

Historia clínica para consulta inicial o interconsulta - Revisión por aparatos y sistemas -- Memorial Cancer Center

¿Necesitó intérprete? No Sí De ser sí, ¿para qué idioma?: _____
¿Barreras de aprendizaje? No Sí Describa: _____

Escriba el nombre de su médico de cabecera, enfermero(a) facultativo(a) (NP), asociado(a) médico (PA), cirujano, subespecialistas (por ejemplo, del corazón, riñón, gastrointestinal, cáncer, sangre, pulmones y tiroides):

¿Quiere información sobre el documento de voluntad anticipada (advanced directives), cuidados paliativos (end of life care) o soporte vital (life support) si usted deja de respirar o si su corazón se detiene? No Sí De ser sí, notifique a la trabajadora social

¿Está interesado(a) en recibir información sobre estudios de investigación que le podrían ofrecer un nuevo tratamiento para su enfermedad? Sí No

¿Tiene alergia a algún medicamento, comida o al ambiente? De ser sí, haga una lista y describa la reacción: _____

¿Toma algún medicamento? Escriba todos los medicamentos de venta con receta, de venta sin receta, vitaminas o medicamentos herbarios o alternativos (o anexe una lista) _____

¿Ha tenido alguna cirugía? De ser sí, ¿cuál cirugía? ¿Cuándo se realizó? ¿Dónde se realizó? Escriba todas: _____

Antecedentes médicos: (por ejemplo, diabetes, presión alta, enfermedad del corazón, hígado, riñones o tiroides, derrame cerebral, artritis, dolor crónico, EPOC, asma, etc.)

Estilo de vida:

¿Alguna vez ha fumado tabaco? Sí No
¿Cuántas cajetillas al día? ____ ¿por cuántos años? ____
Si dejó de fumar, ¿cuándo fue su último cigarrillo? _____
¿Alguna vez ha masticado tabaco? Sí No
¿Aún lo hace? Sí No
¿Ha fumado cigarrillos electrónicos o vapeado? Sí No
¿Aún lo hace? Sí No
¿Toma alcohol? Sí No
¿Cuántas cervezas, tragos o vino toma en un día? ____ una semana? ____ un mes? ____
Si toma alcohol, ¿alguna vez:
ha sentido la necesidad de tomar menos? Sí No
se ha enojado cuando lo critican por tomar? Sí No
se ha sentido culpable por tomar? Sí No
ha tenido una bebida temprano en la mañana "para abrir los ojos"? Sí No
Si dejó de tomar alcohol ¿cuándo fue su última bebida? _____
¿A qué sustancias ambientales dañinas ha estado expuesto(a)? (por ejemplo, asbesto, agente naranja, insecticidas) _____
¿Qué drogas consume o ha consumido? (por ejemplo, cocaína, heroína, metanfetamina, marihuana) _____
¿Cuándo fue la última vez? _____

Ejercicio o actividad física:

¿Qué actividades realiza? _____
¿Cuántas veces a la semana y cuántos minutos al día? _____

Salud preventiva:

Última colonoscopia: ____ Resultados: ____ Próxima: ____
¿Alguna vez ha tenido una EGD? __ Resultados: ____ Próxima: ____
Última revisión de piel con su médico de cabecera o dermatólogo _____
¿Alguna vez ha tenido una biopsia de seno? Sí No
Resultados: _____
¿Alguna vez ha tenido un examen de próstata? Sí No
Resultados: _____ Fecha del último PSA _____
¿Usted y su pareja usan métodos anticonceptivos? Sí No
¿Qué tipo de métodos anticonceptivos? _____

Antecedentes familiares: (indicar vivo o fallecido; edad actual; edad de diagnóstico del cáncer y tipo de cáncer para cada uno, si apropiado) Padre _____ Madre _____ Hermanos (as) Total ___ / ___ Hermano(s) _____ Hermana(s) _____

Historia clínica para consulta inicial o interconsulta - Revisión por aparatos y sistemas -- Memorial Cancer Center

Sistema de apoyo:

Estado civil: (haga un círculo alrededor de la respuesta)
 Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) En pareja
 ¿Vive solo(a)? Sí No
 Si no, ¿quiénes viven con usted? _____
 ¿En quién confía para recibir apoyo o ayuda? _____
 ¿Tiene transporte? Sí No
 ¿Tiene un lugar donde quedarse en Las Cruces? Sí No
 ¿Está trabajando actualmente? Sí No
 ¿Qué tipo de trabajo hace o hacía?
 ¿Tiene hijos(as) vivos(as)? Sí No
 ¿Cuántos? _____
 ¿Quién puede tomar decisiones por usted en el caso de que usted no pueda?

