

## Minidoka Medical Center, RHC

1308 8<sup>th</sup> Street Suite 1 Rupert, Idaho 83350  
Office: (208) 436-4322 Fax: (208)436-1312

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Gracias por elegir nuestra oficina! Con el fin de servirle correctamente, necesitamos la información siguiente. Por favor llene completamente. Por favor imprima. Toda la información será confidencial.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Macho  Hembra  SSN(necesario) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Dirección física \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Dirección postal (si es diferente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_ Paciente Portal Yes  No

No utilizaremos su correo electrónico para la solicitud. Es para fines de comunicación sólo a través del portal.

Método de contacto preferido: Teléfono de casa Teléfono celular Texto Correo electrónico Correo

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

Pacientes o sus Padres Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Si menor, lista nombre de padre/jefe de hogar \_\_\_\_\_

Padre/garante fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono si diferente \_\_\_\_\_

Persona de contacto en caso de emergencia? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Relación con paciente: \_\_\_\_\_

Seleccione su proveedor médico primario en esta oficina

_____ Aaron Catmull, NP	_____ Brian Muir, DO	_____ Tyson Steel, DO
_____ Cameron McHan, NP	_____ Kevin Owens, MD	_____ Jeff Swenson, MD
_____ Shawna McCaffrey, NP	_____ Casie Taylor, NP	_____ Becca Warnick, NP
_____ Brad Wynn, DO		

Seguros primarios \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Segurado \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ SSN de asegurado: \_\_\_\_\_

Número de ID # \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_

Cantidad deducible de \$ \_\_\_\_\_ Co-pago ( Co-insurance / Co-Pay ) \_\_\_\_\_

Seguros Secundarios \_\_\_\_\_ Relación seguro secundario el pt. \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ SSN de asegurado: \_\_\_\_\_

Número de ID # \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_

Cantidad deducible de \$ \_\_\_\_\_ Co-pago ( Co-insurance / Co-Pay ) \_\_\_\_\_

Entiendo que soy financieramente responsable del pago de los gastos médicos incurridos en mi nombre en Minidoka Medical Center, independientemente de la cobertura de terceros. Doy mi consentimiento y autorizo a Minidoka Medical Center a proporcionar información médica a cualquier tercero que pueda ser responsable del pago total o parcial de los cargos incurridos en Minidoka Medical Center. Autorizo a mi compañía de seguros, o a cualquier tercero responsable, a pagar los beneficios directamente al Minidoka Medical Center.

Minidoka Medical Center RHC, bajo la dirección de Minidoka Memorial Hospital, no tiene saldos de pago propio más allá de los 90 días de la fecha de servicio.

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

**Firma del paciente o padre si menor**

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 con el fin de mejorar mi documentación de atención médica (es decir, heridas, lesiones, etc.).

\_\_\_\_\_

Firma aquí

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO**

Autorizo por este medio, Minidoka Medical Center, y cualquier asistente o asociado que pueda ser designado, a realizar atención médica y hospitalaria al paciente mencionado anteriormente

\_\_\_\_\_

Firma aquí

\_\_\_\_\_

Fecha de hoy

**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 este documento completo. Minidoka Memorial Hospital and Medical Center no discriminará a un paciente por su raza, color, origen nacional, 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 comercial

\_\_\_\_\_

Firma aquí

**Consentimiento para el uso de contestador automático, mensajes de texto y / o 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 de hoy

**Personas que pueden llamar y recibir su información médica:**

Nombre:

Relación:

Teléfono:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Minidoka Medical Center, RHC

1308 8<sup>th</sup> Street Suite 1 Rupert, Idaho 83350  
Office: (208) 436-4322 Fax: (208)436-1312

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

**PARA PACIENTES CON MEDICARE: Autorización de Medicare para recibir pagos:**

**Número de identificación de Medicare:** \_\_\_\_\_

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga a mí, o en mi nombre a Minidoka Medical Center / Rural Health Clinic por cualquier servicio que me proporcione el médico / proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a liberar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, formalmente a la Administración de Financiamiento de Atención Médica y sus agentes, toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN COMPLEMENTARIA PARA RECIBIR PAGOS

*Firme SOLO si tiene un seguro secundario de Medicare)*

**PACIENTE MEDICARE Número de identificación:** \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza de seguro complementario: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL SEGURO SUPLEMENTARIO:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO SUPLEMENTARIO:** \_\_\_\_\_

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga en mi nombre a Minidoka Medical Center / Rural Health Clinic por cualquier servicio que me haya proporcionado ese médico / proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a Minidoka Medical Center toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_

## Minidoka Medical Center, RHC

1308 8<sup>th</sup> Street Suite 1 Rupert, Idaho 83350  
Office: (208) 436-4322 Fax: (208)436-1312

### Historia de salud

**Esta es información confidencial y se usará solo para el propósito de su atención médica.**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos Ninguna  ¿Qué sucede?


