

REX SURGICAL SPECIALISTS

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Patient Identification

Nombre legal del paciente _____
Patient's Legal Name (APELLIDO/LAST) (PRIMER NOMBRE/FIRST) (SEGUNDO NOMBRE/MIDDLE)

Rex Healthcare comparará su nombre legal con el nombre que aparece en su tarjeta de seguro.

Rex Healthcare will compare your Legal Name to your name as it appears on your insurance card.

Sexo _____ Últimos 4 números del n.º de Seguro Social (algunas aseguradoras exigen el n.º completo) _____
Gender Last 4 numbers Social Security# (some insurances require full SS)

Fecha de nacimiento/Birth Date _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Raza _____ Hispánico _____ No hispánico _____ Idioma _____
PATIENT INFORMATION Race Hispanic Non-Hispanic Language

Dirección de correo postal/Mailing Address _____

Dirección física (en caso de que sea diferente a la dirección de correo postal) _____
Physical Address (if different from mailing address)

Ciudad/City _____ Estado/State _____ Código postal/Zip Code _____

N.º de teléfono de la casa _____ N.º de teléfono móvil _____ Correo electrónico _____
Home Phone # Mobile Phone # Email Address

Médico que lo remite/Referring Physician _____

Médico de atención primaria/Primary Care Physician _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL PACIENTE PATIENT EMPLOYMENT INFORMATION

Estado: Tiempo completo _____ Medio tiempo _____ Jubilado _____ Fecha de jubilación _____ Estudiante de tiempo completo Sí/No
Status: Full-time Part-time Retired Retirement Date Full Time Student? Y/N

Otro/Other _____

Nombre del empleador/Employer's Name _____ N.º de teléfono/Phone # _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE (Persona financieramente responsable si no es el paciente)

GUARANTOR INFORMATION (Person Financially Responsible if different than patient)

Nombre del garante _____ Relación con el paciente _____
Name of Guarantor Relationship to Patient

Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____
Last 4 Digits of Social Security # Gender Birth Date

Dirección de correo postal/Mailing Address _____

Dirección física (en caso de que sea diferente a la dirección de correo postal) _____
Physical Address (if different from mailing address)

Ciudad/City _____ Estado/State _____ Código postal/Zip Code _____

N.º de teléfono de la casa _____ Nombre del empleador _____
Home Phone # Employer's Name

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA/EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Nombre del contacto de emergencia _____ Relación con el paciente _____
Name of Emergency Contact Relation to Patient

Dirección de correo postal/ Mailing Address _____

Dirección física (en caso de que sea diferente a la dirección de correo postal) _____
Physical Address (if different from mailing address)

Ciudad/City _____ Estado/State _____ Código postal/Zip Code _____

N.º de teléfono de la casa _____ N.º de teléfono del trabajo _____ N.º de teléfono celular _____
Home Phone # Work Phone # Cell Phone #

SEGURO PRIMARIO/PRIMARY INSURANCE

Nombre de la compañía aseguradora/Name of Insurance Company _____

Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente) _____ Relación _____
Policyholder's Name (if other than patient) Relationship

Fecha de nacimiento/Birth Date _____ Sexo/Gender _____

SEGURO SECUNDARIO/SECONDARY INSURANCE

Nombre de la compañía aseguradora/Name of Insurance Company _____

Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente) _____ Relación _____

Policyholder's Name (if other than patient)

Relationship

Fecha de nacimiento/Birth Date _____ Sexo/Gender _____

INFORMACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE (Complete esta sección SOLO si su afección está relacionada con un accidente)

ACCIDENT INFORMATION (Complete this section ONLY if your condition is accident related)

Tipo de accidente (Auto, trabajo, otro) _____ Descripción _____

Type of Accident (Auto, Work, Other)

Description

Fecha y hora del accidente _____ Lugar del accidente (Ciudad, condado, estado) _____

Accident Date and Time

Place of Accident (City, County, State)

Firma del representante autorizado/paciente _____ Fecha _____

Patient/Authorized Representative Signature

Date

Rex Breast Care Specialists

NOMBRE _____ <i>NAME</i>	FECHA DE NACIMIENTO _____ <i>DOB</i>
Fecha de hoy _____ <i>Today's Date</i>	Motivo de la visita _____ <i>Reason for Visit</i>