Para MUJERES:

Último Pap o examen ginecológico: Resultados: _____ Próximo: _____
 Última mamografía: Resultados: _____ Próxima: _____
 ¿Está o puede estar embarazada? Sí No
 Fecha de su último periodo menstrual _____ Duración del periodo menstrual _____ Edad de la primera menstruación: _____
 Número de embarazos: _____
 Número de hijos(as) nacidos(as) vivos(as): _____
 Edad durante el primer parto: _____
 Número de niños(as) vivos(as): _____
 ¿Toma o alguna vez ha tomado
 Hormonas en pastillas? Sí No
 Pastillas anticonceptivas? Sí No
 ¿Planea tener hijos? Sí No

General:

Ninguno
 Fiebre Sí
 ¿Ha bajado recientemente de peso? Sí
 De ser sí, ¿cuánto? _____
 ¿Durante cuánto tiempo? _____
 Sudoración excesiva durante la noche Sí
 Fatiga/disminución del nivel de energía Sí
 De ser sí, describa: _____

Neurológico:

Ninguno
 Sensación de piquetes Sí
 Convulsiones Sí
 Debilidad muscular Sí
 Dolor de cabeza Sí
 Mareos Sí
 Sensación de desmayo Sí
 Caídas Sí

Cardiovascular:

Ninguno
 Tensión en el pecho Sí
 Presión en el pecho Sí
 Latidos cardíacos adicionales o palpitaciones Sí
 Presión arterial Sí
 Dolor de pecho Sí
 Hinchazón en las piernas Sí

Dolor:

Ninguno
 ¿Está sintiendo dolor ahora?
 De ser sí, en una escala del 1 al 10, donde 10 es el peor dolor imaginable, ¿qué número le daría? ____/10
 ¿Dónde está ubicado el dolor? _____
 ¿Cómo describiría el dolor: agudo, sordo, constante? _____
 ¿El dolor se mueve o se queda en un solo lugar? _____
 Si el dolor se mueve, ¿a qué parte del cuerpo se mueve? _____
 ¿Qué aumenta el dolor? _____
 ¿Qué disminuye el dolor? _____
 Cambio de posición Comida
 Medicamento para el dolor Otro _____

Hematológico/Endocrino

Ninguno
 Sangra o le salen moretones con facilidad Sí
 Control de la diabetes Sí
 Sensación de calor o frío Sí

Ojos, boca, oídos:

Ninguno
 Visión doble o pérdida de la visión Sí
 Llagas en la boca Sí
 Dolor de muela Sí
 Pérdida de la audición Sí
 Zumbido en los oídos Sí
 Congestión de senos paranasales Sí

Respiratorio:

Ninguno
 Falta de aire Sí
 Cuando se mueve Sí
 En reposo Sí
 Dolor de pecho Sí
 Tos Sí
 Seca Sí
 Productiva Sí
 Color de la flema _____
 Problemas para respirar Sí

Musculoesquelético:

Ninguno
 Dolor muscular Sí
 Hinchazón o rigidez de las articulaciones Sí
 Dolor en los huesos Sí
 De ser sí, ¿dónde? _____

Genitourinario:

Ninguno
 Problemas para orinar Sí
 Sangrado Sí
 Ardor Sí
 Cambio en el color Sí
 Urgencia para orinar Sí
 Dificultad para empezar a orinar Sí
 Chorro débil Sí
 Incontinencia Sí
 Frecuencia urinaria Sí

Piel:

Ninguno
 Caída del cabello Sí
 Cambio encolor de la piel/salpullido Sí
 Bulto, tumor, engrosamiento Sí

Sexualidad:

Preferencia de género _____
 Cambios en la función sexual Sí
 Sexualmente activo(a) Sí
 Métodos anticonceptivos Sí
 Tipo de método anticonceptivo _____
 Problemas en los senos Sí

Para mujeres:

¿Está embarazada? Sí
 Fecha de su último periodo menstrual _____
 Duración del periodo menstrual _____
 ¿Algún sangrado no menstrual? Sí

