



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 Asiano Nativo de Hawaii/De la Isla del Pacifico No es Hispano
 Email Address _____ Otra Raza Indio-Americano/Nativo de Alaska

Dirección _____ Dirección 2 _____
 Ciudad _____ Estado _____
 C.P. _____ 4 Digitos _____ Condado _____
 Pais _____ Estado Civil _____
 Empleador _____ Dirección _____
 Telefono _____ Extención _____ Doctor de Familia _____

Persona Responsable

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

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

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. _____

(1) Yo entiendo que soy responsable de los gastos no cubiertos o reembolsados por los mencionados agentes. Estoy de acuerdo, en caso de impago, para asumir el coste de los intereses, la recolección y la acción legal (si es necesario). (2) Estamos obligados por ley federal y estatal para mantener la privacidad de su información médica. Nuestro Aviso de Prácticas de documento le informa de nuestros deberes legales y sus derechos sobre su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en nuestro aviso. Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. (3) El derecho al pago de todos los productos farmacéuticos, procedimientos, pruebas, alquiler de equipos médicos, suministros y de enfermería y servicios médicos incluyendo beneficios médicos se ceden a Wilmington Salud. Esta asignación cubre cualquier y todos los beneficios de Medicare, otros programas patrocinados por el gobierno, el seguro privado y los planes de salud. Yo reconozco este documento como una tarea jurídicamente vinculante para cobrar mis beneficios como el pago de reclamaciones por servicios. En el caso de que mi compañía de seguros no acepta la asignación de beneficios, o si los pagos se hacen directamente a mi o mi representante, voy a asegurar dicho pago a Wilmington Salud.

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

HIPAA #1SP
Revision 08/2010