ALERGIAS /ALLERGIES:

MEDICAMENTOS: Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre, hierbas medicinales y vitaminas/**MEDICATIONS:** Please list all prescriptions and over the counter medications, herbs and vitamins

<u>Nombre/Name</u>	<u>Dosis/Dose</u>	<u>Nombre/Name</u>	<u>Dosis/Dose</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

FARMACIA/PHARMACY:

Nombre: _____ Dirección: _____
Name Address:

ANTECEDENTES MÉDICOS:
MEDICAL HISTORY

<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco----- <i>Heart Attack</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta----- <i>High Blood Pressure</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón----- <i>Kidney Disease</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Endoprótesis coronaria---- <i>Heart Stent</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Colesterol alto ----- <i>High Cholesterol</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Convulsiones----- <i>Seizures</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Insufic. cardíaca congestiva <i>Congestive Heart Failure</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes ----- <i>Diabetes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides---- <i>Thyroid Disease</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Desfibrilador----- <i>Defibrillator</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral----- <i>Stroke</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asma ----- <i>Asthma</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Marcapasos----- <i>Pacemaker</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VIH ----- <i>HIV</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EPOC ----- <i>COPD</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hepatitis ----- <i>Hepatitis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cirrosis ----- <i>Cirrhosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación---- <i>Clotting Disorder</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otra (por favor incluir): <i>Other (please list)</i>					

ANTECEDENTES DE CÁNCER: Enumere los detalles de todo tratamiento de cáncer previo que haya recibido
CANCER HISTORY: Please list details of any prior cancer treatments you have received.

Nombre/Name: _____ Fecha de nacimiento/DOB: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: Enumere todo procedimiento realizado y la fecha aproximada/
SURGICAL HISTORY: Please list procedure and approximate date

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ANTECEDENTES FAMILIARES/FAMILY HISTORY:

Relación <i>Relation</i>	Cáncer (Sí/No, lugar) <i>Cancer (Y/N, site)</i>	Trastorno de coagulación <i>Clotting Disorder</i>	Enfermedad cardíaca <i>Heart Disease</i>	Otro <i>Other</i>
Madre/Mother				
Padre/Father				
Hermana/Sister				
Hermano Brother				
Abuela/Grandmother				
Tía/Aunt				
Otro (especificar): <i>Other (specify):</i>				

ANTECEDENTES SOCIALES

SOCIAL HISTORY

Uso de tabaco No ___ Sí ___ Ex ___
Tobacco Use No Yes Former

Uso de alcohol No ___ Sí ___ Ex ___
Alcohol Use No Yes Former

Uso de drogas No ___ Sí ___ Ex ___
Drug Use No Yes Former

ABUSO DOMÉSTICO

DOMESTIC ABUSE

¿El abuso, la violencia o el ataque sexual es un problema para usted de algún modo? No ___ Sí ___
Is abuse, violence, or sexual assault a problem for you in any way? No Yes

¿Su cuidador/pareja lo amenaza de algún modo? No ___ Sí ___
Does your partner/caregiver threaten you in anyway? No Yes

Indique por favor si ha tenido alguno de los siguientes síntomas recientemente:

Please indicate if you have had the following symptoms recently

Sí/Yes	No	Erupción cutánea <i>Rash</i>
Sí/Yes	No	Trastornos visuales <i>Visual disturbance</i>
Sí/Yes	No	Falta de aire <i>Shortness of breath</i>
Sí/Yes	No	Respiración sibilante <i>Wheezing</i>
Sí/Yes	No	Palpitaciones <i>Palpitations</i>
Sí/Yes	No	Dolor en las articulaciones <i>Joint aches</i>
Sí/Yes	No	Convulsiones <i>Seizures</i>
Sí/Yes	No	Dolor abdominal <i>Abdominal pain</i>
Sí/Yes	No	Otro (incluir abajo) <i>Other (Please list)</i>