Firma del paciente o cuidador _____ Fecha _____ Hora _____

Firma del profesional médico _____ Fecha _____ Hora _____

Centro de Oncología de Memorial Medical Center
Información del Paciente

Fecha de Hoy: _____

Nombre: _____

Otro nombre que utiliza: _____

Diagnóstico: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Hombre Mujer

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número de teléfono: (Casa): _____ (Trabajo): _____

(Celular): _____

Correo Electrónico: _____@_____

Contacto de Emergencia: _____

Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

SEGURO PRIMARIO: (Por favor de presentar su tarjeta de seguro médico)

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SEGURO SECUNDARIO: (Por favor de presentar su tarjeta de seguro médico)

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Información de Médico(a): (nombre completo, domicilio y número telefónico NECESARIO)

Razón de referencia: Cáncer Hematología Otra

Doctor Primario: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de su oncólogo anterior: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

PHARMACY OF CHOICE

PLEASE SELECT (WRITE IN) ONE

- CVS PHARMACY 940 N Main St
- CVS PHARMACY 3011 N. MAIN ST.
- SAM'S CLUB 2711 N. TELSHOR
- SAV-ON PHARMACY 1285 EL PASEO
- SAV-ON PHARMACY 2551 E. LOHMAN AVE.
- Neighborhood WALMART 150 SONOMA RANCH BLVD
- WALMART 3375 RINCONADA BLVD
- WALMART 1550 S. VALLEY
- WALMART 571 S. WALTON BLVD.
- WALGREENS 3990 E. LOHMAN (NEAR ROADRUNNER)
- WALGREENS 3100 N. MAIN
- WALGREENS 2300 E. LOHMAN (NEAR WALMART)
- WALGREENS 1256 EL PASEO
- WALGREENS 2700 W. PICACHO AVE.
- WALGREENS 3490 NORTHRISE DR
- OTHER: _____



AUTORIZACION PARA OBTENER EXPEDIENTES DE OTROS MEDICOS Y DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Numero de Seguro Social: _____

Esta autorización es para OBTENER expedientes de otros médicos y de otros profesionales de la salud. Por favor de llenar toda la información requerida; sin dejar nada en blanco. Escriba el nombre completo y la dirección de las personas o instituciones de quienes requiere expedientes.

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Mis expedientes médicos serán abiertos con el propósito de: _____

Por favor especifique la información que UD. Desea remitir.

A. Expedientes de hospitalización, paciente externo o servicios de emergencia referentes al estado, enfermedad o lesión siguiente: _____ que ocurrió el (fecha exacta o aproximada) _____

B. Expedientes médicos del periodo que va del: _____ hasta el _____

C. Documentos específicos necesarios:

- Carátula de admisión
- Reporte de Patología
- Reporte de Rayos-x
- Reporte de Alta
- Aporte de consulta
- Electrocardiogramas
- Historial físico
- Ordenes / Notas de Progreso
- Reporte de Urgencias
- Reporte de Operación
- Reporte de Laboratorio
- Archivo completa
- Otra: _____

D. Expedientes médicos de referentes al tratamiento para abuso de alcohol o drogas o para enfermedades mentales, emocionales o trastornos de la conducta y/o AIDS y/o HIV. En autorización en ceder información relacionada con el tratamiento psiquiátrico, entendiendo que tengo el derecho de examinar y obtener copias de estos expedientes médicos por ceder. (N.M. Stat. Ann § 43-1-19). Con la excepción de los expedientes psiquiátricos, si el paciente es menor de 14 años de edad, el y un representante legalmente autorizado debe firmar. A lo menos debe haber una firma en esta sección en todos casos.

E. Firma del paciente _____ FECHA _____

Firma del representante legalmente autorizado _____ FECHA _____

Esta autorización será considerada invalida después de 6 meses o 60 días para los expedientes medico referentes al tratamiento para abuso de alcohol o drogas, desde la fecha en que fue firmada. Información médica obtenida después de la fecha que la autorización fue firmada no será remitida. Esta autorización podrá ser revocada por el firmante en cualquier momento en cuanto primero notifique por escrito al individuo o institución de donde expedientes fueron requeridos. Estoy de acuerdo que esta autorización, no tendrá efecto en cualquier información que MMC haya remitido antes de recibir mi noticia por escrito para revocar esta autorización. Estoy de entendido que puedo recibir tratamiento medico en Memorial Medical Center aunque no haya firmado una autorización para remitir mis expedientes médicos.

