






Todas nuestras clínicas están abiertas de lunes a viernes, de 8am a 5pm, y con ciertas horas en la noche y en los fines de semana. Si necesita servicios médicos después de horas laborables, favor de llamar a:

 **ARCcare** 501.268.6121 |
  **KentuckyCare** 877.791.9154 |
  **MississippiCare** 501.530.6016

DEMOGRAFÍA DE LOS PACIENTES

Nombre del Paciente (Patient Name)

Fecha de Nacimiento (DOB)

Número de Seguro Social (SSN)

Apellido de soltera de su Madre (Mother's Maiden Name)

Sexo (Sex)

Género (Gender Identity)

Orientación sexual (Sexual Orientation)

Estado Civil (Marital Status)

Raza (Race)

Etnicidad (Ethnicity)

Latino/Hispano (Latino/Hispanic)

No Latino/Hispano

Idioma (Language)

Estado de Empleo (Employment)

CONTACTO

Número telefónico residencial

(Home Number)

Dirección Postal (Mailing Address)

Número de celular

(Cell Number)

Ciudad/Estado (City/State)

Código Postal (Zip)

Teléfono del trabajo

(Work Number)

Dirección Física (Physical Address)

Ciudad/Estado (City/State)

Código Postal (Zip)

Número de teléfono preferido:

(Preferred Phone)

Residencial (Home)

Celular (Mobile)

Trabajo (Work)

Contacto de Emergencia (Emergency Contact)

Método preferido:

(Preferred Method)

Buzón de voz (Voice)

Correo electrónico (Email)

Mensaje de texto (Text)

Relación (Relationship)

Número de teléfono (Phone Number)

Padres o Tutores (si el paciente es un menor)

(Parent/Guardian if patient is a minor)

Correo electrónico (Email Address)

Relación (Relationship)

Número de teléfono (Phone Number)

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA Y FARMACIA

Plan de Seguro Médico Principal (Primary Insurance Plan)

Plan de Seguro Médico Secundario (Secondary Insurance Plan)

Farmacia (Pharmacy)

Farmacia Secundaria (Secondary Pharmacy)

Número de identificación (Subscriber/ID Number)

Número de identificación (Subscriber/ID Number)

Ubicación de Farmacia (Location of Pharmacy)

Ubicación de Farmacia (Location of Pharmacy)

Consentimiento al Tratamiento

(Consent to Treatment)



Le doy permiso a ARcare, y sus clínicas subsidiarias y DBAs (hacer negocios como), a darle a _____ tratamiento médico.

Nombre de Paciente

Fecha de Nacimiento (DOB)

Número de Seguro Social (SSN)

Escriba sus iniciales en solo UNO:

Yo soy el paciente. (I am the patient.)

El paciente es un menor que tiene _____ año(s). (Patient is a minor who is _____ years of age.)

El paciente es un adulto que no puede actuar solo. (Patient is an adult who cannot act on his or her own.)

SI EL PACIENTE ES UN MENOR:

Doy permiso para que mi hijo(a) reciba un examen y tratamiento en ausencia de supervisión de adulto.

Si No

Doy permiso para que los siguientes individuos (además de los familiares directos) traigan a mi hijo(a) a la clínica en mi nombre. (Seleccione por lo menos UNO):

Ninguno Personal de la Escuela Personal de la Clínica

Personal de la Guardería Otro (favor de incluir): _____

1. Doy el consentimiento voluntario al cuidado médico recomendado por el médico, incluyendo radiografías, trazos del corazón, exámenes y evaluaciones, medicamentos, y/o análisis de laboratorio rutinarios (incluyendo infección de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis, o cualquier otra enfermedad de la sangre infecciosa, si es requerido por un médico por propósitos diagnósticos).
2. Doy autorización a la clínica para que divulguen información médica/de salud conductual a las empresas aseguradoras por propósitos de presentar reclamos de seguro correspondiente al cuidado del paciente.
3. Estoy de acuerdo que los servicios se le cobrarán al seguro (si procede), y que yo (el paciente, el padre o madre, o el tutor) será responsable por cualquier cargo que haya sido negado por la empresa aseguradora.
4. Entiendo que aunque tengan una copia de mi Directiva Anticipada o mi testamento vital, el personal de la clínica intentarán estabilizarme y transferirme a un hospital de cuidados graves para evaluaciones y tratamientos adicionales.
5. He recibido el Patient Packet que contiene el Aviso de Prácticas de Privacidad de ARcare y mis derechos acerca de mi información médica como un paciente de ARcare.

