



CENTROS MÉDICOS COSTEROS  
Atención Primaria Costera (Harrington)  
16479 South Dupont Highway, Harrington, DE 19952

**\*\*Por favor, llame a su seguro y registre nuestra oficina como su nuevo proveedor de atención primaria antes de la 1ra cita\*\***

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Sexo: Género: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa (Facturación): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Información del Seguro

Compañía de Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Monto del Co-Pago: \_\_\_\_\_

ID del Seguro: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre y Fecha de Nacimiento del Titular del Seguro: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Titular del Seguro: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros secundaria: \_\_\_\_\_





CENTROS MÉDICOS COSTEROS

Atención Primaria Costera

16479 South Dupont Highway, Harrington, DE 19952

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA PREOCUPACIÓN MÉDICA ACTUAL CON LO SIGUIENTE?

CONDICIÓN	SÍ	NO	EXPLICACIÓN
OJOS			
OÍDOS			
DOLOR DE CABEZA			
NARIZ			
GARGANTA			
PULMONES			
CORAZÓN			
ESTÓMAGO			
DIGESTIÓN DE ALIMENTOS			
INTESTINOS			
RECTO			
ESTREÑIMIENTO			
DIARREA			
VEJIGA			
RIÑONES			
MICCIÓN			
OVARIOS/ÚTERO/CUELLO UTERINO			
TIROIDES			
MENSTRUACIÓN			
TRASTORNO SANGUÍNEO			
DEFICIENCIA INMUNITARIA			
INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL			
PIEL			
PIERNAS/BRAZOS/ARTICULACIONES			
DEPRESIÓN/ANSIEDAD			
CAMBIOS DE HUMOR			
PROBLEMAS PARA DORMIR			
PENE/TESTÍCULOS			



CENTROS MÉDICOS COSTEROS  
Atención Primaria Costera  
16479 South Dupont Highway, Harrington, DE  
19952

### HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

POR FAVOR MARQUE TODO LO QUE APLIQUE

ENFERMEDAD / CONDICIÓN	SÍ / NO	HISTORIAL FAMILIAR	EXPLIQUE
CÁNCER			
DIABETES			
ENFERMEDAD CARDÍACA			
PRÓSTATA			
PRESIÓN ARTERIAL ALTA			
COLESTEROL ALTO			
DERRAME CEREBRAL			
TUBERCULOSIS			
MIGRAÑAS			
TRASTORNOS DE LA SANGRE			
ENFERMEDAD MENTAL			
ENFERMEDAD DE LA TIROIDES			
CONVULSIONES			
ASMA			
ARTRITIS			
DOLOR CRÓNICO			
COLON IRRITABLE			

### HISTORIAL SOCIAL

¿USTED?	SÍ / NO	CON QUÉ FRECUENCIA	AÚN LO HACE
FUMA CIGARRILLOS			
BEBE ALCOHOL			
DROGAS RECREATIVAS			



CENTROS MÉDICOS COSTEROS

Atención Primaria Costera

16479 South Dupont Highway, Harrington, DE 19952

#### REGLAS Y REGULACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA COSTERA

Asegúrese de que la tarjeta de seguro y la tarjeta de identificación del paciente estén presentes durante su cita, junto con cualquier copago del seguro.

Notifique a la oficina inmediatamente si su seguro cambia y tráiganos una copia de la nueva tarjeta para fines de facturación.

Solicitamos respetuosamente un aviso con 24 horas de anticipación si necesita reprogramar o cancelar su cita. En el caso de que la cita no se cancele (no se presente), habrá un cargo de \$25.00.

Los niños menores de 18 años deben estar acompañados por un padre / tutor. Si alguien que no sea el padre o tutor está presente con el niño, entonces una nota del padre / tutor debe estar escrita y presente con el paciente en el momento de la visita dando permiso para el tratamiento en ese día.

Espere de 24 a 48 horas para que la oficina complete todas las renovaciones de recetas. Por favor, asegúrese de llamar a la oficina para solicitar la renovación de su receta al menos 3 días antes de su última dosis, esto ayudará a evitar quedarse sin medicamentos. Asegúrese de llamar a su farmacia antes de recoger el medicamento para asegurarse de que la receta esté lista.