Yo autorizo proveer la información indicada a Memorial Medical Center. En apoyo de esta autorización, por el presente documento, renuncio a las provisiones legales referente a la cesión de expedientes medicos autorizada aquí.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Si el paciente no puede firmar, diga por que _____

Firma del representante legalmente autorizado _____ Fecha _____

Relación con el paciente _____ Firma del testigo _____ Fecha _____

POR FAVOR DIRIJA SU CORRESPONDENCIA A:
821-031FMC (New 05/19)

MMC Cancer Center
2530 S Telshor Blvd Suite 107
Tel 575-521-1554 Fax 575-556-1754

Fax 575-556-1754
Tel 575-521-1554



**AUTORIZACIÓN PARA REMITIR INFORMACIÓN
PROCEDENTE DE LA HISTORIA MÉDICA**

NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO _____
SEGURO SOCIAL # _____
PT. ACCT. # _____

Esta autorización es para que MMC Cancer Center pueda remitir expedientes médicos. Escriba el nombre completo y la dirección de las personas o instituciones a quienes se les cederán los expedientes. Por favor llene toda la información requerida; sin dejar nada en blanco.

Envíelos a _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Por la presente autorizo a MMC Cancer Center que haga accesible mi historia médica a la persona o personas o a la compañía nombrada antes, para revisión, examinación de copias de expedientes médicos tal como sean solicitados.

Mis expedientes médicos serán abiertos con el propósito de: _____

Por favor especifique la información que usted desea remitir.

- A. Expedientes de hospitalización, paciente externo o servicios de emergencia referentes al estado, enfermedad o lesión siguiente: _____
- B. Expedientes médicos del periodo que va desde el _____ hasta el _____
- C. "Expedientes médicos de referentes al tratamiento para abuso de alcohol o drogas o para enfermedades mentales, emocionales o trastornos de la conducta y/o AIDS y/o HIV. En autorización en ceder información relacionada con el tratamiento psiquiátrico, entendiendo que tengo el derecho de examinar y obtener copias de estos expedientes médicos por ceder. (N.M. Stat. Ann § 43-1-19). Con la excepción de los expedientes psiquiátricos, si el paciente es menor de 14 años de edad, el y un representante legalmente autorizado debe firmar. A lo menos debe haber una firma en esta sección en todos casos".

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del representante legalmente autorizado _____ Fecha _____

Esta autorización será considerada invalida después de 6 meses o 60 días para los expedientes médicos referentes al tratamiento para abuso de alcohol o drogas, desde la fecha en que fue firmada. Información médica obtenida después de la fecha que la autorización fue firmada no será remitida. Esta autorización podrá ser revocada por el firmante en cualquier momento en cuanto primero notifique por escrito a MMC Cancer Center. Mande la revocación a: MMC Cancer Center 2530 Telshor Blvd Suite 107., Las Cruces, NM 88011-5076.

Estoy de entendido que puedo recibir tratamiento médico en MMC Cancer Center aunque no haya firmado una autorización para remitir mis expedientes médicos.

En apoyo de esta autorización, por el presente documento, renuncio a las provisiones legales referentes a la cesión de expedientes médicos autorizada aquí.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Si el paciente no puede firmar, diga por que _____

Firma del representante legalmente autorizado _____ Fecha _____

Relación de el paciente _____ Firma del Testigo _____ Fecha _____

Se prohíbe a quienes reciban estos expedientes que divulgen cualquier información contenida en ellos.

<p>Authorization For Releasing Information 821-030SFCM (New 05/19) Page 1 of 1</p>  <p>ROIAUTHS</p>  <p>Memorial Medical Center Las Cruces, NM</p>	<p>USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE</p>
--	---

CONSENTIMIENTO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Fecha: _____

Yo, ____, entiendo mis derechos como paciente y la función que toman mis proveedores para asegurar mi privacidad.

Esta carta es para informar al personal de permiso de MMC Cancer Center para permitir el acceso de personas siguientes a mi información médica:

Nombre	teléfono #	relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Impreso Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Lea detenidamente y firme las autorizaciones, permisos y acuerdos necesarios para que podamos proceder con la atención y el tratamiento ordenados por su médico.