Comentarios: _____

Firma del paciente o del adulto autorizado para dar el consentimiento por el paciente

Relación con el paciente

Fecha

Firma del personal que explicó los contenidos de este formulario de consentimiento

Fecha



Consentimiento para Obtener el Historial de Medicamentos

(Consent to Obtain Medication History)

Nuestra práctica médica ha adoptado un sistema de registros médicos electrónicos para mejorar la calidad de nuestros servicios. Este sistema nos permite obtener y analizar su historial de medicamentos. Un historial de medicamentos es una lista de medicinas recetadas que nosotros, o otros doctores le han recetado recientemente. Esta lista es recopilada de una variedad de fuentes, incluyendo su farmacia y su seguro médico.

Es muy importante que su historial de medicamentos sea correcto para ayudarnos a darle el mejor tratamiento y evitar interacciones farmacológicas que sean potencialmente peligrosas.

Al firmar el formulario de consentimiento nos da permiso de obtener, y de darle a su farmacia y su seguro médico permiso para divulgar información acerca de sus prescripciones que han sido surtidas en cualquier farmacia o cubiertas por cualquier plan de aseguranza. Esto incluye prescripciones que tratan VIH/SIDA y medicamentos usados para tratar condiciones de salud mental como depresión. Esta información llegará a ser parte de sus registros médicos.

El historial de medicamentos es una guía útil, pero puede ser que no sea totalmente preciso. Algunas farmacias no tienen el historial farmacológico disponible y el historial farmacológico de su seguro médico quizás no incluye medicinas que se compraron sin utilizar el seguro médico. Su historial de medicamentos quizás no incluye medicinas compradas de venta libre, suplementos, o remedios herbales. Se nos hace muy importante tomar el tiempo para aclarar todo lo que esté tomando, y para que tenga la oportunidad de revisar si hay algún error.

Doy permiso para que obtengan mi historial de medicamentos de mi farmacia, mis planes de seguro médico, y otros proveedores de atención médica.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente o del adulto autorizado para dar el consentimiento por el paciente

Fecha

HIPAA Formulario de Consentimiento de Prácticas de Privacidad

HIPAA Privacy Practices Consent Form



Nos comprometimos a proveer seguridad para la confidencialidad y privacidad de pacientes. Obtenemos, utilizamos, y divulgamos información de salud personal solamente cuando autorizados por las leyes federales y estatales y también su autorización personal. Esto puede incluir la colección de información disponible de otras fuentes tales como historial de medicamentos y verificación de la elegibilidad de cobertura.

También entendemos que puede haber miembros de la familia o personas importantes en su vida que quiera que tengan acceso a cierta información en su registro médico. Sin tener su consentimiento por escrito, no podemos divulgar información a nadie excepto por los propósitos indicados en la Ley de Privacidad de HIPAA. **Favor de tener en cuenta que utilizamos un sistema de teléfono automatizado para recordarle de sus citas, y también para ofrecerle a los pacientes la oportunidad para completar una encuesta acerca de su visita.**

Doy permiso para que las personas (empleados, estudiantes, voluntarios, contratistas, etc.) actuando en el nombre de la organización compartan mi información médica protegida (PHI) con la siguiente gente(s) en específica: (Si ninguna otra persona está autorizada a recibir su PHI, escriba "N/A" en los espacios abajo.)

1 Nombre del Individuo a cuál información se puede divulgar _____

Información para divulgar

- Copia del registro médico completo Historial y examen físico Resultados
 Registro de salud mental Registro de salud reproductiva Otro _____

2 Nombre del Individuo a cuál información se puede divulgar _____

Información para divulgar

- Copia del registro médico completo Historial y examen físico Resultados
 Registro de salud mental Registro de salud reproductiva Otro _____

3 Nombre del Individuo a cuál información se puede divulgar _____

Información para divulgar

- Copia del registro médico completo Historial y examen físico Resultados
 Registro de salud mental Registro de salud reproductiva Otro _____

Si tienen entre 12 y 17 años, el paciente debe de firmar aquí para reconocer la autorización de la información que será divulgada.

