

Registro del paciente



Información del paciente (en letra de molde)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Nombre preferido _____

Otros nombres con los que también se le conoce _____ Fecha de nacimiento _____

Identidad de género Hombre Mujer No binario Género queer Prefiero no revelar
 Otro _____

Sexo asignado al nacer Hombre Mujer No binario Género queer Prefiero no revelar
 Otro _____

Estado civil Soltero En una relación Casado Viudo Separado Divorciado

Información necesaria

Dirección _____ Apt. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Números de teléfono (marque la casilla de su número de contacto preferido)

Hogar _____ Celular _____

Trabajo _____ Extensión del trabajo _____

Correo electrónico _____

Al proporcionar su correo electrónico arriba, usted reconoce que los correos electrónicos pueden contener su Información de Salud Protegida y se enviarán sin cifrar. Existe un riesgo de interceptación o divulgación del contenido de estos correos electrónicos.

Contacto de emergencia

Apellido _____ Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Apt. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono residencial _____ Celular _____

Trabajo _____ Extensión del trabajo _____

Información necesaria

Origen étnico Origen hispano o latino o español Prefiero no revelar
(seleccione uno) No de origen hispano, latino ni español

Raza (seleccione una) Indio americano/nativo de Alaska Asiático
 Negro o afroamericano Blanco o caucásico
 Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Prefiero no revelar

Idioma preferido _____

Ocupación _____

¿Alguna vez ha sido paciente en algún centro de Optum? Sí No

En caso afirmativo, indique la ubicación/proveedor _____

Información de la parte responsable (no completar si el paciente es la parte responsable)

Relación con el paciente _____

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Número de licencia de conducir _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Apt. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo electrónico _____

Teléfono residencial _____ Celular _____

Trabajo _____ Extensión del trabajo _____

Autorización para tratar

Yo (y/o el abajo firmante en nombre del paciente) doy mi consentimiento de forma voluntaria para permitir que los médicos y el personal de Optum proporcionen la evaluación o atención y los tratamientos, como paciente ambulatorio de forma continua y como paciente hospitalizado según sea necesario, que los médicos y el personal de Optum decidan que sean aconsejables y necesarios.

Entiendo que, aunque los médicos de Optum revisan y supervisan la atención, la atención real puede ser proporcionada por proveedores de práctica avanzada (es decir, asistentes médicos, enfermeras practicantes, enfermeras parteras certificadas). Además, entiendo que los residentes, estudiantes de medicina, estudiantes para asistente médico, estudiantes para enfermera practicante, estudiantes de enfermería, estudiantes de farmacia u otros estudiantes para profesionales de la salud relacionados pueden ayudar en mi tratamiento.

Se me informa que dicho tratamiento puede incluir examen médico, examen de rayos X, procedimientos de laboratorio, otros procedimientos en el consultorio, así como procedimientos para pacientes hospitalizados, según sea necesario.

Entiendo que, en caso de firmar un poder duradero para atención médica u otra instrucción por anticipado, le proporcionaré una copia firmada a mi médico. Además, entiendo que notificaré a mi médico sobre cualquier cambio en la instrucción.

Entiendo que se me informará sobre el curso de mi tratamiento. Además, soy libre de finalizar mi tratamiento con mi médico de Optum en cualquier momento.

Cesión de beneficios

Por la presente cedo beneficios médicos o quirúrgicos, seguro privado y cualquier otro beneficio del plan de salud a Optum. Una copia de esta cesión se considera tan válida como el original.

Formulario completado por (en letra de molde)

Fecha

Firma

Relación con el paciente

Responsabilidad financiera

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, los pague o no mi seguro, a menos que esté específicamente exento por el contrato de mi compañía de seguros con Optum.