- 1. CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE HOSPITAL:** Entiendo que la atención que recibe el paciente es dirigida por su(s) médico(s) adjunto(s), y doy mi consentimiento para recibir todos los servicios de hospital que sean apropiados para mi atención y según lo ordene(n) mi(s) médico(s).
- 2. EDUCACIÓN MÉDICA:** Entiendo que, como parte de los programas de educación médica, los residentes, internos, estudiantes de medicina, de enfermería u otros estudiantes y aprendices pueden observar, examinar, dar tratamiento y participar con supervisión en mi atención.
- 3. CERTIFICACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO DEL PACIENTE:** Certifico que es correcta la información que proporcioné cuando solicité el pago según el Título XVIII o XIX de la Ley de Seguro Social (*Social Security Act*) (Medicare). Si soy beneficiario de Medicare, entiendo que tengo la responsabilidad de cubrir el deducible de Medicare, el coseguro, los días de reserva de por vida, si corresponde, y el 20 % del coseguro de la Parte B correspondiente a honorarios profesionales. Por el presente, cedo irrevocablemente al hospital y a todos los proveedores médicos que me atiendan en el hospital el pago de toda hospitalización y beneficios médicos correspondientes y que, de otro modo, serían pagaderos a mí. A menos que el contrato del seguro establezca lo contrario, la certificación previa es, en última instancia, responsabilidad del paciente.
- 4. ACUERDO FINANCIERO:** Yo, el abajo firmante, en contraprestación por los servicios que recibirá el paciente, asumo la obligación de pagar al hospital oportunamente, de acuerdo con los cargos enumerados en la descripción completa de cargos del hospital y, si corresponde, según las políticas sobre pago con descuento y atención de beneficencia del hospital, así como las leyes estatales y federales. Si lo solicito, el hospital puede proporcionar una estimación razonable de los cargos por artículos y servicios basada en la descripción completa de cargos del hospital. Si alguna cuenta es remitida a un abogado o agencia para cobro, convengo en pagar los honorarios razonables de abogado y gastos de cobranza. Entiendo que, como cortesía para mí, el hospital puede enviar la factura a la compañía de mi seguro o al plan de beneficios médicos, pero no tiene obligación de hacerlo. Entiendo y acepto que, salvo cuando la ley lo prohíbe, la responsabilidad financiera de los servicios prestados me corresponde a mí, el abajo firmante. También entiendo que la obligación de pagar al hospital no puede ser diferida por ningún motivo, incluidas las acciones legales pendientes contra terceros para el cobro de gastos médicos. El hospital determinará si una cuenta se considera morosa debido a falta de pago del saldo y cuándo ocurre la morosidad. Entiendo que todos los médicos y cirujanos, entre otros, el radiólogo, patólogo, médico de urgencias, anestesista, hospitalista y demás, facturarán sus servicios separadamente.
- 5. EL HOSPITAL COMO REPRESENTANTE:** De forma irrevocable, cedo y transfiero al hospital todos los derechos, beneficios y demás intereses relacionados con algún plan de seguros, plan de beneficios médicos (incluido el plan de beneficios médicos patrocinado por un empleador) u otras fuentes de pago de mi atención. Esta cesión incluirá ceder y autorizar el pago directo al hospital de todos los beneficios del seguro y el plan de salud pagaderos debido a esta hospitalización o a estos servicios ambulatorios. Convengo en que el pago que hagan las compañías de seguro o el plan al hospital, de conformidad con esta autorización, cumplirá con las obligaciones en la medida de ese pago. Entiendo que tengo la responsabilidad financiera de los cargos que no se paguen de acuerdo con esta cesión, en la medida permitida por las leyes estatales y federales. Acepto cooperar y tomaré todas medidas solicitadas razonablemente por este hospital para perfeccionar, confirmar o validar esta cesión. Asimismo, por el presente, autorizo al hospital, o a la persona que el hospital designe, para que actúe en mi nombre en todo conflicto que surja con organizaciones de atención administrada, programas de salud del Gobierno, planes de seguro o planes de beneficios médicos patrocinados por el empleador en relación con los beneficios que ofrecen. Esta autorización incluye específicamente la facultad de presentar apelaciones en mi nombre debido a una denegación de beneficios y de actuar como mi representante en dichas apelaciones.
- 6. CONSENTIMIENTO PARA LLAMADAS TELEFÓNICAS Y MENSAJES DE TEXTO POR CELULAR:** Si en algún momento proporciono un número de teléfono celular para poder ser contactado, doy mi consentimiento para recibir llamadas o mensajes de texto, así como comunicaciones relacionadas con la facturación y el pago de artículos y servicios, a menos que yo notifique lo contrario al hospital por escrito. En esta sección, las llamadas o los mensajes de texto incluyen mensajes pregrabados y de voz artificial, dispositivos de marcado telefónico automático u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajes de texto u otra forma de comunicación electrónica del hospital, afiliados, contratistas, proveedores de servicios, proveedores médicos, abogados o sus representantes, y agencias de cobranza.
- 7. CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE CORREO ELECTRÓNICO:** Si, en algún momento, proporciono una dirección de correo electrónico para poder ser contactado, doy mi consentimiento para recibir del hospital en esa dirección instrucciones para el alta, estados de cuenta, facturas, material de promoción sobre servicios nuevos y recibos de pago, a menos que yo notifique lo contrario al hospital por escrito.
- 8. PACIENTES AMBULATORIOS DE MEDICARE:** Medicare no cubre los medicamentos con receta, salvo algunas excepciones. De acuerdo con los reglamentos de Medicare, usted tiene la responsabilidad de pagar todos los medicamentos que reciba como paciente ambulatorio y que cumplan la definición de Medicare de medicamento con receta. Estos medicamentos se denominan comúnmente fármacos autoadministrados, ya que son autoadministrados por lo general, pero pueden ser administrados por el personal del hospital. Medicare exige que los hospitales facturen estos medicamentos a los pacientes de Medicare o a los terceros a cargo del pago. Los beneficiarios de la Parte D de Medicare pueden facturar a la Parte D de Medicare a fin de recibir un posible reembolso de estos medicamentos de acuerdo con el material de inscripción del plan de medicamentos de Medicare.
- 9. CONSENTIMIENTO PARA EL CONTROL DE INFECCIONES:** Para protección contra posibles enfermedades de transmisión por sangre, como la hepatitis, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el sida, entiendo que puede ser necesario o médicamente indicado que se me realicen análisis de sangre mientras sea paciente del hospital si, por ejemplo, un empleado del hospital se pica con una aguja mientras extrae sangre, se salpica con sangre o se hace una herida con un escalpelo y queda expuesto a mi sangre. Entiendo que tanto mi sangre como la del empleado serán sometidas a análisis para detectar una posible infección de las enfermedades antes mencionadas. Se mantendrá la confidencialidad de los resultados de los análisis tanto de empleados como de pacientes según lo dispuesto por las leyes.