HIPAA Formulario de Consentimiento de Prácticas de Privacidad

DOY PERMISO PARA QUE:

(Escriba sus INICIALES en todos aplicables) DEBE ESCRIBIR SUS INICIALES EN UNO POR LO MENOS

- Dejen un mensaje en mi contestadora automática o otro dispositivo electrónico acerca de mis citas, resultados de laboratorios, seguimiento médico, o otra información médica.
- Me contacten en mi dirección y número telefónico residencial
- Dejen un mensaje con la persona indicada como el número de “mensaje” si no me pueden conseguir.
- Me manden un correo electrónico a: _____
- Me contacten acerca de colaboraciones voluntarias en estudios clínicos. Entiendo que al seleccionar esta opción NO tengo obligación de participar en un proyecto específico. Favor de contactarme acerca de proyectos por manera de:
 - Correo
 - Teléfono
 - Correo electrónico

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente o del adulto autorizado para dar el consentimiento por el paciente

Fecha

Formulario de Obligaciones Financieras

Financial Obligation Form



ENTIENDO LO SIGUIENTE:

- Soy responsable por cualquier cargo incurrido durante mi cita.
- Si tengo seguro medico, soy responsable para el copago, los deducibles, y coaseguro.
- Si no cumpla con mis obligaciones financieras, la cuenta será enviada a una agencia de cobros.
- Tendré una oportunidad de hacer pagos en esta cuenta, o programar un plan de pagos estructurado antes de que sea enviada a la agencia de cobros.
- Recibiré tres estados de cuenta antes de que sea enviada a la agencia de cobros.
- Si pagué de más y tengo un crédito, el crédito será aplicado a otro balance pendiente. Si no existe otro balance pendiente y la cuenta ya ha sido enviada a la agencia de cobros, un crédito interno será proporcionado y la emisión de un cheque de reembolso será diferido por un año.
- Si no puedo hacer un pago actualmente, entiendo que ARcare/KentuckyCare/MississippiCare me atenderá independientemente de la capacidad de pagar.
- Además, me han explicado la política de cobros. Entiendo que ARcare/KentuckyCare/MississippiCare me atenderá independientemente de la capacidad de pagar.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Estoy de acuerdo que el centro, ARcare/KentuckyCare/MississippiCare, o cualquier otra agencia de cobros, servicios, o las agencias retenidas por el centro (juntos referidos como "collectors") me pueden contactar por teléfono o mensaje de texto de cualquier número asociado con mi cuenta, incluyendo pero no limitado a, teléfono celular que puede resultar en cargos incurridos por la llamada o el mensaje de texto, para cobrar el dinero que le debo a el centro. Entiendo, reconozco y acepto que los cobradores me pueden contactar por medio de dispositivos de marcación automáticos, por mensajes de voz artificial o grabados, o dejando mensaje en el buzón de voz. Adicionalmente, estoy de acuerdo que los cobradores me pueden contactar usando mi correo electrónico en cualquier correo electrónico que le doy al centro o cual esté asociado con mi cuenta.

Nombre de Paciente en letra de molde Fecha de Nacimiento

Firma de Paciente y/o Garante Fecha

Dirección Postal del Paciente y/O Garante

Firma de personal presente Fecha

Evaluación del Hogar Household Assessment



(SOLAMENTE para pacientes solicitando servicios con descuento)

ARcare/KentuckyCare/MississippiCare ofrece un programa de descuentos en tarifas (Nominal/Descuento de Tarifas Móviles) para pacientes elegibles que aplican para asistencia. Los descuentos son basados en el nivel federal de pobreza. **Verificación de ingresos tiene que ser proporcionado antes de que se apliquen los descuentos.** Descuentos no serán aplicados a hogares con ingresos superiores al 200% del nivel federal de pobreza.

Me han explicado el programa del descuento de tarifas móviles para la organización.

SÍ deseo participar en este programa.

NO deseo participar en este programa. (Si no desea participar, pare aquí.)

¿El paciente es el jefe del hogar?

Si No Si no, ¿quién es el jefe del hogar? _____

Enumera a todos los dependientes (quien sea que vive con usted o con quien tenga responsabilidades legales, de la custodia, o financieras). Favor de enumerar el **ingreso mensual bruto** para cada miembro del hogar.

NOMBRE	Relación al Paciente	Fecha de Nacimiento	Ingreso

En firmar esta aplicación, yo declaro que la información y las declaraciones en esta aplicación son verdaderas, completas, y han sido registradas correctamente. Si declaraciones falsas han sido hechas, la organización reserva el derecho de solicitar el pago completo para los servicios que fueron proporcionados al paciente. Yo entiendo que cualquier cargo para los de mi hogar que no son cubiertos en el programa de descuentos es mi responsabilidad y aceptó pagar estos cobros.

