menor en el momento de consentimiento, un/a padre/madre o un/a tutor/a legal debe firmar este consentimiento para el tratamiento.). Solo hay un historial médico electrónico que se usa entre los miembros del equipo de cuidados primarios cuando abordan su plan de tratamiento, y esta información médica se comparte entre estos miembros del equipo de cuidados primarios. Un/a “Consultor/a de la Salud Conductual” es un miembro del equipo de cuidados primarios que trabaja junto con su proveedor/a médico/a para reconocer y abordar las condiciones médicas asociadas con los trastornos agudos y crónicos de la salud mental y emocional.
3. CONSENTIMIENTO PARA COMUNICARSE ATRAVES DE SMS. Yo autorizo a RAHC que a través de sus proveedores Wellapp y eCW se pongan en contacto conmigo por mensaje de texto SMS para servirme mejor. RAHC puede mandarme mensajes para ayudarme a mí o a mi hijo a mantenernos saludable, incluyendo:
 - Recordatorios sobre citas dentales o medicas
 - Recordatorios de mantenimiento de salud
 - Información para ayudar a manejar enfermedades
 - Entiendo que las tarifas de mensajes/datos pueden aplicarse a los mensajes enviados a través de RAHC a mi teléfono celular y que puedo recibir hasta 10 textos por mes.
 - Se que no tengo ninguna obligación de autorizar a RAHC a enviarme mensajes de texto como parte de este programa.
 - Puedo optar para no recibir estas comunicaciones de RAHC en cualquier momento llamando a RAHC al 540- 464-8700
4. CONSENTIMIENTO PRESUNTO PARA LOS AGENTES PATÓGENOS DE SANGRE DESIGNADOS. La Sección 32.1-45.1 del Código de Virginia autoriza a los proveedores médicos realizar una prueba a las/los pacientes para ver si tienen HIV o Hepatitis B o C si un/a trabajador/a de la asistencia médica se expone a la sangre o a los fluidos corporales del paciente de una manera que, según el lineamiento actual de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, podría transmitir el virus de HIV o de Hepatitis B o C. En caso de tal exposición, se considera que yo he consentido a la prueba y a la divulgación de los resultados a la(s) persona(s) expuesta(s). Sin embargo, se me aconsejará antes de que se examine mi sangre para detectar HIV o Hepatitis B o C, además de después de la prueba cuando reciba los resultados.



5. CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACION. Por lo tanto, autorizo la administración de la vacuna COVID19 a mí mismo o a la persona nombrada a continuación para quien soy el representante legal.

- He leído o me han explicado la información contenida en la Hoja Informativa para los receptores y cuidadores: Autorización de Uso de Emergencia (EUA) de la vacuna COVID-19 para prevenir la enfermedad de la corona virus 2019 (COVID-19) y comprender los riesgos y beneficios de la vacuna y las alternativas a la vacuna (que es, no recibir la vacuna ni esperar otras versiones de la vacuna);;
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta inmunización [y cualquier pregunta que tuviera sobre la vacuna COVID-19 ha sido respondida a mi satisfacción.
- Yo creo que los beneficios superan los riesgos, y acepto toda la responsabilidad por cualquier reacción que pueda resultar de la recepción de la inmunización o la recepción de la inmunización por parte de la persona nombrada a continuación para la cual soy el representante legal.
- Acepto que mi información de salud relacionada con la vacuna puede ser requerida o puede ser revelada voluntariamente a mi proveedor de atención médica, mi plan de seguro, y los registros estatales o federales u otras autoridades de salud pública, con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También acepto que la organización que proporciona mi vacuna puede usar y divulgar mi información de salud como se describe en su Aviso de Practicas de Privacidad.

Se usará este formulario de consentimiento como sea necesario. Usted puede revocar o cambiar cualquiera de los consentimientos anteriores en cualquier momento.

La participación en todos los programas ofrecidos en RAHC es voluntaria y no es un requisito para recibir el cuidado.

Cuando se firma electrónicamente en RAHC antes de su primera consulta, se acepta:

- 1) Revisión de la Notificación de la Norma de Privación de RAHC hecha Efectiva el 2 de junio de 2014
- 2) Revisión del Consentimiento para el Tratamiento de RAHC
- 3) Revisión del Consentimiento de RAHC para la Comunicación de Texto
- 4) Revisión del Consentimiento para la Prueba de Agentes Patógenos de la Sangre de RAHC
- 5) Revisión del Consentimiento de RAHC Para la Vacunación

Firma del/de la Paciente o del representante del Paciente

Fecha