



**Datos demográficos del paciente**

Gracias por elegir nuestra oficina! Para poder servirle adecuadamente, necesitamos la siguiente información. Por favor de imprimir. Toda la información permanecerá confidencial.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Primer / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Último Femenino \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Calle/Apartado de correos Ciudad Estado Código Postal

Dirección postal (si es diferente a la física) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Calle/Apartado de correos Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido: teléfono de casa Teléfono móvil Texto Correo electrónico Correo

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Ninguno

**No utilizaremos su correo electrónico para solicitarlo. Es solo para fines de comunicación a través del portal.**

Estado civil: Casado \_ Soltero \_ Divorciado \_ Separado \_ Viudo \_ Viudo/casado \_ Otro significativo \_

Si menor de edad menciona el nombre del padre / garante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del padre / garante \_\_\_\_\_ Número de teléfono si es diferente \_\_\_\_\_

Paciente o Empleador de Padres \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

¿Persona de contacto en caso de emergencia? \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Contact number for emergency, different phone number than already listed please: \_\_\_\_\_

Personas que pueden llamar y recibir información médica del paciente: (con fines de confidencialidad)

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Teléfono</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Seleccione su proveedor médico primario en esta oficina**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aaron Catmull, NP    | <input type="checkbox"/> Brian Muir, DO       | <input type="checkbox"/> Becca Warnick, NP |
| <input type="checkbox"/> Cameron McHan, NP    | <input type="checkbox"/> Kevin Owens, MD FACP | <input type="checkbox"/> Brad Wynn, DO     |
| <input type="checkbox"/> Shawna McCaffrey, NP | <input type="checkbox"/> Jeff Swenson, MD     | <input type="checkbox"/> Tyson Steel, DO   |
| <input type="checkbox"/> Casie Taylor, NP     |   |  |

Seguro primario \_\_\_\_\_  
 Número de identificación \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_  
 Relación con pt. \_\_\_\_\_ NSS del asegurado: \_\_\_\_\_  
 Monto del deducible \$ \_\_\_\_\_ o Copago \$ \_\_\_\_\_

Seguro secundario \_\_\_\_\_  
 Número de identificación \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_  
 Relación con pt. \_\_\_\_\_ NSS del asegurado: \_\_\_\_\_  
 Monto del deducible \$ \_\_\_\_\_ o Copago \$ \_\_\_\_\_

Solicito que el pago de los beneficios suplementarios autorizados de Seguro Comercial / Medicaid / Medicare / Medicare se haga a mí o en mi nombre al Centro Médico Minidoka / Clínica de Salud Rural por cualquier servicio que me haya brindado ese médico / proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a mi seguro o a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y a sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

**FIRMA (para asignación de seguro)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con el cuidado de la salud (o el de mi hijo/a), el asesoramiento y el tratamiento brindados con el propósito de evaluar y administrar reclamos de beneficios del seguro.

**X** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Consentimiento para tratar / Firma del paciente o parte responsable**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy** \_\_\_\_\_

**Consentimiento para fotografía**

Doy mi consentimiento para permitir la fotografía de mí mismo con fines de identificación y para mejorar mi documentación de atención médica (es decir, heridas, lesiones, etc.).

\_\_\_\_\_  
**Firma aqui**

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO**

Por la presente autorizo a Minidoka Medical Center y a todos los asistentes o asociados que puedan ser designados a prestar atención médica y hospitalaria al paciente mencionado anteriormente.

\_\_\_\_\_  
**Firma aqui**

**He recibido una copia de los Derechos y responsabilidades de los pacientes (última página)**

\_\_\_\_\_  
**Firma aqui**

**Prácticas de privacidad / Discriminación**

He recibido o rechazado una copia del Aviso de prácticas de privacidad y se me ha brindado la oportunidad de revisar todo este documento. Minidoka Memorial Hospital and Medical Center no discriminará a un paciente por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, capacidad de pago o porque un paciente esté cubierto por un programa como Medicaid o Medicare. Si siente que es víctima de discriminación, tiene derecho a presentar una queja por escrito ante el Oficial de Cumplimiento. Los formularios están disponibles en la oficina de negocios.

