

Minidoka Medical Center
RHC

1308 8th st. Suite 1
Rupert, ID 83350
(p) 1-208-436-4322 (F) 1-208-436-1312

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Gracias por elegir nuestra oficina! Con el fin de servirle correctamente, necesitamos la información siguiente. Por favor llene completamente. Por favor imprima. Toda la información será confidencial.

Nombre del Paciente _____

Macho Hembra Último Segundo Primer Fecha de Nacimiento: ____/____/____
SSN(necesario) _____

Dirección física Ciudad Estado Código postal Dirección postal (si es diferente) Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa Celular

Correo electrónico Paciente Portal Yeso Noa

No utilizaremos su correo electrónico para la solicitud. Es para fines de comunicación sólo a través del portal.
Método de contacto preferido: Teléfono de casa [] Teléfono celular Texto Correo electrónico Correo []
Estado civil: Casado Soltero Divorciado Separado Viudo Viudo/casado nuevamente Otro significativo

Pacientes o sus Padres Empleador Teléfono del trabajo _____

Si menor, lista nombre de padre/jefe de hogar _____

Padre/garante fecha de nacimiento: Teléfono si diferente _____

Persona de contacto en caso de emergencia? Teléfono _____

Relación con paciente: _____

Seguros primarios _____

Nombre del Asegurado Fecha de Nacimiento del Segurado Relación con el paciente SSN de asegurado: _____
Número de ID # _____ Group#

Cantidad deducible de \$ o Co-pago (Co-insurance / Co-Pay)

Seguros Secundarios Relación seguro secundario el Pt.

Nombre del Asegurado Fecha de Nacimiento del Asegurado Relación con el paciente SSN de asegurado:

Número de ID #

Group#

Cantidad deducible de \$ _____ o Co-pago (Co-insurance / Co-Pay) _____

Entiendo que soy financieramente responsable del pago de los gastos médicos incurridos en mi nombre en Minidoka Medical Center, independientemente de la cobertura de terceros. Doy mi consentimiento y autorizo a Minidoka Medical Center a proporcionar información médica a cualquier tercero que pueda ser responsable del pago total o parcial de los cargos incurridos en Minidoka Medical Center. Autorizo a mi compañía de seguros, o a cualquier tercero responsable, a pagar los beneficios directamente al Minidoka Medical Center.

Minidoka Medical Center RHC, bajo la dirección de Minidoka Memorial Hospital, no tiene saldos de pago propio más allá de los 90 días de la fecha de servicio.

X

Fecha

Firma del paciente o padre si menor

MINIDOKA MEDICAL CENTER RHC
1308 8th St. Ste 1 Rupert, ID 83350 (p) 436-4322 (f) 208-436-1312

Nombre: _____ Fecha _____ de nacimiento: _____
Fecha de hoy _____

Consentimiento para fotografía

Doy mi consentimiento para permitir la fotografía de mí mismo con fines de identificación y con el fin de mejorar mi documentación de atención médica (es decir, heridas, lesiones, etc.).

Firma aquí

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Autorizo por este medio, Minidoka Medical Center, y cualquier asistente o asociado que pueda ser designado, a realizar atención médica y hospitalaria al paciente mencionado anteriormente

Firma aquí

Fecha de hoy

Prácticas de Privacidad / Discriminación

He recibido/o rechazado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, y se me ha brindado la oportunidad de revisar este documento completo. Minidoka Memorial Hospital and Medical Center no discriminará a un paciente por su raza, color, origen nacional, religión, capacidad de pago o porque un paciente esté cubierto por un programa como Medicaid o Medicare. Si siente que es víctima de discriminación, tiene derecho a presentar una queja por escrito ante el Oficial de Cumplimiento. Los formularios están disponibles en la oficina comercial.

Firma aquí

Consentimiento para el uso del contestador automático y / o del correo de voz / correo electrónico: Doy mi consentimiento para usar mi contestador y / o correo de voz con el fin de transmitir información importante sobre mi tratamiento o atención, incluyendo, entre otros, la confirmación de citas, cambios en la medicación, resultados de pruebas de laboratorio, instrucciones especiales para procedimientos de prueba. También doy mi consentimiento para que los miembros de mi familia reciban esta información en mi ausencia. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que rescinda el consentimiento por escrito.