Sí/Yes	No	Presión en los senos paranasales <i>Sinus Pressure</i>
Sí/Yes	No	Cambio de peso inesperado <i>Unexpected weight change</i>
Sí/Yes	No	Facilidad para que se formen moretones/sangra con facilidad <i>Easy bruising/bleeding</i>
Sí/Yes	No	Apnea del sueño <i>Sleep apnea</i>
Sí/Yes	No	Dolor en el pecho <i>Chest pain</i>
Sí/Yes	No	Sangrado vaginal <i>Vaginal bleeding</i>
Sí/Yes	No	Dolores de cabeza <i>Headaches</i>
Sí/Yes	No	Nerviosismo/ansiedad <i>Nervous/anxious</i>

Nombre del paciente _____
 Fecha de nacimiento _____

Divulgación de información limitada a familiares o amistades para consultorios médicos - HIM 1315s

Limited Release of Information to Family/Friends for Physician Clinics

Yo le doy permiso al consultorio médico que forma parte de UNC Health Care System a divulgar cierta información médica personal a las personas nombradas a continuación. A estas personas, se les dará solo la información pertinente a su participación en mi atención médica o al pago por mi atención médica.¹ Entiendo que no es obligatorio que yo complete este formulario para recibir atención médica.

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el paciente: _____ Hable con esta persona sobre (*marque todo lo que corresponda*):

Cualquier información que no sea delicada² sobre mi atención médica o el pago de mi atención médica.

O

Solamente:

<input type="checkbox"/>	Las citas - programación y recordatorios	<input type="checkbox"/>	Los resultados de exámenes
<input type="checkbox"/>	El resumen de la visita	<input type="checkbox"/>	Las facturas
<input type="checkbox"/>	Otro:		

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el paciente: _____ Hable con esta persona sobre (*marque todo lo que corresponda*):

Cualquier información que no sea delicada² sobre mi atención médica o el pago de mi atención médica.

O

Solamente:

<input type="checkbox"/>	Las citas - programación y recordatorios	<input type="checkbox"/>	Los resultados de exámenes
<input type="checkbox"/>	El resumen de la visita	<input type="checkbox"/>	Las facturas
<input type="checkbox"/>	Otro:		

Si cambio de opinión acerca de las personas o la información de contacto indicadas en este formulario, completaré un formulario nuevo con tales cambios.

_____ FECHA: _____ HORA: _____

FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA Y RELACIÓN (si no es el paciente): _____

¹ Este formulario no es un sustituto de un poder notarial para la atención médica u otra designación formal de una persona autorizada a tomar decisiones médicas en su nombre si usted es incapaz de tomarlas. Si una persona nombrada arriba es su tutor o agente (bajo un poder notarial) o si está autorizada de otra manera para actuar en su nombre, su proveedor de atención médica puede divulgar a esa persona cualquier información médica personal que la ley permite.

Este formulario no es un sustituto para una autorización escrita válida que cumpla con el HIPAA cuando esta es obligatoria para divulgar copias de registros médicos o registros de facturación.

² Información delicada incluye información acerca de la salud mental, la drogadicción o el alcoholismo, el VIH y otras enfermedades contagiosas, y las pruebas genéticas. **Este formulario no se considera autorización suficiente para divulgar información delicada.**

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 6/14/17



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO (PÁG. 1 de 2)*GENERAL CONSENT FOR TREATMENT***HIM# 129s**

Yo entiendo que el University of North Carolina Health Care System (UNC Health) es un sistema de salud integrado formado por varias entidades como se indica en www.unchealthcare.org/documentapplicability (en este formulario se denomina a cada uno como «afiliado de UNC Health» o en forma colectiva como «afiliados de UNC Health»). **Este consentimiento estará vigente 1 año a partir de la fecha en que yo lo firme en cualquiera de los afiliados de UNC Health en donde yo soy un paciente; sin embargo, no caducará en lo que respecta a servicios, procesamiento de reclamaciones ni actividades de cobros relacionados con las hospitalizaciones o visitas que ocurran durante el tiempo de vigencia de este consentimiento.**