Medicamentos Ninguno  Fuerza ¿Cuántas veces al día lo toma?


**Adjunte otro papel si es necesario**

<b>Por favor describa cualquier problema que ha tenido alguna vez con alguno de los temas que se enumeran:</b>	Utilice esta columna para describir los detalles de <b>SU</b> Corriente y pasados Historial Médico	Utilice esta columna para describir los detalles de su <b>FAMILIA</b> Historia médica
PIEL, PELO, UNAS, LOS DIENTES Usa dentadura postiza? S N		
OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA Gafas S N Usa audífono vasos S N		
¿PROBLEMAS DEL CORAZÓN? ¿Ha tenido un ataque al corazón? S N ¿Tiene el colesterol alto? S N ¿Alta presión sanguínea? S N		Alguien de su familia ha tenido un ataque al corazón? S N

PROBLEMAS CON LOS PULMONES/RESPIRACIÓN? ¿Fuma / o ha fumado alguna vez? S N		
¿PROBLEMAS ESTOMACALES?		
PROBLEMAS DEL HÍGADO/ PÁNCREAS?		
¿PROBLEMAS INTESTINALES?		
¿PROBLEMAS DE RIÑÓN?		
PROBLEMAS DE LA VEJIGA?	EL ESCAPE DE ORINA? S N	
¿DOLOR DE ESPALDA / LESIÓN?		
¿ARTRITIS /PROBLEMAS EN LAS ARTICULACIONES?		
¿DEBILIDAD?		
¿Alguna vez ha tenido un accidente cerebrovascular? S N ¿Ha tenido convulsiones? S N		
Problemas de anemia / sangrado?		
¿CÁNCER?		
¿DIABETES? S N ¿Si es así, por cuánto tiempo? _____		
PROBLEMAS DE TIROIDES?		
<i>Mujeres:</i> ¿Cuántos embarazos ___? ¿Cuántas entregas? ____ ¿Cuándo fue su último período menstrual? _____ ¿Ha tenido una histerectomía? S N Última prueba de Papanicolaou? _____ Su última mamografía? _____		

## Minidoka Medical Center, RHC

1308 8<sup>th</sup> Street Suite 1 Rupert, Idaho 83350  
Office: (208) 436-4322 Fax: (208)436-1312

¿Alguna vez ha sufrido de depresión? S N ¿Ha sufrido de ansiedad? S N ¿Otros problemas?		
Los médicos anteriores y hospitales que han prestado atención médica a usted: Por favor escriba el nombre del doctor y de la ciudad / estado en el que se encuentran:		

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones previas:** \_\_\_\_\_

**Historia familiar:** \_\_\_\_\_

**Padre:** Vivo  Fallecido  ¿Qué edad tenía cuando falleció y por? \_\_\_\_\_  
 Condiciones de salud del padre: \_\_\_\_\_

**Madre:** Vivo  Fallecido  ¿Qué edad tenía cuando falleció y por? \_\_\_\_\_  
 Condiciones de salud del la madre: \_\_\_\_\_

Número de Hermano: \_\_\_\_\_ Problemas de Salud: \_\_\_\_\_

Número de Hermanas: \_\_\_\_\_ Problemas de salud: \_\_\_\_\_

### **Tratamiento preventivo**

	Colonoscopia	Densidad Osea	Mamografía	Prueba de Papanicolaou	Detección de cáncer de Próstata	Examen de la Vista	Examen de los Pies	Examen Rectal	Limpieza Dental
Fecha									
Normal									
Anormal									
Fecha de vencimiento									

Historial Quirúrgico y Fechas: \_\_\_\_\_

### **Historia Social**

**Occupation:**

Empleado  Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Desempleado  Jubilado  Ama de Casa  Discapacitado  Estudiante

**Estado civil:**

Casado  Soltero  Divorciado  Separado  Viudo  Viudo pero vuelto a casar  Otro significativo

## Minidoka Medical Center, RHC

1308 8<sup>th</sup> Street Suite 1 Rupert, Idaho 83350  
Office: (208) 436-4322 Fax: (208)436-1312