Firma del Paciente/Representante del paciente

Fecha de hoy

Personas que pueden llamar y recibir su información médica:

Nombre:	Relación:	Teléfono:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PARA PACIENTES CON MEDICARE: Autorización de Medicare para recibir pagos:

Número de identificación de Medicare:

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga a mí, o en mi nombre a Minidoka Medical Center / Rural Health Clinic por cualquier servicio que me proporcione el médico / proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a liberar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, formalmente a la Administración de Financiamiento de Atención Médica y sus agentes, toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

FIRMAFECHA

_____ FECHA _____

AUTORIZACIÓN COMPLEMENTARIA PARA RECIBIR PAGOS

(Firmw SOLO si tiene lin seguro secundario de Medicare)

PACIENTE MEDICARE Número de identificación:

Nombre del titular de la póliza de seguro complementario: _____

NOMBRE DEL SEGURO SUPLEMENTARIO:

NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO SUPLEMENTARIO: _____

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga en mi nombre a Minidoka Medical Center / Rural Health Clinic por cualquier servicio que me haya proporcionado ese médico / proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a Minidoka Medical Center toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

FIRMA

FECHA

Minidoka Centro Médico -RHC

1308 8TH st ste I

Rupest, ID 83350

Teléfono: 208-436-4322

Estimado paciente: Es nuestro deseo de servirle mejor. Con el fin de hacer eso, le pedimos que se tome unos minutos y completar esta forma a la medida de sus capacidades. No se preocupe acerca de cómo completar las cosas que no entiende. En caso de duda, dejar en blanco. Por favor traiga sus preguntas específicas a nuestra atención. Gracias.

Nombre del paciente

Date

Lista 1 0 2 objetivos personales de cuidado de la salud: 1) _____

2) _____

¿Qué está esperando que podemos ayudarle alcanzar?) ¿Hay un problema específico hoy? Por favor de describe:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ SU EDAD: _____

ALTURA

PESO

PESO IDEAL del CUERPO

- Estado de Actividad - Marque por favor uno: _____
Athletico/a Activo/a/ajuste Sedentario ocasionalmente activo/adiscapitado/a

Actividad limitada por _____

Actividades que usted necesita ayuda con: _____

- Está usted empleado? Si/No Retirado ¿Cuál es/era su ocupación? ¿Cuántos años? _____

- Situación de vivienda: Casado Viuda / Viudo Soltero/a Divorciado Apartado

Nombre del cónyuge / compañero de vida? _____ Teléfono _____

- ¿Es usted sexualmente activo/a? ¿Cuántas parejas habituales? Masculino o Femenino

¿Consume bebidas alcohólicas? ¿Cuánto alcohol bebe?

¿Fumas? Sí No Si es así, ¿cuántos paquetes por día _____
Por cuántos años? Si dejo de fumar / cuándo? _____

¿Utiliza / o ha usado drogas? Si No En caso afirmativo, ¿qué tipo / _____

qué ruta? ¿Su consumo de alcohol / drogas es un problema para usted o cualquier otra persona? _____

Tiene alguna alergia a medicamentos? (Círculo) Sí No

Por favor escriba los nombres de medicamento que usted es alérgico a: ¿Cuál fue la reacción que le causó?

¿Qué farmacias usa

Número de teléfono

Por favor de la vuelta una página y complete el resto del cuestionario. Gracias.

Por favor describa cualquier problema que ha tenido alguna vez con alguno de los temas que se enumeran:	Utilice esta columna para describir los detalles de SU Corriente y pasados Historial Médico	Utilice esta columna para describir los detalles de su FAMILIA Historia médica
PIEL, PELO, UNAS, LOS DIENTES Usa dentadura ostiza? S N		
OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA Gafas S N Usa audifono vasos S N		
¿PROBLEMAS DEL CORAZÓN? ¿Ha tenido un ataque al corazón? S N ¿Tiene el colesterol alto? S N Alta resión san úinea? S N		Alguien de su familia ha tenido un ataque al corazón? S N
PROBLEMAS CON LOS PULMONES/RESPIRACIÓN? ¿Fuma / o ha fumado alguna vez?		
¿PROBLEMAS ESTOMACALES?		
PROLEMAS DEL HÍGADO/PÁNCREAS?		
¿PROBLEMAS INTESTINALES?		
¿PROBLEMAS DE RIÑON?		
PROBLEMAS DE LA VEJIGA?	EL ESCAPE DE ORINA? s	
¿DOLOR DE ESPALDA / LESIÓN?		
¿ARTRITIS [PROBLEMAS EN LAS ARTICULACIONES?		
¿DEBILIDAD?		
¿Alguna vez ha tenido un accidente cerebrovascular? S N • Ha tenido convulsiones? S N		
Problemas de anemia / sangrado?		
¿CANCER?		