Consentimiento para recibir tratamiento/cuidado

Yo autorizo recibir tratamiento y cuidado de parte de los afiliados de UNC Health y sus médicos y proveedores de cuidados de la salud, incluyendo aquellos que están ubicados en otros lugares aparte del lugar donde yo me encuentro y que proporcionan tratamiento y cuidado a través de comunicaciones electrónicas/telemedicina. También autorizo recibir tratamiento y cuidado de médicos y proveedores de cuidados de la salud que no son empleados ni agentes de los afiliados de UNC Health (sin ánimo de exhaustividad, médicos y proveedores que se especializan en medicina de urgencias, anestesiología, cirugía, patología, psiquiatría, obstetricia y ginecología, radiología, oncología, cardiología, neurología, pediatría y medicina interna) pero que están autorizados por los afiliados de UNC Health para proporcionarme tratamiento y cuidado como paciente del afiliado de UNC Health, y que proporcionan servicios a los pacientes de los afiliados de UNC Health de acuerdo con su juicio profesional. Yo entiendo que mi tratamiento y cuidado puede incluir cuidado de rutina como la vacunación y una variedad de otros servicios médicos dependiendo de mi afección, como por ejemplo análisis. Yo puedo recibir una lista de servicios y cuidados que he recibido de los afiliados de UNC Health. Yo entiendo que mi equipo médico en los afiliados de UNC Health puede incluir médicos residentes y estudiantes u otro personal en adiestramiento. Entiendo que la práctica de la medicina (incluyendo la cirugía) no es una ciencia exacta y nadie me ha dado ninguna garantía acerca de los resultados de los tratamientos, exámenes o procedimientos.

Consentimiento para el uso y la divulgación de información

Yo les doy permiso a los afiliados de UNC Health –incluyendo sus proveedores que remiten y proporcionan tratamiento y otros miembros del personal– para divulgar cualquier información acerca de mi persona, mi salud, los servicios de salud que me presten, o el pago por mis servicios de salud como la ley lo permita. Para información más detallada sobre la forma en la cual se puede usar o divulgar mi información, puedo leer el *Aviso de Prácticas de Privacidad* de UNC Health.

Yo doy mi autorización a los afiliados de UNC Health y sus empleados, agentes y contratistas para tomar fotografías o videos de mi persona con propósitos permisibles de tratamiento, pago, operaciones de cuidados de la salud, enseñanza e investigaciones cuando yo he dado mi autorización o ha sido aprobado por el Institutional Review Board (Comité institucional de revisión) siempre y cuando tales grabaciones sean consistentes con las políticas y las leyes que protegen mis derechos.

Consentimiento para el uso de información dentro de UNC Health

Yo además doy permiso a los afiliados de UNC Health y sus proveedores que proporcionan tratamiento y a otros miembros del personal para divulgar entre ellos cualquiera de mi información confidencial necesaria para mi tratamiento, incluyendo información relacionada con la psiquiatría y la salud mental (incluyendo expedientes médicos de mi tratamiento de una institución cuyo propósito principal es proporcionar servicios de cuidado, tratamiento, habilitación o rehabilitación de los enfermos mentales, discapacitados en el desarrollo o drogadictos, como se definen en N.C.G.S Capítulo 122C, Artículos 1 y 3), drogas y alcohol (incluyendo expedientes médicos de un proveedor que proporciona diagnóstico, tratamiento o remisión para la drogadicción o alcoholismo, como se define de acuerdo a la ley federal en 42 C.F.R. Parte 2), VIH/SIDA y otras enfermedades contagiosas, y pruebas genéticas.

Responsabilidad financiera

Yo entiendo y estoy de acuerdo que los cargos de los médicos por los servicios médicos y profesionales realizados o supervisados por un médico se facturarán por separado de los cargos del hospital. Entiendo que el costo actual puede ser distinto del costo estimado que me den. También entiendo que es posible que una compañía de seguros no pague el monto total de mis cuentas, y yo pudiera ser responsable de la cantidad no pagada (como paciente, cónyuge, tutor o madre/padre de un menor de edad). Si yo no tengo seguro médico o no he proporcionado información vigente y exacta del seguro, soy responsable por el pago de todo el adeudo. Si he pagado de más en cualquiera de mis cuentas con un afiliado en particular de UNC Health, estoy de acuerdo en que el monto que se pagó de más se transfiera para pagar cualquier deuda pendiente de cualquiera de mis cuentas con otros afiliados de UNC Health. Yo designo a UNC Health como mi representante autorizado con respecto a cualquier póliza de seguro médico o seguro de responsabilidad civil o cualquier plan de salud colectivo, fondo o programa del cual yo soy beneficiario, y autorizo a UNC Health



* S D C O N A U T *

a ejercer en mi nombre el trámite de cualquier queja, reclamación o derecho de apelar, como el derecho de revisión externa, que yo pudiera tener conforme a tal póliza de seguro médico o seguro de responsabilidad civil o plan de salud colectivo, fondo o programa.