Si lo remiten a un especialista o requiere algún tipo de prueba de diagnóstico y su seguro requiere una referencia / autorización, notifique a la enfermera y espere de 24 a 48 horas para que la oficina complete la referencia / Autorización.

Los proveedores de atención médica se reservan el derecho de dar de alta a un paciente de la práctica por cualquier razón que consideren adecuada, lo que incluye, entre otros, cancelaciones excesivas o ausencias a las citas programadas visitas, actuar de manera inapropiada en un entorno de atención médica o ser irrespetuoso con cualquiera de los proveedores o miembros del personal.

Por favor, ponga sus iniciales en la línea de abajo si permite que la oficina deje un mensaje en su correo de voz con respecto a cualquier recordatorio de citas (esto incluye, entre otros, especialistas, medicamentos renovaciones, estudios de radiografía, etc.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



CENTROS MÉDICOS COSTEROS

Atención Primaria Costera

16479 South Dupont Highway, Harrington, DE 19952

### PERMISO PARA TRATAR

Por la presente, autorizo a Atención Coastal Primary Care a evaluarme y tratarme por mis afecciones actuales. Yo entiendo que el proveedor que me evalúa puede, en su opinión profesional, determinar que necesito ser transferido a un nivel de atención más alto, como el departamento de emergencias. Yo acepto pagar por todos los servicios médicos prestados en Coastal Medical Center, Coastal Walk-In y/o

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación si es tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



COASTAL MEDICAL CENTERS  
Coastal Primary Care  
16479 South Dupont Highway, Harrington, DE 19952

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo a los proveedores de atención médica nombrados a continuación a divulgar la información o los registros especificados en esta solicitud por correo, electrónicamente o en persona a la dirección especificada en el momento de la solicitud.

Nombre del proveedor anterior: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Por favor, divulgue la información a:

Coastal Primary Care  
16479 South Dupont Highway Harrington, DE 19952  
(P) 302-587-5017(F) 855-592-2765

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Todos los registros a continuación están autorizados para ser divulgados:

Notas de la oficina, resúmenes de alta, historial hospitalario completo, historial de admisión y examen físico, registros de pacientes ambulatorios, quejas o reclamaciones presentadas, con respuestas o resoluciones. Registros psiquiátricos y otros registros de salud mental, registros relacionados con el abuso de drogas o alcohol.

(Debe especificar el alcance o la naturaleza de los registros que se divulgarán) \_\_\_\_\_

Registros de medicamentos, registros dietéticos, contacto con el personal, registros de servicios y otros registros que pueden no ser parte del registro médico individual, pero que contienen información relacionada conmigo. Otros: \_\_\_\_\_

Esta información se utilizará para el propósito de lo siguiente según sea necesario:

Investigar una acusación de abuso, otras actividades a solicitud del individuo Verificar mi elegibilidad para los servicios ofrecidos por

Representación legal que brinda servicios de defensa.

Esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de atención médica, pero que la revocación de esta autorización no afectará las divulgaciones realizadas o las acciones tomadas antes de que se reciba la revocación.

- Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que mi atención médica o el pago de la atención no se verán afectados por mi negativa.
- Las regulaciones federales de privacidad ya no se aplicarán a la información divulgada y que Coastal Primary Care puede volver a divulgar la información.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Se puede utilizar una copia de la autorización con la misma eficacia que un original.

Firma del paciente o representante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



CENTROS MÉDICOS COSTEROS

Atención Primaria Costera

16479 South Dupont Highway, Harrington, DE 19952

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE / FAMILIA

Yo (Nosotros) conjunta y solidariamente, aceptamos pagar todos los cargos por los servicios profesionales prestados al paciente.

Yo (Nosotros) entendemos que estos cargos son adicionales a los cargos de un hospital u otro profesional médico que preste servicios al paciente.

Yo (Nosotros) prometemos pagar los cargos en su totalidad en el momento en que se presente una factura, a menos que se hayan acordado otros términos por escrito. En el caso de que no se realice el pago de inmediato, el abajo firmante entiende que la cuenta puede ser remitida para su cobro. En tal caso, cualquier saldo impago acumulará intereses a una tasa del 2% del monto adeudado. También utilizamos proveedores externos como LabCorp, Quest y Bay Health para laboratorios y estudios de imagen, así como Bregg para bienes médicos duraderos como férulas y muletas, etc. Si usted es de pago por cuenta propia o su seguro no cubre a estos proveedores, puede recibir una factura por sus productos y servicios, en cuyo caso usted acepta y sería financieramente responsable de pagar a estos proveedores directamente.