Consent for Services and Financial Responsibility (SPA)
892-050 (Rev. 05/21) Page 1 of 3



CONSERV

 **Memorial
Medical Center**
Las Cruces, NM

USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

10. **RELACIÓN ENTRE EL HOSPITAL Y LOS MÉDICOS Y DEMÁS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA:** Entiendo que todos o la mayoría de los proveedores de atención médica que proporcionan servicios en este hospital son contratistas independientes y no empleados, ni representantes, ni agentes del mismo. La mayoría de los médicos y cirujanos que me proporcionan servicios, entre otros, radiólogos, patólogos, médicos de urgencias, anestesiólogos, hospitalistas y demás, son contratistas independientes y no empleados, ni representantes, ni agentes del hospital. Asimismo, la mayoría de los auxiliares médicos (PA, *Physician Assistants*), enfermeras practicantes (NP, *Nurse Practitioners*) y enfermeras autorizadas para aplicar anestesia (CRNA, *Certified Registered Nurse Anesthetists*) son contratistas independientes y no empleados, ni representantes, ni agentes del hospital. Los contratistas independientes son responsables de sus propias acciones, y el hospital no asumirá ninguna responsabilidad por las acciones u omisiones de ninguno de ellos. Entiendo que puedo pedir a un empleado, representante o agente del hospital que verifique si un proveedor de atención médica es empleado del hospital o contratista independiente.

Entiendo que estoy bajo la atención y supervisión de mi médico adjunto. El hospital y su personal de enfermería tienen la responsabilidad de llevar a cabo las instrucciones de mi médico. Mi médico o cirujano tiene la responsabilidad de obtener mi consentimiento informado, cuando se exija, para el tratamiento médico o quirúrgico, los procedimientos terapéuticos o de diagnóstico especial, o los servicios de hospital que yo reciba de acuerdo con las instrucciones generales y especiales de mi médico.

Entiendo que estos médicos que ofrecen atención en este hospital pueden ser proveedores NO PARTICIPANTES en mi plan de seguro y que me facturarán sus servicios profesionales separadamente de la factura del hospital.