Firma

Fecha

Nombre de paciente

Fecha de Nacimiento

Consentimiento a Telemedicina

Consent to Telemedicine



1. Le doy autorización a ARCare/MississippiCare/KentuckyCare que me permitan participar en el servicio de telemedicina/cuidado virtual (videoconferencia) de ARcare. Este consentimiento aplica a ambos servicios de salud física y salud de comportamiento. Si se solicitan servicios de salud de comportamiento: Entiendo que los servicios de telesalud de comportamiento son completamente voluntarios y puedo elegir no responder o no ser parte en cualquier momento. Entiendo que se me asignara un terapeuta y solamente me atenderá ese terapeuta para mi cuidado de salud de comportamiento por medios de telesalud de comportamiento asegurando la continuidad de atención. Entiendo que me van a pedir que haga un plan de seguridad con mi terapeuta en caso de una emergencia. Entiendo que si hay una emergencia durante una de las sesiones de telesalud de comportamiento, mi terapeuta llamara a los servicios de emergencia y a mis contactos de emergencia.
2. El tipo de servicio que será proporcionado por medio de telemedicina son los Servicios de Cuidado Intensivo.
3. Entiendo que este servicio no es igual a una visita entre paciente y proveedor médico directo porque no estaré en el mismo cuarto del proveedor realizando el servicio. Entiendo que partes de mi tratamiento que requieren exámenes físicos pueden ser realizados por el personal de la clínica bajo la dirección del proveedor médico de telesalud.
4. Mi doctor me ha explicado completamente la esencia y el propósito de la tecnología de las videoconferencias y también me ha informado de los riesgos que se pueden presentar, beneficios, complicaciones (de causas conocidas y desconocidas), molestias y riesgos que pueden presentarse durante la sesión de telemedicina, también como alternativos a la sesión sugerida, incluyendo visitas en persona con el doctor. Los riesgos asociados de no usar sesiones de telemedicina también han sido discutidas. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas fueron contestadas totalmente y a mi entera satisfacción.
5. Entiendo que hay riesgos potenciales en usar esta tecnología, incluyendo pero no limitado a interrupciones, acceso sin autorización de otras terceras partes, y problemas técnicos. Soy consciente de que yo, también como el proveedor médico, podemos suspender el uso del servicio de telemedicina si creemos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para nuestra situación.
6. Entiendo que la sesión de telemedicina no será grabada por video ni por audio en ningún momento.
7. Acepto permitir que mi información de salud pueda ser compartida con otros individuos por los propósitos de programación o de facturación. Acepto permitir que individuos, aparte de mi proveedor médico y mi proveedor médico remoto, estén presente durante mis servicios de telemedicina para usar el equipo de video. Tengo entendido que me informaran de su presencia durante mis servicios de telemedicina. Reconozco que si preocupaciones de seguridad obligan a que gente adicional esté presente, mi permiso no es necesario.

8. Reconozco que tengo el derecho de solicitar lo siguiente: a. La omisión de ciertos detalles delicados en mi historial médico o en exámenes físicos. b. Terminación del servicio a cualquier momento.
9. Cuando el servicio de telemedicina se está utilizando durante una emergencia, entiendo que es la responsabilidad del proveedor de telemedicina informar a mi proveedor de salud local acerca del cuidado y tratamiento necesario.
10. Es la responsabilidad del proveedor de telemedicina de concluir el servicio a la terminación de la conexión de videoconferencia.
11. Entiendo que mi seguro médico será facturado por medio del proveedor de salud local también como el proveedor de telemedicina para los servicios de telemedicina. Entiendo que si mi aseguranza no cubre los servicios de telemedicina, se me cobrará directamente para la prestación de los servicios de telemedicina.
12. Mi consentimiento para participar en este servicio de telemedicina es para la duración del servicio especificado arriba, o hasta que revoque mi consentimiento por manera escrita.
13. Estoy de acuerdo que no me han garantizado o asegurado resultados sobre este servicio.
14. Confirmo que he leído y entiendo totalmente todo lo de arriba, también como el formulario de "Telemedicine: What to Expect" que se me proporcionó.

Nombre de Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente o del adulto autorizado para dar el consentimiento por el paciente

Fecha