ROSALIND FRANKLIN UNIVERSITY
HealthClinics

Formulario de Registro de Inscripción del Paciente

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: Apellido_____ Nombre_____ Segundo nombre_____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Apartamento N.º:_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono particular: (_____) _____ Teléfono celular: (_____) _____

Nombre de Empleo:_____ Dirección de trabajo: _____

Ciudad/Estado/Código Postal:_____ Teléfono Laboral: _____

Método de contacto preferido: ❒ Casa ❒ Celular ❒ Trabajo ❒ Correo electrónico: _____

Etnia: ❒ Afroamericano ❒Hispano/Latino ❒ Caucásico ❒ Asiático ❒ Otros_____

Idioma Preferido: ❒ Inglés ❒ Español ❒ Otra:_____ ¿Necesita un Intérprete? ❒ Sí ❒ No

Sexo: ❒ Masculino ❒ Femenino Estado Civil: ❒ Soltero ❒ Casado ❒ Divorciado ❒ Viudo

Farmacia preferida: _____
(Nombre) (Dirección) (Teléfono)

Nombre de contacto de emergencia: _____ Teléfono: (_____)_____

---

## PARTE RESPONSABLE (Completar si es diferente de paciente o paciente es un menor)

Apellido:_____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Apartamento/N.º:_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono particular: (_____) ___ Correo electrónico_____

Relación con Paciente: ❒ Cónyuge ❒ Padre ❒ Abuelos ❒ Tutor legal ❒ Otros: _____

**Por la presente acepto que soy garante y soy financieramente responsable por el pago de servicios prestados, y que he recibido y estoy sujeto a los términos indicados en el formulario del Acuerdo de Responsabilidad Financiera.**

**Firma de paciente (18 años y más): _____ Fecha: _____ / _____ / _____**

**Firma del Padre/tutor: _____ Fecha: _____ / _____ / _____**

---

## FUENTE DE DERIVACIÓN

❒ Amigo/Paciente ❒Derivación Externa ❒ Sitio en Internet

❒ Evento/Exposición de Salud ❒Personal/Estudiante ❒ Medios Sociales

❒ Médico/Especialista ❒Paciente actual ❒ Otros: _____

Revisado 11/09/2021

ROSALIND FRANKLIN UNIVERSITY
HealthClinics

**Autorización para Tratamiento**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Yo, como paciente o parte responsable (para el paciente antes indicado), autorizo a Rosalind Franklin University Health Clinics (Clínica de Salud) a administrar medicamentos, vacunas y para realizar dicho diagnóstico y procedimientos médicos conforme se consideren médicamente necesarios para mi atención según el criterio del médico y otros proveedores de atención de salud del Clínica de Salud. Comprendo que he tenido la oportunidad de analizar las opciones de tratamiento con el médico y otros proveedores de atención de salud.

Firma del Paciente o Parte responsable: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente o Parte responsable: _____

**Acuse de recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad**

La Norma de Privacidad de HIPAA requiere que las «entidades cubiertas» (por ejemplo, hospitales y clínicas) entreguen una copia de su Notificación de Prácticas de Privacidad a sus pacientes en la primera visita. También solicita que busquemos el consentimiento escrito de nuestros pacientes de que hemos, de hecho, entregado esa notificación. En consecuencia, el Sistema de Salud de Rosalind Franklin University Health Clinics le solicita que acepte que hemos entregado una copia de nuestra "Notificación de Prácticas de Privacidad" al firmar este formulario. Confirmo la recepción del Sistema de Notificación de Prácticas de Privacidad de Rosalind Franklin University Health Clinics en la fecha indicada anteriormente.

Firma del Paciente o Parte responsable: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente o Parte responsable (en letra imprenta): _____

ROSALIND FRANKLIN UNIVERSITY
HealthClinics

## Comunicación de la información de autorización

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Como parte de nuestros esfuerzos para ofrecer una atención de calidad, es posible que necesitemos comunicarnos con usted, a veces para volver sus llamadas telefónicas, recordarte las citas programadas, le notificara de los resultados de laboratorio, y otros eventos. Normalmente nos comuniquemos con nuestros pacientes 8:00am-5:30pm, de lunes a viernes. Para ayudar a asegurar que nos comuniquemos con usted de la manera más adecuada para usted, por favor indique sus preferencias a continuación.