11. **OPCIÓN DE TRANSMITIR ELECTRÓNICAMENTE INFORMACIÓN MÉDICA EN EL MOMENTO DE LA ADMISIÓN, TRANSFERENCIA O ALTA:** Doy mi autorización para que el hospital proporcione una copia de la historia clínica de mi tratamiento, el resumen del alta y un resumen del expediente de atención a mi(s) médico(s) de atención primaria, médico(s) especialista(s) o a todos los proveedores o establecimientos de atención médica indicados en los documentos de mi alta para facilitar mi tratamiento y la continuidad de los cuidados. Entiendo que la información que se divulgue de acuerdo con este párrafo puede incluir, entre otra, información confidencial relacionada con el VIH y otra información sobre enfermedades contagiosas o de transmisión sexual; información relacionada con toxicomanía, alcoholismo, farmacodependencia o adicción crónica al alcohol; información sobre salud mental o conductual (con excepción de las notas de psicoterapia); información sobre pruebas genéticas o información relacionada con abortos provocados. El resumen del expediente de atención consiste en la información de mi historia clínica, entre otra, la información acerca de los procedimientos y los exámenes de laboratorio realizados durante esta internación, mi plan de atención, una lista de mis problemas actuales y pasados, y la lista de mis medicamentos actuales. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una solicitud por escrito dirigida al responsable de la privacidad (*Privacy Officer*). No obstante, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar la información que ya se haya dado a conocer de acuerdo con esta autorización. La presente autorización vencerá automáticamente un año después de la fecha en que mi tratamiento actual termine.
12. **OPCIÓN DE PARTICIPAR EN LOS INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD:** Por el presente documento, autorizo al hospital a proporcionar una copia de mi historia clínica, o partes de esta, a todo intercambio o red de información sobre la salud (*health information exchange / network*) en los que participe el hospital y demás participantes en dicho intercambio o red para operaciones de tratamiento, pago y atención de la salud, y de conformidad con los términos del acuerdo de participación en ese intercambio o red de información sobre la salud. En el Aviso de prácticas de privacidad, que se encuentra en el sitio web del hospital, se puede consultar la lista completa de las redes o los intercambios en los que participa el hospital. Esta lista puede ser actualizada en ocasiones, así como cuando el hospital participe en nuevos intercambios o redes de información sobre la salud. El hospital participa en el intercambio LifePoint Health Information Exchange, el cual es administrado por los socios comerciales del hospital indicados en el Aviso de prácticas de privacidad, entre otros, LifePoint Corporate Services General Partnership. Entiendo que la información que se divulgue de acuerdo con este párrafo puede incluir, entre otra, información confidencial relacionada con el VIH y otra información sobre enfermedades contagiosas o de transmisión sexual; información relacionada con toxicomanía, alcoholismo, farmacodependencia o adicción crónica al alcohol; información sobre salud mental o conductual (con excepción de las notas de psicoterapia); información sobre pruebas genéticas o información relacionada con abortos provocados. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una solicitud por escrito dirigida al responsable de la privacidad (*Privacy Officer*). No obstante, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar la información que ya se haya dado a conocer de acuerdo con esta autorización. Esta autorización vencerá cuando sea revocada.
13. **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Entiendo el Aviso de prácticas de privacidad (*Notice of Privacy Practices*) que recibí y que contiene una descripción más completa acerca de los usos y las divulgaciones de la información sobre mi atención médica.
14. **PREFERENCIA DEL PACIENTE SOBRE SU INCLUSIÓN EN EL DIRECTORIO DE PACIENTES DEL HOSPITAL:** Recibí información acerca de que, a menos que yo me oponga, el hospital puede usar el directorio de las instalaciones para informar a las personas que visitan o llaman, si preguntan por mí por nombre, cuál es mi ubicación en las instalaciones y mi estado general de salud. Los miembros del clero también pueden recibir esta información, así como la de mi afiliación religiosa.
- No deseo que mi nombre, ubicación dentro del hospital y estado general de salud sean incluidos en el directorio de las instalaciones.
15. **OPCIÓN DE SOLICITAR SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN:** De acuerdo con la Sección 60 del Título VI, el hospital tiene el compromiso de garantizar que todos los pacientes cuenten con acceso equitativo a la atención médica. Para ello, es posible usar o solicitar servicios de interpretación sin cargo para el paciente.
16. **DERECHOS DEL PACIENTE:** Recibí una copia de los Derechos del paciente (*Patient Rights*). Entiendo estos derechos y, si tengo más preguntas, consultaré con el personal de enfermería.

