

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

### Información personal\*

Prefijo: Sr./Sra./Otro: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente\*: \_\_\_\_\_ Sufijo: Jr./Sr./Otro: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre  
Nombre anterior: \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Dirección postal\*: \_\_\_\_\_  
Calle No. Apto. Ciudad Estado Código Postal  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_  
 Método de contacto para recordatorios de citas:  Mensaje de texto  Teléfono particular  Teléfono móvil  
Proveedor de atención primaria (PCP): \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido  
Proveedor de referencia: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido  
Fecha de nacimiento\*: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer\*: \_\_\_\_\_ Estado Civil\*:  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Separado/a  Divorciado/a  
dd/mm/aaaa  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Situación Laboral:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  No Empleado  Autónomo  Jubilado  Militar Activo  Desconocido  
Situación Estudiantil:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  N/A

### Información adicional\*

Raza\*:  Caucásica/Blanca  Asiática  Negra/Afroamericana  Hawaiana/Isleña del Pacífico - Otra: \_\_\_\_\_  
Origen étnico\*:  Hispano/Latino  No hispano o latino  
Identidad de género:  Masculino  Femenino  Femenino a masculino (FTM)/Masculino transgénero/Hombre trans  Masculino a femenino (MTF)/Femenino transgénero/Mujer trans  Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino  Decide no revelar - Otro, especifique: \_\_\_\_\_  
Idioma\*:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_  
Orientación sexual:  Lesbiana, gay/homosexual  Heterosexual  Bisexual  No sabe  Decide no revelar  
 Otra cosa: \_\_\_\_\_  
Nombre de la farmacia\*: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Contacto en caso de emergencia\*

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle No. Apto. Ciudad Estado Código postal  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

### Información de los padres / tutores\* - Obligatorio si el paciente es menor de 18 años

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre dd/mm/aaaa  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle No. Apto. Ciudad Estado Código postal  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

### Información sobre el seguro principal\*

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ No. de identificación del afiliado: \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ No. Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_  
dd/mm/aaaa

### Información del asegurado\* - (si no es usted mismo)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre dd/mm/aaaa  
Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_ Estado civil\*:  Soltero  Casado  Viudo  Separado  Divorciado  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle No. Apto. Ciudad Estado Código postal  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

### Información sobre el seguro secundario

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ No. de identificación del afiliado: \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_  
No. Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_

### Información del asegurado secundario - (si no es usted mismo)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre dd/mm/aaaa  
Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_ Estado civil\*:  Soltero  Casado  Viudo  Separado  Divorciado  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle No. Apto. Ciudad Estado Código postal  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Autorizo a que las prestaciones de mi seguro se paguen directamente al médico y soy financieramente responsable de todos los cargos. Por la presente doy mi consentimiento para que se divulgue y vuelva a divulgar mi historial médico para permitir o facilitar el cobro, la verificación o la liquidación de mi cuenta por cualquier cantidad que me adeude o cualquier tercero pagador, organización de mantenimiento de la salud, aseguradora u otro plan de prestaciones sanitarias. Este consentimiento se aplica a LMG, PC, o a cualquiera de sus afiliados o agentes, prestamistas, o cualquier tercero administrador que actúe para LMG, PC o cualquiera de sus afiliados. También autorizo a LMG a analizar mi sangre para detectar hepatitis y/o el virus del SIDA, si en su opinión; un empleado ha sufrido un incidente de exposición como resultado de mi tratamiento, tal como lo define la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional.  \_\_\_\_\_ (Ponga sus iniciales)

### NOTIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO PRESUNTO PARA PRUEBAS DE VIH, HEPATITIS B O C

LMG está obligada por el § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), en su versión modificada, a darle el siguiente aviso:

Si algún profesional sanitario, trabajador o empleado de LMG se expusiera directamente a su sangre o a sus fluidos corporales de forma que pudiera transmitirle una enfermedad, se analizará su sangre para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (el virus del "SIDA"), así como la hepatitis B y C. Un médico u otro profesional sanitario le comunicará el resultado del análisis. En virtud del Va. Code § 32.1- 45.1(A), se considera que usted ha dado su consentimiento para que se comuniquen los resultados de la prueba a la persona expuesta.  \_\_\_\_\_ (Ponga sus iniciales)

Si usted se viera expuesto directamente a la sangre o a los fluidos corporales de un profesional sanitario, trabajador o empleado de LMG de forma que pudiera transmitir una enfermedad, se analizará la sangre de esa persona para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (el virus del "SIDA"), así como por los de la hepatitis B y C. Un médico u otro profesional sanitario les comunicará a usted y a esa persona el resultado del análisis.  \_\_\_\_\_ (Ponga sus iniciales)

### CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SANITARIA

PRISMA es el intercambio de información sanitaria que reúne los historiales de pequeñas clínicas a grandes sistemas hospitalarios cuyos sistemas de historiales médicos participan en las redes de alianzas Carequality y CommonWell Health. PRISMA también agrega la información de los pacientes procedente de los pagadores de seguros y de los dispositivos vestibles de los pacientes para promover una mejor interoperabilidad y mejores resultados en la salud de los pacientes.

Por favor, ponga sus iniciales al lado de la opción de su elección:

#### Suscripción voluntaria: Enviar y recibir documentos

\_\_\_\_\_ Loudoun Medical Group enviará documentos clínicos cuando lo soliciten sitios conectados externos (PRISMA) y también solicitará documentos clínicos a sitios conectados externos (PRISMA) y los mostrará en nuestros registros médicos electrónicos.

#### Exclusión voluntaria

\_\_\_\_\_ Loudoun Medical Group no enviará documentos clínicos ni solicitará documentos clínicos a sitios conectados externos.

### CONSENTIMIENTO DE HISTORIAL DE MEDICACIÓN

Doy mi consentimiento para que Loudoun Medical Group acceda electrónicamente a los datos de mis beneficios de farmacia a través de RXHub/SureScript. Este consentimiento permitirá a Loudoun Medical Group:

- Determinar los beneficios de farmacia y los copagos de medicamentos del plan de salud de un paciente. Comprobar si un medicamento prescrito está cubierto (en el formulario) por el plan de un paciente.
- Mostrar las alternativas terapéuticas con el rango de preferencia (si está disponible) dentro de una clase de fármaco para los medicamentos.
- Determinar si el plan de salud de un paciente permite la prescripción electrónica a farmacias de venta por correo y, en caso afirmativo, prescribir electrónicamente a estas farmacias.
- Descargue una lista histórica de todos los medicamentos prescritos a un paciente por cualquier proveedor.
- Además, este es el aviso de que el Grupo Médico Loudoun ha dado su consentimiento para utilizar el Programa de Supervisión de Prescripciones de Virginia en
- todos los pacientes a los que se prescriban sustancias controladas.
- En resumen, solicitamos su permiso para obtener información sobre el formulario y sobre otras recetas prescritas por otros proveedores mediante RXHub y el Programa de supervisión de recetas de Virginia.  \_\_\_\_\_ (Ponga sus iniciales)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre/madre/tutor legal o persona que actúa loco parentis

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación (en su caso)