| Por favor proporcione el número (s) de teléfono al que prefiere que usemos para comunicarnos con usted. | Tenemos su permiso para contactar con usted en este número? (marque una para cada número) |
|---|---|
| Casa: | Si o No |
| Trabajo: | Si o No |
| Celular: | Si o No |

## Información de Salud Protegida:

Reconocemos que nuestros pacientes prefieren incluir a sus familiares y otras personas en su atención de salud. Un ejemplo es cuando esa otra persona a la que acompaña a la sala de examen. En otras ocasiones, es posible que no sea de fácil acceso para expresar sus preferencias, como por ejemplo cuando se desea que otra persona reciba actualizaciones de estado mientras se somete a un procedimiento, para recoger las recetas y otros documentos para usted, o para obtener respuestas a la facturación preguntas relacionadas sobre su cuidado. Estos eventos normalmente implican que otra persona oír o ver algo de su información de salud. Para ayudarnos a entender mejor sus preferencias en este asunto, por favor indicar a continuación los nombres de los individuos, en su caso, usted quiere estar involucrado en su cuidado en momentos en los que puede que no sea fácil de conseguir.

1._____ Relación con el paciente _____

2._____ Relación con el paciente _____

3._____ Relación con el paciente_____

Firma del Paciente_____ Fecha ____/____/____

Firma de la Persona Responsible (si es aplicable) _____ Fecha ____/____/____

**NOTA: Este formulario no es una "instrucción anticipada" y no concede autoridad a ninguna persona para dar o rechazar consentimiento para cualquier tratamiento o procedimiento de atención de salud en su nombre.** Pregunte a nuestro personal si desea obtener más información sobre las instrucciones anticipadas.

Revisado 11/09/2021

ROSALIND FRANKLIN UNIVERSITY
HealthClinics

**Acuerdo de Responsabilidad Financiera**

El Sistema de Salud de Rosalind Franklin University Health Clinics (Clínica de Salud) está comprometido en su atención, y le agradecemos por habernos elegido hoy para prestarle nuestros servicios. Como parte del tratamiento, incurrirá en costos por recibir los servicios e insumos prestados para su tratamiento. Como el paciente o garante para el paciente, será responsable por el pago en su totalidad. Porque lo valoramos como cliente, intentamos trabajar con usted para resolver estos costos. Si tiene preguntas o consultas relativas a su situación financiera, comuníquese con el Departamento de Servicios Financieros para el paciente al (847) 578-8546.

Aceptamos la mayoría de los planes de seguros; no obstante, usted es responsable de verificar que es un miembro participante con su seguro. Si tiene un HMO, tiene la responsabilidad de obtener las derivaciones necesarias. Todos los copagos se tomarán al momento del servicio de la inscripción. Como cortesía, cobraremos su seguro directamente para el pago. Si existe un conflicto con su seguro, tenemos el derecho de cobrarle antes de la resolución. Es importante, en cada visita, proporcionarle la información más actualizada relativa a su seguro.

Si no tiene seguro, estamos comprometidos en brindarle las formas para hacer los pagos por completo de los servicios recibidos. Aceptamos efectivo, cheques personales y tarjetas de crédito como formas de pago. Ofrecemos un 15% de descuento por pago completo al momento del servicio. Para calificar para este descuento, debe tener todos sus saldos pagos y al día. Si no puede realizar el pago en su totalidad al momento del servicio, le cobraremos a usted por el saldo adeudado. Un Programa de Dificultad Financiera se ofrece para las personas que califican basadas en su nivel de ingreso, por igual. Los descuentos se basan en su nivel de ingreso en relación con los Lineamientos de Pobreza Federal. Si cree que califica, pida una solicitud.

Como última alternativa, usamos una agencia de cobranzas para cobrar los saldos adeudados. Si no realiza el pago en su cuenta, será responsable de los costos incurridos por la agencia de cobranzas. Esto incluye, entre otras cosas, el honorario evaluado por la agencia al Clínica de Salud por los servicios y los honorarios legales, si es necesario.

Al firmar esta declaración, usted (o su garante para el paciente) acepta la responsabilidad del pago de los servicios y suministros prestados por el Clínica de Salud. Usted certifica que ha leído y comprendido sus responsabilidades y proporcionó información completa y precisa.

