

## FORMA DE REGISTRO

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE MIENTRAS RESPONDE CADA PREGUNTA  
 POR FAVOR REVISE EL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y POLITICA FINANCIERA  
 QUE SE LE HA PROPORCIONADO JUNTO CON ESTA FORMA DE REGISTRO

### SECCION 1: POR FAVOR INDICAR CUAL ES SU SITUACION ABAJO. COMPLETE SECCION 2

LESION RELACIONADO AL TRABAJO?



POR FAVOR COMPLETE **SECCION G**  
 DETRAS DE ESTA PAGINA

SERVICIO DE EMPLEADOR?



POR FAVOR COMPLETE **SECCION H**  
 DETRAS DE ESTA PAGINA

RESULTADO DE ACCIDENTE DE AUTO?

Fecha del Accidente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Seguro de Auto: \_\_\_\_\_

# de Polisa: \_\_\_\_\_

### SECCION 2:

#### A: INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
 Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 M D Y  
 Estado Civil:  No Aplicable – Menor  Soltero/a  Casado/a  
 Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a  
 SSN: \_\_\_\_ -- \_\_\_\_  
 (No es necesario si es menor de 18 años, En ese caso complete Seccion F abajo)

Segun las regulaciones Gubernamentales, etsamos obligados a recopilar la siguiente del paciente:

Raza:  Africano Americano  Americano Indio or Alaska Nativo  Asiatico  Caucastico  Nativo de Hawaii O Isleno Pacifico  
 Identidad:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_  
 Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Pais: \_\_\_\_\_  
 (Si no EE.UU)  
 Tel de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ -- \_\_\_\_  Indicar el metodo de contacto preferido  
 Tel Mobil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ -- \_\_\_\_   
 Correo Electronico: \_\_\_\_\_

#### B: CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ -- \_\_\_\_  
 Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_  
 Direccion:  La misma que el Paciente  
 Direccion: \_\_\_\_\_  
 Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Pais: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

#### C: COMO SUPO DE NOSOSTROS?

Google  Facebook  Yelp  Anuncio  Letrero  
 Amigo/Familia  Medico  Trabajo/Empleador  Colegio  
 Seguro  Farmacia  Otro: \_\_\_\_\_

#### D: INFORMACION DEL SEGURO

AUTO-PAGO

Seguro Primario \_\_\_\_\_ Seguro Secundario \_\_\_\_\_

SI EL SUSCRIPTOR DEL SEGURO PRIMARIO, ES ALGUIEN DIFERENTE AL PACIENTE, FAVOR DE LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACION

Suscritor: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SSN : \_\_\_\_ -- \_\_\_\_

#### E: MEDICO PRIMARIO (PCP)

Nombre del Medico: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Practica: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ -- \_\_\_\_

NO TIENE MEDICO PRIMARIO

#### F: Paciente MENOR de 18 años?

Pariente o Guardian complete lo siguiente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 SSN: \_\_\_\_ -- \_\_\_\_

**G: INFORMACION DE COMPENSACION DEL TRABAJADOR**

Fecha de Lesion: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Manager/  
RH Nombre: \_\_\_\_\_

Tel : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Fax : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

**H: INFORMACION DE VIGILANCIA MEDICA**

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

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Manager/  
RH Nombre: \_\_\_\_\_

Tel : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Fax : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Correo Electronico : \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y DIVULGACION DE REGISTROS MEDICOS**

Doy mi permiso a Care Station y su personal para realizar los siguientes procedimientos SEGÚN SEA NECESARIO, incluyendo, pero no limitado a, la toma del historial de salud, examen físico o procedimiento de diagnóstico tal como rayo-X, electrocardiograma, audiograma, función pulmonar y venopunción (extracción de sangre) para pruebas de laboratorio y tratamiento para mi lesión/enfermedad. Si me enfermara mientras recibo tratamiento por Care Station y su Personal, doy mi permiso a Care Station y su personal para administrar el tratamiento que en su opinión se consideraría necesario para bienestar.

Entiendo que la información sobre los resultados de mi examen físico, los procedimientos de diagnóstico y/o la naturaleza de mi enfermedad se divulgara a la compañía de seguros que me brinda cobertura. Doy mi consentimiento para que mi información médica se transfiera a cualquier institución física y/o de salud a la que me refiera Care Station. Entiendo que la información médica se comunicará a un representante designado de mi empleador o posible empleador (solo si se trata de un caso de compensación del trabajador o un servicio pagado por el empleador).

Mi firma indica que yo he leído y comprendido este formulario de consentimiento y consedo el tratamiento.

**AVISO DE PRIVACIDAD Y PERMISO PARA CONTACTAR AL PACIENTE**

Permiso a Care Station hablar sobre mi informacion de salud con la persona(s) indicada a continuacion:

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

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

Yo autorizo a Care Station para obtener el historial de mi prescripcion de la base de datos electronica de farmacias mediante el Sistema electronico de registros medicos usado por Care Station. Yo entiendo que este historial, una vez obtenido, se convertira en parte de mi registro medico. Acontinuacion mi firma indica mi aprobacion para el tratamiento y la divulgacion de registros medicos, y que he recibido y revisado el **Aviso de Practicas de Privacidad de Care Station** y la **Politica Financiera**. En acuerdo con la politica financiera que he revisado. Estoy de acuerdo en asumir la total responsabilidad financiera de pago de todos los cargos y tarifas debido a Care Station, asociado con los servicios prestados a mi por Care Station. Entiendo que ademas de mi firma a continuacion, cualquier firma provista electronicamente y almacenada en el Sistema de Care Station, Efectivamente servira como mi reconocimiento y aceptacion de todo lo anterior.

PACIENTE/GUARDIAN FIRMA: \_\_\_\_\_

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