**Sexualmente activa:** Sí  No  Parejas múltiples  Control de la natalidad  Condones  Otro \_\_\_\_\_  
Número de Hijos \_\_\_\_\_ Número de Hombres \_\_\_\_\_ Número de Mujeres \_\_\_\_\_ Aborto/s \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Estado de actividad:** Atlético  Activo/en forma  Ocasionalmente/Rara vez  Nunca  Peso corporal ideal para usted \_\_\_\_\_

**Productos de tabaco/nicotina:** Ninguna  Cigarrillos  Cigarros  Sin humo / masticar  Cigarrillo electrónico /Vape   
(Consumo actualmente  Cuántos por día \_\_\_\_\_ Cuántos años fumó \_\_\_\_\_ Deje de Fumar  Fecha de abandono \_\_\_\_\_

**Consumo de alcohol:** Ninguno  Diariamente  Semanalmente  Socialmente  Rara vez  Cerveza  Vino  Alcohol fuerte

**Productos con cafeína:** Café  # /día \_\_\_\_\_ Té  #/día \_\_\_\_\_ Soda Pop  #/día \_\_\_\_\_ Bebida energética  #/día \_\_\_\_\_

**Drogas ilegales:** Ninguno  Marihuana  Metanfetaminas  Cocaína  Otro \_\_\_\_\_  
Experimentó con  Uso actual  Dejó  ¿Cuándo dejó de fumar \_\_\_\_\_ Rehabilitación  Autorecuperación

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

### Historial de salud mental

N/A  Depresión  Problemas de ira  Bipolar  Cortarse  Otro \_\_\_\_\_

No tratado/a  Tratado/a  Si se trata, Nombre del doctor \_\_\_\_\_

**Enfermedades contagiosas** NA  Sarampión  Paperas  VIH/SIDA  Hepatitis  A  B  C   
Otro \_\_\_\_\_

**Estado del Código** Código Completo: todas las medidas para salvar mi vida  DNR: no resucitar

**Farmacia:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Esta autorización debe estar fechada y firmada por el paciente o persona legalmente autorizada para recibir esta información.

Autorizo a Minidoka Medical Center, RHC, a divulgar una copia de mi información médica:

Paciente: _____  Fecha de Nacimiento: _____  Últimos 4 SSN: _____	Recipiente: _____  _____  _____
---	---

**La información se utilizará en nombre del paciente para los siguientes fines:**

- Transferencia de Cuidado
- Divulgar información al Especialista
- Traslado de Residencia
- Seguro/o Propósitos de discapacidad
- Legal
- Otra razon: \_\_\_\_\_

**Información a divulgar:**

- Historial médico pertinente (incluye los últimos 2 años de notas de la oficina, trabajo de laboratorio y todas las pruebas pertinentes)
- Historial médico completo (según el tamaño de la tabla, se aplicarán cargos)
- Otra razon: \_\_\_\_\_

**En conformidad con la estatua del estado que requiere un permiso especial para divulgar información privilegiada, libere los registros que pertenecen a:**

- Salud mental
- SIDA / VIH
- Drogas / Alcoholism
- Abuso sexual / Enfermedad de transmisión sexual (ETS)
- Abuso y abandono infantil

Envíe toda la información solicitada al destinatario mencionado anteriormente. El destinatario entiende que este registro puede ser voluminoso y acepta pagar todos los cargos razonables asociados con proporcionar este registro. Esta autorización expirará 180 días a partir de la fecha de la firma.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo



## **Minidoka Medical Center, RHC**

1308 8<sup>th</sup> Street Suite 1 Rupert, Idaho 83350  
Office: (208) 436-4322 Fax: (208)436-1312

*Aviso de confidencialidad: este documento contiene información confidencial que pertenece al remitente. Esta información está legalmente privilegiada y está destinada solo para el uso de la persona o entidad nombrada anteriormente.*

*Si no es el destinatario deseado, se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o acción tomada en relación con el contenido de estos documentos está estrictamente prohibida. Si recibió este comunicado por error, notifíquelo al remitente de inmediato para organizar la destrucción de los documentos. Gracias.*

---

***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;

Espera 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.

## La Discriminación es Ilegal

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)**

अ तपाईं यदि :ध्यान Englishसेवाहरू सहयोग भाषा भने बोलुहुन्छ भाषा कुनै बाहेक प्रेजी छन्। उपलब्ध विभागमा आपतकालीन हाम्रो तपाईंलाई

### **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.