\_\_\_\_\_  
**Firma aqui**

**Consentimiento para el uso de contestador automático y / o mensajes de correo de voz / correo electrónico**

Doy permiso y consentimiento a Minidoka Medical Clinic y sus agentes, cesionarios y contratistas (que pueden incluir cobradores de deudas de terceros para obligaciones vencidas): (1) para que se comuniquen conmigo por teléfono a cualquier número asociado conmigo, ya sea que lo proporcione yo. u obtenido por sí solo; (2) dejarme mensajes e incluir en dichos mensajes las cantidades adeudadas por mí; (3) para enviarme mensajes de texto o correos electrónicos utilizando cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono asociado conmigo, ya sea que lo haya proporcionado yo o que lo haya obtenido por sí mismo; y (4) usar mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o un sistema de marcación telefónica automatizada (un marcador automático) según lo define la Ley de Protección al Consumidor Telefónico en relación con cualquier comunicación que se me envíe según lo dispuesto en este documento o cualquier servicio programado relacionado y mi cuenta. Además, acepto proporcionar información de contacto actualizada en un esfuerzo por evitar divulgaciones no intencionales de mi información y acepto y reconozco que Minidoka Medical Clinic y sus agentes, cesionarios y contratistas (que pueden incluir cobradores de deudas de terceros para obligaciones vencidas) tratarán cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono obtenido como mi correo electrónico privado o número de teléfono al que no pueden acceder terceros no autorizados. Entiendo que estas comunicaciones pueden resultar en cargos para mí por parte de mi proveedor de servicios móviles y no están encriptadas. Entiendo que se harán intentos de comunicación con mi teléfono celular durante las horas de llamada permitidas según la zona horaria afiliada al número de teléfono celular proporcionado, a menos que se notifique lo contrario. Entiendo que mi rechazo a proporcionar la información descrita en este párrafo no afectará, directa o indirectamente, mi derecho a recibir servicios de atención médica.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente / representante del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



**CUANDO ES VISTO POR UN EMPLEADO O CONTRATISTA DE LA CLÍNICA, TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:**

Tratar al personal con consideración, respeto y dignidad.

Comprender que tu estilo de vida afecta tu salud.

Participe activamente en su atención médica.

Siga el plan de tratamiento acordado. Si elige o no puede seguir el plan de tratamiento, es su responsabilidad informar al proveedor médico.

Observe las reglas y regulaciones de las instalaciones que son para la seguridad y consideración de todos los pacientes y el personal.

Brinde información precisa y completa sobre quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, instrucciones anticipadas (testamentos en vida o poder notarial duradero) y otros asuntos relacionados con su atención médica.

Informe si comprende un curso de acción contemplado y qué se espera de usted.

**CUANDO ES VISTO POR UN EMPLEADO O CONTRATISTA DE LA CLÍNICA, TIENE DERECHO A:**

Ser tratado con consideración, respeto y dignidad;

Proteger la confidencialidad de su información médica, hacer cumplir las regulaciones de la ley de privacidad y que se le expliquen estas áreas de confidencialidad en un lenguaje que pueda entender;

Tener privacidad durante la discusión del caso, el asesoramiento y el tratamiento;

Revise sus registros en presencia de un profesional de la salud;

Conocer el nombre y las calificaciones del personal que le brinda atención;

Conozca su diagnóstico, problemas de salud, resultados de las pruebas, las posibles ventajas y riesgos del tratamiento o los procedimientos en un lenguaje que pueda comprender;

Espere que todos los servicios, tratamientos y técnicas de asesoramiento se realicen con su consentimiento informado;

Participar en la planificación de referencias;

Tener acceso al procedimiento de comentario del paciente;

Negarse a participar en la investigación.

Tenga a otra persona presente en la sala de examen con usted, si así lo desea.

Minidoka Memorial Hospital, Minidoka Medical Center RHC y Mini-Cassia Surgical and Specialty Clinic cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Minidoka Memorial Hospital no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Si necesita servicios de idiomas, acérquese a nuestro Departamento de Emergencias donde nuestro personal puede ayudarlo, o llame a nuestro operador al (208) 436 – 0481.

Si cree que MMH no proporcionó los servicios lingüísticos adecuados o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro personal del Departamento de Emergencias o de la Oficina Comercial está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.  
200 Avenida Independencia, SW  
Salón 509f, Edificio HHH  
Washington, DC 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## **English**

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services are available to you at our Emergency Department.

## **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si habla un idioma que no sea inglés, los servicios de asistencia lingüística están disponibles para usted en nuestro Departamento de Emergencias.

## **中文 (Chinese)**

注意: 如果您使用英語以外的其他語言, 我們的急診室將為您提供語言幫助服務

## **Српско-хрватски (Serbo-Croatian)**

ПАЖЊА: Ако говорите неким другим језиком осим енглеског језика, службе за помоћ у вези са језиком су вам на располагању у нашем одељењу за хитне случајеве.

## **한국어 (Korean)**

주의: 영어 이외의 언어를 사용하는 경우 응급실에서 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다.

## **नेपाली (Nepali)**

ध्यान: यदि तपाईं अ English ्रेजी बाहेक कुनै भाषा बोलुहुन्छ भने भाषा सहयोग सेवाहरू तपाईंलाई हाम्रो आपतकालीन विभागमा उपलब्ध छन्।

## **Tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu bạn nói một ngôn ngữ khác tiếng Anh, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn cho bạn tại Khoa Cấp cứu của chúng tôi.

## **عربي (Arabic)**

تنبيه: إذا كنت تتحدث لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك في قسم الطوارئ لدينا.

## **Deutsche (German)**

ACHTUNG: Wenn Sie eine andere Sprache als Englisch sprechen, stehen Ihnen in unserer Notaufnahme Sprachunterstützungsdienste zur Verfügung.

## **Tagalog (Tagalog)**

Pansin: Kung nagsasalita ka ng isang wika maliban sa Ingles, ang mga serbisyong pantulong sa wika ay magagamit sa iyo sa aming Kagawaran ng Pang-emergency.

## **русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите не на английском языке, вам доступны услуги языковой помощи в нашем отделении неотложной помощи.