Firma del Paciente o Parte responsable: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente o Parte responsable: _____

ROSALIND FRANKLIN UNIVERSITY HealthClinics

# Request for Provider to Complete Forms Policy

Dear Valued Patient,

The clinicians and staff of Rosalind Franklin University Health Clinics are committed to providing you with the highest quality care possible. It is the policy of Rosalind Franklin University Health Clinics that requests for providers to complete forms for work, or other roles that might include, but not be limited to, ability / fitness to drive or operate machinery, other fitness for duty assessments, parking disability requests etc. cannot be entertained on a first-time visit. Such requests can significantly impact the ability of Rosalind Franklin University Health Clinics to provide quality care to you, our patient.

**Effective March 1, 2021, Rosalind Franklin University Health Clinics will require of an established patient – provider relationship which, for the purpose of this matter, will be defined as a minimum of three (3) visits between patient and provider. Clinicians reserve the right to exercise their professional judgement according to individual circumstances but in general as a first-time patient there should not be an expectation that paperwork is going to be completed.**

If you have any questions or concerns about this change, please feel free to discuss with our Patient Service Representatives or your assigned provider. We look forward to continuing to work with you.

Sincerely,

Rosalind Franklin University Health Clinics

ROSALIND FRANKLIN UNIVERSITY
HealthClinics

# Notificación de Prácticas de Privacidad

## ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA FORMA DE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

### PRESENTACIÓN

El Sistema de Salud de Rosalind Franklin University Health Clinics está obligado por ley (la Norma de Privacidad Federal HIPAA) a mantener la privacidad de la información de salud protegida (PHI) y a brindarle esta notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad relativas a PHI. Estamos obligados a cumplir con los términos de esta notificación. Podemos cambiar los términos de esta notificación en cualquier momento para toda la PHI que mantenemos. Si así lo hacemos, revisaremos esta notificación para reflejar los nuevos términos y las condiciones y las tendremos listas y disponibles a su pedido.

### USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDAS

Por momentos, otras leyes federales y las leyes del Estado de Illinois imponen límites más estrictos en el uso y la divulgación de su PHI que la norma de privacidad de HIPAA. En esos casos, la Norma de Privacidad de HIPAA indica que debemos cumplir con las leyes que le brindan más protección sobre su PHI. Sujetos a esos límites más estrictos, podemos usar y divulgar su PHI de la siguiente manera:

**Tratamiento**. Podemos usar o divulgar su PHI para las actividades de tratamiento del proveedor de atención de salud. Por ejemplo, podemos usar su PHI para brindarle su atención médica y podemos divulgar su PHI a otros médicos que le brinden servicios médicos.

**Pago**. Podemos usar o divulgar su PHI para actividades relativas a la obtención de un reintegro por los servicios de atención de salud recibidos. Asimismo, podemos divulgar su PHI por actividades similares de otro proveedor de atención de salud o un plan de salud de grupo que esté relacionado. Por ejemplo, podemos usar su PHI para cobrarle a usted o a su compañía de seguros, conforme corresponda, por los servicios prestados.

**Operaciones de atención de salud**. Podemos usar o divulgar su PHI para determinadas actividades relativas a la operación de Sistema de Salud como proveedor de atención de salud. Además, podemos divulgar su PHI para esas actividades relativas a otro proveedor de atención de salud o plan de salud de grupo con el cual tiene relación. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su PHI por actividades relativas a la evaluación de calidad, capacitación de profesionales de atención de la salud, detección de fraude y abuso y programas de cumplimiento.

**Otros Usos y Divulgaciones permitidas.**

Podemos usar y divulgar su PHI siempre que se cumplan algunas condiciones que se relacionan con su necesidad pública y privada:

* a **Personas que participan en su atención o pago de su atención**, pero tendrá la oportunidad de objetar, y si objeta, cumpliremos con su deseo.
* a **Empleados comerciales** que realicen funciones para nosotros y hayan prometido mediante un acuerdo escrito proteger su PHI.
* conforme lo requiere la **Ley**, siempre que los aspectos específicos del uso o divulgación no sean superiores a aquello requerido por ley.
* para **Actividades de Salud Pública**, como informe de enfermedades, lesiones y estadísticas vitales.
* para **Informar abuso de adultos, Negligencia y Violencia doméstica**, en determinadas condiciones.
* a una **Agencia de Supervisión de Atención de Salud** que supervisa el sistema de atención de salud.
* para **Procesos Judiciales y Administrativos**, siempre que existe un pedido lícito del tribunal u otra exigencia legal.
* para determinados **Fines de Implementación de la Ley**, dicho PHI limitado a fugitivos, víctimas de delitos, muertes sospechosas, delitos en nuestras instalaciones y delitos en emergencias.
* determinada información sobre **Muertes** a forenses, examinadores médicos, directores funerales y entidades de donación de órganos y tejidos.
* para **fines de investigación**, siempre que una junta de supervisión apruebe la solicitud según lineamientos estrictos, y su trabajo preparatorio no abandone el Sistema de Salud o sea sobre muertes.
* para **Evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad**, según sea necesario bajo las circunstancias.