Certificación de cobertura, asignación y solicitud de pago de Medicare, Medicaid u otro seguro

Yo he sido informado de que Medicare solamente pagará por servicios que determine adecuados y necesarios conforme a la sección 1862(a)(1) de la ley de Medicare. Yo certifico que la información proporcionada por mí o mi representante autorizado en mi solicitud de pago para mis cuidados de la salud por los programas de Medicare o Medicaid es correcta. Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga al afiliado apropiado de UNC Health en mi nombre. Yo autorizo a los afiliados de UNC Health a facturar directamente y a traspasar el derecho a todo beneficio por seguro médico o de responsabilidad civil, de otra manera pagadero a mi persona, y autorizo el pago directo al afiliado apropiado de UNC Health.

Número del seguro social

Yo he dado voluntariamente mi número de seguro social. Los afiliados de UNC Health pueden usarlo con fines de identificación exacta, presentación de reclamaciones de seguro, facturación y cobros y cumplimiento de las leyes federales y estatales.

Número de teléfono celular y dirección de correo electrónico

Los afiliados de UNC Health o sus agentes o representantes se pueden comunicar conmigo por correo electrónico o teléfono (inclusive llamadas telefónicas y mensajes de texto) a cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono anotado en mi expediente del afiliado de UNC Health, incluyendo números de teléfono celular, con el propósito de comunicarse conmigo respecto a los cuidados de mi salud, la administración de mi cuenta y el cobro de cantidades adeudadas. También entiendo que médicos investigadores de UNC o miembros de sus equipos investigadores se pueden comunicar conmigo por teléfono o correo electrónico para averiguar si estoy interesado en participar en investigaciones con personas. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes pregrabados o mensajes con voz artificial y mensajes de texto y el uso de servicios de llamada automáticos. Yo entiendo que puedo revocar el consentimiento para recibir comunicaciones mediante llamadas telefónicas, mensajes de texto o mensajes de correo electrónico en cualquier momento siguiendo las instrucciones en el mensaje o llamando a la oficina de atención al cliente de UNC Health al (888) 996-2767.

Objetos personales

A menos que yo sea un residente en un centro especializado de enfermería, yo entiendo que los afiliados de UNC Health no asumen responsabilidad por mis objetos personales que yo mantenga conmigo y yo libero a los afiliados de UNC Health de toda responsabilidad por la pérdida, robo o daño de esas pertenencias.

YO ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO. MI REVOCACIÓN NO TENDRÁ VIGENCIA PARA ACCIONES YA TOMADAS POR PARTE DE CUALQUIER AFILIADO DE UNC HEALTH O A ACCIONES EN PROCESO.

YO AUTORIZO A LOS AFILIADOS DE UNC HEALTH A DIVULGAR TODOS LOS EXPEDIENTES NECESARIOS PARA CUMPLIR CON ESTAS SOLICITUDES. YO HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO, ME HAN OFRECIDO UNA COPIA, Y SOY EL PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.

_____ **FECHA:** _____ **HORA:** _____
 FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado) **DATE** **TIME**
PATIENT SIGNATURE (or Authorized Representative)

 NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA / *PRINTED NAME*

RELACIÓN, si no es el paciente: _____
RELATIONSHIP, if not patient

GARANTE DE PAGO: La persona que esté de acuerdo con ser responsable por el pago que no sea: 1) el paciente, 2) el cónyuge del paciente, o 3) la madre o el padre de un menor de edad puede firmar en esta línea.

Si yo firmo a continuación como garante, yo estoy de acuerdo en pagar todas las cuentas no pagadas de los afiliados de UNC Health, **incluso si no estoy legalmente obligado a pagarlas.**

_____ **FECHA:** _____ **HORA:** _____
 FIRMA DEL GARANTE DE PAGO **DATE** **TIME**
GUARANTOR OF PAYMENT SIGNATURE

 NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA / *PRINTED NAME*