Yo, _____, certifico por la presente
Nombre del paciente

que soy elegible para _____, cuyos beneficios están en vigencia
Nombre del seguro

a partir del _____.
Nombre del seguro

He elegido a **Optum** como mi proveedor médico. Entiendo que si lo anterior no es cierto, soy responsable de todos los cargos relacionados con los servicios que me presten. Además, si lo anterior no es cierto, acepto pagar la totalidad de todos los servicios recibidos dentro de los 30 días de la recepción de una factura de **Optum**.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de Optum

Al firmar este documento, certifico que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad. Este aviso explica cómo este consultorio médico puede utilizar y divulgar mi información personal.

Nombre del paciente (en letra de molde)

Fecha

Firma

Comunicaciones al número de teléfono celular

Al proporcionar mi número de teléfono celular a los médicos de Optum en este formulario, acepto recibir llamadas automáticas, mensajes pregrabados o mensajes de texto relacionados con mi atención de la salud de parte de Optum, sus afiliadas y sus respectivos médicos. Acepto que los Términos de uso de mensajes de texto se incluirán en el primer mensaje de texto que reciba. Confirmando y acepto que estos mensajes de texto, que se enviarán por medios sin cifrar, podrían contener información de salud protegida (PHI) y existe cierto riesgo de divulgación o interceptación de los mensajes. Puedo revocar o retirar este consentimiento en cualquier momento. Se puede retirar el consentimiento para mensajes de texto o llamadas automáticas respondiendo la palabra STOP a los mensajes de texto o llamando al **1-800-403-4160**.

Nombre del paciente (en letra de molde)

Fecha

Nombre del representante personal

Relación con el paciente/menor

Aviso a los pacientes sobre Open Payments

La base de datos Open Payments es una herramienta federal utilizada para buscar pagos realizados por las compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. La puede encontrar en **openpaymentsdata.cms.gov**

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Reconocimiento de las Instrucciones por Anticipado sobre la Atención de la Salud

Optum, de conformidad con la Ley de Autodeterminación del Paciente de 1990, garantiza el derecho del paciente a la autodeterminación al invitarlo a participar en las decisiones sobre su atención médica. Esto se logra a través de la planificación y la comunicación de sus deseos de tratamiento médico mediante un Formulario de Reconocimiento de las Instrucciones por Anticipado sobre la Atención de la Salud.

Mis iniciales junto a una de las siguientes declaraciones indican el estado actual de las instrucciones por anticipado.

Iniciales	Declaración
	Le he proporcionado una copia de mi Formulario de instrucciones por anticipado sobre la atención de la salud a Optum para que lo incluya en mi historial clínico. <input type="checkbox"/> Escaneado para EHR
	Proporcionaré una copia de mis Instrucciones por anticipado sobre la atención de la salud a Optum.
	No tengo Instrucciones por anticipado sobre la atención de la salud en este momento. Entiendo que es mi responsabilidad considerar este asunto con mi proveedor de atención primaria.

Mi firma confirma que he informado a Optum de mi derecho a participar en la toma de decisiones sobre mi tratamiento médico mediante la firma de Instrucciones por Anticipado sobre la Atención de la Salud.

Firma del paciente

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma del testigo

Nombre en letra de molde

Fecha

Solo para uso administrativo:

Se le proporcionó información escrita y verbal al paciente. (paquete de Instrucciones por Anticipado sobre la Atención de la Salud)

Comentarios: _____



Si usted es un tutor o un representante designado por un tribunal, debe proporcionar una copia de su autorización legal para representar al paciente.

La compañía no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad ni discapacidad en programas y actividades de salud. Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al 1-800-403-4160, TTY 711. ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 1-800-403-4160, TTY 711. 請注意：如果您說中文 (Chinese)，我們免費為您提供語言協助服務。請致電：1-800-403-4160, TTY 711。

Optum es una marca registrada de Optum, Inc. en los Estados Unidos y en otras jurisdicciones. Todas las demás marcas comerciales son propiedad de sus respectivos titulares. Dado que mejoramos continuamente nuestros productos y servicios, Optum se reserva el derecho de cambiar las especificaciones sin previo aviso. Optum es una empresa que promueve la igualdad de oportunidades.