¿DIABETES? S N ¿Si es asi, por cuánto tiem o?		
PROBLEMAS DE TIROIDES?		

Minidoka
Memorial Hospital

Minidoka Medical Center, RHC

1308 8th Street Suite I Rupert, Idaho 83350
Office: (208) 436-4322 Fax: (208)436-1312

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Esta autorización debe estar fechada y firmada por el paciente o persona legalmente autorizada para recibir esta información.

Autorizo a Minidoka Medical Center, RHC, a divulgar una copia de mi información médica:

Paciente: _____	Recipiente: _____ _____ _____
Fecha de Nacimiento: _____	
Últimos 4 ssN: _____	

La información se utilizará en nombre del paciente para los siguientes fines:

- Transferencia de Cuidado
- Divulgar información al Especialista
- Traslado de Residencia
- Seguro/o Propósitos de discapacidad
- Legal
- Otra razon: _____

Información a divulgar:

- Historial médico pertinente (incluye los últimos 2 años de notas de la oficina, trabajo de laboratorio y todas las pruebas pertinentes)
- Historial médico completo (según el tamaño de la tabla, se aplicarán cargos) Otra razon: _____

En conformidad con la estatua del estado que requiere un permiso especial para divulgar información privilegiada, libere los registros que pertenecen a:

- Salud mental
- SIDA / VIH
- Drogas / Alcoholism
- Abuso sexual / Enfermedad de transmisión sexual (ETS)
- Abuso y abandono infantil

Envíe toda la información solicitada al destinatario mencionado anteriormente. El destinatario entiende que este registro puede ser voluminoso y acepta pagar todos los cargos razonables asociados con proporcionar este registro. Esta autorización expirará 180 días a partir de la fecha de la firma.

¿DIABETES? S N ¿Si es así, por cuánto tiem o?		
PROBLEMAS DE TIROIDES?		

Minidoka

Memorial Hospital

Minidoka Medical Center, RHC

1308 8th Street Suite I Rupert, Idaho 83350
Office: (208) 436-4322 Fax: (208)436-1312

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Esta autorización debe estar fechada y firmada por el paciente o persona legalmente autorizada para recibir esta información.

Autorizo a Minidoka Medical Center, RHC, a divulgar una copia de mi información médica:

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Últimos 4 ssN: _____	Recipiente: _____ _____ _____
---	-------------------------------------

La información se utilizará en nombre del paciente para los siguientes fines:

- Transferencia de Cuidado
- Divulgar información al Especialista
- Traslado de Residencia
- Seguro/o Propósitos de discapacidad
- Legal

Otra razon: _____

Información a divulgar:

- Historial médico pertinente (incluye los últimos 2 años de notas de la oficina, trabajo de laboratorio y todas las pruebas pertinentes)
- Historial médico completo (según el tamaño de la tabla, se aplicarán cargos) Otra razon: _____

En conformidad con la estatua del estado que requiere un permiso especial para divulgar información privilegiada, libere los registros que pertenecen a:

- Salud mental
- SIDA / VIH
- Drogas / Alcoholism
- Abuso sexual / Enfermedad de transmisión sexual (ETS)
- Abuso y abandono infantil

Envíe toda la información solicitada al destinatario mencionado anteriormente. El destinatario entiende que este registro puede ser voluminoso y acepta pagar todos los cargos razonables asociados con proporcionar este registro. Esta autorización expirará 180 días a partir de la fecha de la firma.

Firma del paciente o representante

Fecha

Firma del testigo

Aviso de confidencialidad: este documento contiene información confidencial que pertenece al remitente. Esta información está legabnente privilegiada y está destinada solo para el uso de la persona o entidad nombrada anteriornaente.

Si no es el destinatario deseado, se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o acción tomada en relación con el contenido de estos doczonentos está estrictamente prohibida. Si recibió este comunicado por error, notifiquelo al reinigente de inmediato para organizar la destrucción de los documentos. Gracias.