Consent for Services and Financial Responsibility (SPA)
892-050 (Rev. 05/21) Page 2 of 3



 **Memorial
Medical Center**
Las Cruces, NM

USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

17. **CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS:** Doy mi consentimiento para la toma de fotografías, videos u otras imágenes cuando mi médico lo estime necesario con fines médicos antes, durante o después de un procedimiento. Esto se hace para contar con documentación sobre mi tratamiento y problema médico, y se conservará como parte de mi historia clínica.
18. **CONFIRMACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA:** Entiendo que no tengo la obligación de firmar un documento de voluntad anticipada (*Advance Directive*) como condición para recibir tratamiento médico en este establecimiento. Entiendo que, en la medida en que la ley lo permita, este establecimiento de atención médica y las personas responsables de mi cuidado respetarán los términos del documento de voluntad anticipada firmado por mí.
- Firmé un documento de voluntad anticipada.
 - No firmé un documento de voluntad anticipada.
 - Desearía establecer mi voluntad anticipada y recibir más información sobre el tema.
19. **OTRAS CONFIRMACIONES:**
- a. **Objetos personales de valor:** Entiendo que soy responsable de todos mis efectos personales, entre otros, artículos para aseo personal, ropa, anteojos, lentes de contacto, audífonos, dentaduras postizas, otras prótesis, dispositivos electrónicos, como teléfonos celulares, computadoras portátiles, lectores electrónicos, iPads, iPods y otros dispositivos similares. Entiendo y acepto que el hospital tiene una caja de seguridad para conservar dinero y otros objetos de valor en un lugar seguro; sin embargo, salvo según lo exija la ley, el hospital no asume responsabilidad alguna por la pérdida o el daño de los bienes depositados en esa caja.
 - b. **Política sobre la prohibición de fumar en el establecimiento:** El hospital es un establecimiento en el que se prohíbe fumar. Entiendo que no puedo consumir productos de tabaco durante mi estancia aquí.
 - c. **Armas, explosivos o drogas:** Entiendo y convengo en que el hospital es un establecimiento en el que se prohíben armas, explosivos, sustancias o drogas ilícitas y bebidas alcohólicas. Entiendo que, mientras sea paciente del hospital, no puedo tener estos artículos en mi habitación ni con mis pertenencias. Si el hospital considera que tengo en mi poder alguno de los artículos antes mencionados, puede registrar mi habitación y mis pertenencias. Si los encuentra, estos artículos pueden ser confiscados, debidamente desechados o entregados a las autoridades del orden público.
20. **PACIENTES DE MATERNIDAD:** Si doy a luz como paciente de este hospital, acepto que cada disposición de este Consentimiento para servicios y responsabilidad financiera se aplica al bebé.
21. **Acuerdo sobre selección de foro (donde se presentarán las demandas):** Del el paciente o el paciente representante y Memorial Medical Center, incluyendo empleados y agentes Memorial Medical Center, representación o servicios médicos cuidado, cuidado de la salud o seguridad, profesional o administrativo de cualquier manera relacionados con atención médica al paciente (todo ello denominado "salud"), de acuerdo: en caso de disputa o reclamación, cualquier pleito, que de ninguna manera se refiere a la atención médica proporcionada al paciente deberá ser traído solamente en el tercer Tribunal de Distrito Judicial, Condado de Doña Ana, Las Cruces, Nuevo México, y en ningún caso ninguna tal demanda nunca en ningún otro lugar. Las disposiciones de este párrafo, en cuanto a adaptarse a donde será llevados, son obligatorias.

Leí y entiendo plenamente el presente Consentimiento para servicios y responsabilidad financiera del paciente, y tuve la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que no tengo preguntas o que hice preguntas y estas fueron respondidas satisfactoriamente.

Firma del paciente o representante legal para atención médica, si no es el paciente _____ Fecha _____ / Hora _____

Relación del representante _____

Motivo si la persona no puede firmar (por ejemplo, menor de edad o incapacidad legal) _____

Firma del Testigo _____ Fecha _____ / Hora _____

<p>Consent for Services and Financial Responsibility (SPA) 892-050 (Rev. 05/21) Page 3 of 3</p>  <p>CONSERV</p>  <p>Memorial Medical Center Las Cruces, NM</p>	<p>USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE</p>
--	---