Si el paciente ha proporcionado información del seguro, Coastal Primary Care, LLC puede, pero no está obligado a ayudar al paciente en la presentación de un reclamo.

Solicito y autorizo que el pago de los beneficios autorizados de la compañía de seguros se realice en mi nombre a Coastal Primary Care por cualquier servicio prestado por esta compañía. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a que se divulgue a cualquier compañía de seguros cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos a los servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de información médica necesaria para pagar el reclamo. En los casos asignados a Medicare / otra compañía de seguros, Coastal Primary Care acepta aceptar la determinación de cargos de Medicare / otra compañía de seguros como el cargo completo, y el paciente es responsable solo del deducible, el coaseguro y los servicios no cubiertos. El coaseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo de Medicare / otra compañía de seguros.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PARTE RESPONSABLE \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



CENTROS MÉDICOS COSTEROS

Atención Primaria Costera

16479 South Dupont Highway, Harrington, DE 19952

## HIPAA

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

De acuerdo con la ley, Coastal Primary Care apoya y defiende plenamente todos los asuntos relacionados con la privacidad de su información protegida de atención médica. Cumpliremos plenamente con todos los requisitos legales con respecto a su

información protegida de atención médica, pero nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento según lo permita la ley. Si nuestras prácticas de privacidad cambian, publicaremos un aviso en nuestra área de recepción y le proporcionaremos una copia de los cambios del documento.

#### CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE PARA LA DIVULGACIÓN Y EL USO DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por la presente, doy mi consentimiento para la utilización y divulgación de mi información de salud protegida por Coastal Primary Care. Además, doy mi consentimiento para brindar tratamiento y asegurar el pago, y otras operaciones de atención médica relacionadas con mi atención. He leído/revisado la Declaración de Prácticas de Privacidad (como se indicó anteriormente), antes de firmar este consentimiento. Entiendo que Coastal Primary Care está obligado por ley a informar sobre sospechas o diagnósticos de abuso/negligencia infantil; y las condiciones identificadas como "condiciones notificables" por el estatuto a la Oficina de Salud Pública del Estado.

Coastal Primary Care puede enviar por correo a mi domicilio, u otro lugar designado, puede comunicarse conmigo por teléfono, dejar mensajes verbales en mi correo de voz o hablar conmigo en persona, en referencia a cualquier artículo o problema que ayude en la prestación de mi atención, pago y otras operaciones de atención médica, como

artículos de seguros, comunicación de seguimiento, resultados de rayos X y/o laboratorio, u otros, relacionados con mi atención. Esto incluye la transferencia de mi información de salud protegida (si es necesario) por correo postal, siempre y cuando el contenido esté dirigido a mí personalmente y esté marcado como "personal y confidencial" o sea entregado por Coastal Primary Care.

Además, me doy cuenta de que tengo derecho a solicitar que Coastal Primary Care restrinja el uso/divulgación de mi información personal de salud con respecto al tratamiento, el pago y/o otras operaciones o actividades de atención médica. Sin embargo, Coastal Primary Care no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Si Coastal Primary Care no está de acuerdo con las restricciones solicitadas; están sujetos a las limitaciones legales con respecto a la privacidad y protección de mi información de atención médica.

He leído y comprendo el Aviso de Prácticas de Privacidad y el Consentimiento para el Uso y la Divulgación de Información de Salud Protegida.

Nombre en letra de  
impresa: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



CENTROS MÉDICOS COSTEROS

Atención Primaria Costera

16479 South Dupont Highway, Harrington, DE 19952

CONSENTIMIENTO HIPAA

Yo \_\_\_\_\_, autorizo a atención Primaria Costera a usar o divulgar mi información médica protegida para llevar a cabo mi tratamiento, para obtener el pago de mi compañía de seguros y para operaciones de atención médica como revisiones de calidad. Autorizo a las personas que se enumeran a continuación a dar o recibir cualquier información por teléfono, correo o en persona que sea beneficiosa para mi atención o bienestar. Soy consciente de que Atención Primaria Costera no será responsable del manejo de ninguna información divulgada a las personas que he enumerado a continuación.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

PACIENTE / PADRE / TUTOR:

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_