



Account No. \_\_\_\_\_

Doctor's No. \_\_\_\_\_

**PORFAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro social \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ RAZA \_\_\_\_\_ GRUPO ÉTNICO \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_  M  Blanco  Afro-Americano  Hispano  
 Celular \_\_\_\_\_  F  Asiatico  Nativo de Hawaii/De la Isla del Pacifico  No es Hispano  
 Otra Raza  Indio-Americano/Nativo de Alaska

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección 2 \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 C.P. \_\_\_\_\_ 4 Digitos \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_  
 Pais \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_ Doctor de Familia \_\_\_\_\_

**Persona Responsable (Paciente menor de 18 años)**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Seguro social \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**Madre (Paciente menor de 18 años)**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Seguro social \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**Padre (Paciente menor de 18 años)**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Seguro social \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**Información de Asegurancia Medica**

1) Compañia \_\_\_\_\_ 2) Compañia \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
 Medicare/ID# \_\_\_\_\_ Medicare/ID# \_\_\_\_\_  
 Grupo # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

**Información del Asegurado**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Relación \_\_\_\_\_  
 Seguro social \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

**Información del Asegurado**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Relación \_\_\_\_\_  
 Seguro social \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Yo entiendo que yo soy responsable por los cargos que los agentes mencionados no cubran. Yo estoy de acuerdo de que en un evento de no pagar, yo seria responsable por todos los intereses, la coleccion financiera, y los pasos legales (si necesarios). (2) Yo autorizo a la compañía aseguradora mia para dar informacion en cuenta de mi cobertura financiera a Wilmington Health. Yo tambien autorizo los agentes de cualquier hospital, cetros de tratamiento o doctores previos para poder dar informacion de toda mi historia medica y mis tratamientos y servicios pasados. Yo tambien autorizo la descarga de la informacion medica mia o mis tratamientos a cualquier agencia acreditada federal, de estado, o de acreditacion, o para cualquier compañía de seguro o doctor como sea necesario. Tambien autorizo a una revision de mis documentos para auditorios internos, investigaciones, o reviso de calidad de seguro entre Wilmington Health. (3) Mis derechos para pagar todos los farmaceuticos, exámenes, tratamientos, alquileras de equipaje o provisiones medicas, y servicios de enfermera/doctor incluyendo a todos los beneficios generales son oficialmente asignados a Wilmington Health. Este contrato incluye cualquier y todos los beneficios bajo Medicare, otros programas financiados por el gobierno, seguro privado, y otros panes de salud. Yo acepto a este documento como ser una obligacion legal, para coleccionar mis beneficios como pago por los reclamos de servicio. En el evento de que mi seguro no acepte este Asigno de Beneficios, o que pagos sean hechos directo a mi o mi representante, yo dare esos pagos a Wilmington Health.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha/Tiempo \_\_\_\_\_

Firma de Persona Responsable \_\_\_\_\_ Fecha/Tiempo \_\_\_\_\_

# Wilmington Health

## AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN MEDICA

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria y es pedida para confirmar mis deseos. Yo entiendo que Wilmington Health no determinara el tratamiento medico si firmo esta autorización. Yo entiendo que información revelada a mi familia/amigos/as puede ser revelada por ellos.

Yo entiendo que yo puedo revocar o cambiar esta autorización en cualquier momento con dar un aviso en escrito de mi revocación a la oficina de contacto enlistada abajo de esta forma, pero no afectará cualquier información dada antes de la notificación de revocación.

**Sección A: Información del paciente** Numero de Cuenta \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

### **Sección B: Información Medica Para ser Usada o Discutida**

Yo doy permiso para que se discuta mi información medica con los siguientes familiares o amigos/as:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Yo doy permiso para que la siguiente información medica sea discutida:

**ELIJA UNO:**

Toda mi información medica

Información Especifica \_\_\_\_\_

### **Sección C: Espiración**

Esta autorización espirara:

**ELIJA UNO:**

Dos añs despues de mi muerte

A los 18 añs (menores solamente)

Otro \_\_\_\_\_

### **Sección D: Telefono**

Yo doy permiso para que usted dejé información medica con respecto a mi salud o mis citas en la siguiente maquina de contestar. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Yo reconosco que he recibido el Aviso de las Practicas de Privacidad de Wilmington Health. Yo he tenido la oportunidad de leer y considerar los contenidos de este aviso.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

### **USED PUEDE NEGARSE A FIRMA ESTA AUTORIZACIÓN**

Oficina de Contacto: Wilmington Health Privacy Officer, 1202 Medical Center Drive, Wilmington, NC 28401  
Telefono: 910-796-7701 Fax: 910-341-3449 Correo Electronico: [privacy@wilmingtonhealth.com](mailto:privacy@wilmingtonhealth.com)

**HIPAA #1SP**  
Revision 08/2010