ROSALIND FRANKLIN UNIVERSITY
HealthClinics

* para determinadas **Funciones Gubernamentales Especializadas**, como personal de las Fuerzas Armadas, actividades de seguridad nacional, instalaciones correccionales, y programas de beneficio de salud gubernamental.
* para programas de **Contribución para Trabajadores**.
* para contactarte y proporcionarte información que sea **Información Útil**, como recordatorios de turnos y beneficios relativos con la salud y recordatorios de turnos y servicios y beneficios relativos a la salud que pueden ser de su interés.
* para comunicarnos con usted sobre los esfuerzos del Sistema de Salud para **Recolectar Fondos**, pero tiene derecho a optar no recibir estas comunicaciones de recolección de fondos.
* un **Conjunto de Datos Limitados**, que elimina determinada información sobre usted, siempre que el PHI solo se use para investigación, salud pública u objetivos de operaciones de atención de salud y los beneficiarios acuerdan por escrito proteger su PHI.

**Su Autorización escrita**. Aparte de los usos y las divulgaciones analizadas anteriormente, no usaremos ni divulgaremos su PHI sin su autorización escrita. Esto incluye los usos o las divulgaciones hechas para fines de comercialización o marketing, que constituyen una venta de su PHI, y de la mayoría de las notas de psicoterapia. Si nos brinda la autorización, puede revocarlo por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso ni divulgación que ocurriera antes de este Sistema de Salud que recibe su revocación.

## SUS DERECHOS

Un breve resumen de sus derechos es el siguiente. Para obtener más información relativa a estos derechos, puede comunicarse con la oficina indicada al final de esta notificación.

**Acceso**. Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de sus registros PHI. Para hacer esto, debe tener acceso escrito. Se le cobrará un honorario razonable por copia y franqueo pago, si es necesario.

**Enmienda**. Usted tiene el derecho a buscar una enmienda a sus registros PHI. Para hacer esto, debe presentar su solicitud por escrito. Incluso si los registros de PHI son adecuados y completes, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo.

**Contabilidad**. Usted tiene el derecho a obtener una lista de determinadas divulgaciones que ocurrieran relativas a su PHI. Para hacer esto, debe buscar su contabilidad por escrito. Algunas divulgaciones no se mencionarán en esa lista, como aquellas asociadas con el tratamiento, pago, y operaciones de atención de salud y divulgaciones que autorizó personalmente por escrito.

**Más Restricciones**. Tiene derecho a buscar más restricciones sobre cómo usar o divulgar su PHI. Para hacer esto, debe hacerlo por escrito. Si bien no es necesario que acordemos con la mayoría de estas solicitudes, las revisaremos y si estamos de acuerdo, lo documentaremos y cumpliremos. Estamos obligados a solicitar una restricción de la divulgación de su PHI a un plan de salud para el pago o para fines de las operaciones de atención de salud cuando PHI está relacionada con un servicio o un producto de atención de salud para el cual ha recibido un pago por completo por usted u otros medios alternativos.

**Comunicaciones Confidenciales.** Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted al usar medios o ubicaciones alternativas. Para hacer esto, debe hacer su pedido por escrito. Si la solicitud es razonable, la acomodaremos.

**Copia de esta Notificación**. Tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación a pedido, incluso si acordó previamente recibir esta notificación en forma electrónica.

**Presentación de un reclamo**. Puede presentar un reclamo con nosotros o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si cree que hemos infringido sus derechos y no ejerceremos ninguna represalia en su contra. Para presentar un reclamo con nosotros, debe comunicarse con la oficina indicada al final de esta notificación.

**Notificación de Incumplimiento.** Tiene derecho a recibir notificaciones de incumplimientos de su PHI no asegurada.

## MÁS INFORMACIÓN

Si tiene dudas, deseo de presentar un reclamo o busca más información sobre los asuntos incluidos en esta notificación, puede comunicarse con:

Dr. Martin Yorath
Funcionaria de Privacidad
Rosalind Franklin University Health Clinics
3471 Green Bay Road
North Chicago, IL 60064
Tel.: (847) 578-8436