



DEMOGRAFÍA DEL PACIENTE PATIENT DEMOGRAPHICS

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
Teléfono domiciliario	Teléfono celular:	
Dirección de correo electrónico:	Sexo:	Religión:
Empleador:	Ocupación:	Teléfono laboral:
Idioma principal:	Origen étnico:	Raza:

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
¿Podemos dejar un mensaje en su teléfono domiciliario/celular con los resultados de la prueba?		
DOMICILIARIO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO CELULAR: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Podemos hablar con un familiar sobre su tratamiento y los resultados de la prueba? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si su respuesta es sí, indique el/los nombres: _____		

PLAN DE SEGURO PRIMARIO:

TITULAR DE LA PÓLIZA:		
Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
Relación con el paciente:		
Empleador:	Número de teléfono del empleador:	
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
Nombre del Seguro:		
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
N° del seguro:	N° de Grupo:	

SEGURO SECUNDARIO:

TITULAR DE LA PÓLIZA:		
Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
Relación con el paciente:		
Empleador:	Número de teléfono del empleador:	
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
Nombre del Seguro:		
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
N° del seguro:	N° de Grupo:	



PACIENTE/LISTA DE CONTACTO FAMILIAR
PATIENT/FAMILY CONTACT LIST

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Contactos

Personas que tengan permiso para recibir información detallada sobre su tratamiento (PHI):

CONTACTO PRIMARIO

Nombre:	Números telefónicos
	Celular: _____
Parentesco:	Domicilio: _____
<input type="checkbox"/> Marque aquí si desea que involucremos a esta persona en las conversaciones sobre su atención médica	Otro: _____

CONTACTOS SECUNDARIOS

Nombre:	Números telefónicos
	Celular: _____
Parentesco:	Domicilio: _____
<input type="checkbox"/> Marque aquí si desea que involucremos a esta persona en las conversaciones sobre su atención médica	Otro: _____

Nombre:	Números telefónicos
	Celular: _____
Parentesco:	Domicilio: _____
<input type="checkbox"/> Marque aquí si desea que involucremos a esta persona en las conversaciones sobre su atención médica	Otro: _____

Rechazo asignar un representante en esta oportunidad.

Comentarios/Otra información:

Este formulario entra en vigencia a partir de su otorgamiento y permanecerá en efecto a menos que sea revocado por mi persona.

Firma del paciente/tutor legal: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Relación con el paciente: _____



Advanced Care Oncology & Hematology Associates, LLC

Información De Farmacia

Nombre de la Farmacia Preferida: _____

Dirección: _____

Teléfono #: _____

Información de la Tarjeta de Farmacia

Rx Bin: _____

Rx PCN: _____

Rx ID: _____

Rx Grupo # _____

Teléfono # _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

N.º Hist. Méd./Reg. Cta. Hosp.: _____

ID de solicitud: _____

SECCIÓN A: información del paciente: Número de teléfono durante el horario laboral: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____

Mediante el presente documento, autorizo y solicito la divulgación a llevarse a cabo por Atlantic Health System de la información relacionada con el tratamiento recibido en (marque una opción):

- Morristown Medical Center Overlook Medical Center Newton Medical Center Chilton Medical Center
Hackettstown Medical Center Farmacia Atlantic Medical Group (especifique):
Enfermeros domiciliarios de Atlantic Otro (especifique):

La información se debe divulgar a (receptor): Marque este casillero si el receptor es el mismo paciente

Nombre del destinatario/Centro/Organización: _____

Dirección completa: _____

Número de teléfono: _____ A la atención de: _____

Propósito de la divulgación: Uso del médico Uso del centro Uso personal Uso legal Otro:

Tipo de entrega solicitado (si no se completa esta pregunta, se proporcionará una copia impresa): Impresa Electrónica (CD) MyChart

Correo electrónico cifrado*: Número de fax: Recogida Correo postal

En el caso de que el centro no pueda dar cumplimiento a una entrega electrónica según lo solicitado, se proporcionará una entrega alternativa (por ejemplo, Impresa).

*NOTA: la elección del tipo de entrega mediante correo electrónico cifrado implica cierto nivel de riesgo. No somos responsables del acceso no autorizado a la información de salud personal (PHI, por sus siglas en inglés) contenida en este formato, ni de los riesgos (por ejemplo, virus) potencialmente introducidos en su computadora/dispositivo al recibir la PHI en formato electrónico o correo electrónico.

SECCIÓN B: Mediante el presente documento, autorizo a Atlantic Health System a recibir la historia clínica de parte de:

Nombre: _____ Número de fax: _____

Dirección: _____ Fechas de servicio: _____

SECCIÓN C: Descripción de la Información que se divulgará/obtendrá: Fechas de servicio: _____

- Resumen (más frecuente): ficha médica, resumen de alta, aptitud física y antecedentes, consultas, resultados de estudios, Informes operativos, dosis efectiva
Ficha médica/de admisión Informes de ECG/estudios del sueño Consulta/evaluación de salud mental
Historia clínica completa Aptitud física y antecedentes Informe operativo
Informe de consulta Registro de vacunación Informe patológico
Resumen de alta Informe de laboratorio Muestras/especímenes patológicos
Imágenes cardiológicas/radiológicas Registro de medicamentos Informe radiológico

Instrucciones especiales: _____

Autorizo específicamente el uso o divulgación de los tipos de información altamente confidencial donde he colocado mis iniciales:

- Registros de tratamiento de VIH/SIDA Registros de tratamientos psiquiátricos Registros de pruebas/tratamientos genéticos
Tratamiento para abuso de drogas/alcohol Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual

SECCIÓN D: Autorización del paciente: Entiendo que:

- 1. A menos que revoque la autorización, esta tiene una validez de 6 meses a partir de la fecha antes mencionada. Las revocaciones deben realizarse por escrito. Puede enviar el aviso de revocación por correo postal a cualquiera de los centros indicados en la parte posterior de este formulario. Es posible que la revocación no pueda tener efecto si ya se han tomado medidas con respecto a esta autorización.
2. Los términos de la autorización se rigen por la Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996 y sus reglamentaciones implementadas, y que esta puede ser modificada de manera oportuna.
3. Puedo negarme a firmar esta autorización y que esto no afectará mi capacidad para recibir tratamiento, cobertura de seguro o beneficios de elegibilidad.
4. Atlantic Health System no puede garantizar que el destinatario identificado no volverá a divulgar mi información de salud a un tercero.
5. Puedo acceder a la información descrita en este formulario y obtener una copia de ella por una tarifa razonable, si así lo solicito.

Paciente/Representante autorizado o tutor: _____ Fecha: _____ Hora: _____
(se requiere la firma del menor de edad que tenga 12 años o más para cierta información)

En caso de que la firma pertenezca a un representante autorizado, especifique la relación con el paciente: _____

Firma del personal de Atlantic Health System: _____ Fecha: _____ Hora: _____