

Gracias por elegir FirstCare Urgentcare Center. Por favor complete los siguientes formularios en su totalidad. Si tiene preguntas, pida ayuda al personal de recepción.

Información del Paciente

Apellido *	Nombre *	Inicial del Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) *	Sexo *	Número de Seguro Social
Idioma Preferido		
Dirección Particular *	Apto/Unidad #	Dirección (continuación)
Ciudad *	Estado *	Código Postal *
Teléfono Celular *	Teléfono de Casa	Correo Electrónico

☐ Se puede dejar mensaje de voz ☐ Se pueden enviar recordatorios por SMS ☐ Se puede enviar correo electrónico

Contacto de Emergencia

Nombre Completo *	Parentesco con el Paciente *	Número de Teléfono *

Farmacia Preferida

Nombre de la Farmacia	Teléfono de la Farmacia	Ciudad de la Farmacia

¿Cómo se Enteró de Nosotros?

☐ Proveedor de seguro ☐ Referido por amigo/familiar ☐ Búsqueda en línea ☐ Pasó por el lugar / letrero

☐ Otro

Seguro Primario

Compañía de Seguro *

Número de Plan/Grupo

Número de Miembro/Póliza *

Teléfono para Reclamos

Titular de la Póliza (si no es el paciente)

Nombre del Titular

Fecha de Nacimiento

Parentesco con el Paciente

Seguro Secundario (si corresponde)

Compañía de Seguro

Número de Plan/Grupo

Número de Miembro/Póliza

Teléfono para Reclamos

Parte Responsable (Garante)

Complete esta sección solo si otra persona, además del paciente, es responsable del pago de esta visita (por ejemplo, el padre/madre o tutor de un menor).

Nombre del Garante

Parentesco con el Paciente

Fecha de Nacimiento

Dirección del Garante

Número de Teléfono

Cesión de Beneficios y Responsabilidad Financiera

Autorizo el pago de los beneficios médicos a FirstCare Urgentcare Center, P.C. por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier cargo no cubierto por mi seguro, incluyendo copagos, coseguros, deducibles y servicios considerados no médicamente necesarios o no cubiertos. Autorizo a FirstCare Urgentcare Center, P.C. a divulgar la información médica necesaria para procesar reclamos de seguro y a facturar directamente a mi(s) aseguradora(s) en mi nombre.

Firma del Paciente / Parte Responsable

Fecha

Motivo de la Visita de Hoy

Motivo Principal de la Visita *

Alergias

☐ No tiene alergias conocidas a medicamentos (NKDA)

Enumere todas las alergias a medicamentos, alimentos o ambientales y la reacción (ej.: Penicilina - sarpullido)

Medicamentos Actuales

Enumere todos los medicamentos recetados actuales, medicamentos de venta libre y suplementos

Historial Médico — Marque todo lo que corresponda

- ☐ Diabetes ☐ Presión Arterial Alta ☐ Enfermedad Cardíaca ☐ Asma/EPOC
- ☐ Cáncer ☐ Trastorno de Tiroides ☐ Trastorno Convulsivo ☐ Enfermedad Renal
- ☐ Trastorno de Sangrado ☐ Ansiedad/Depresión ☐ Ninguno de los Anteriores
- ☐ Embarazada / Posiblemente Embarazada

Otras condiciones médicas o cirugías anteriores no mencionadas arriba

Historial Social

- ☐ Consumo de tabaco ☐ Consumo de alcohol ☐ Uso de drogas recreativas ☐ Ninguno de los anteriores

Consentimiento para el Tratamiento

Por la presente solicito y consiento el examen y tratamiento para mí mismo (o para el paciente mencionado arriba, si firmo como padre/madre o tutor) por parte de los médicos, enfermeros especializados, asistentes médicos y el personal de FirstCare Urgentcare Center, P.C. Entiendo que el centro de atención de urgencia trata afecciones episódicas y que no ponen la vida en peligro, y que en caso de una emergencia médica debo llamar al 911 o dirigirme a la sala de emergencias más cercana. Entiendo que no se ha garantizado ningún resultado del examen o tratamiento. Consiento la realización de pruebas diagnósticas de rutina, análisis de laboratorio y tratamiento según lo considere médicamente necesario el proveedor tratante.

Firma del Paciente / Tutor

Fecha

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA — Reconocimiento

FirstCare Urgentcare Center, P.C. está obligado por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) a mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI) y a proporcionarle un Aviso de Prácticas de Privacidad que describe cómo podemos usar y divulgar su PHI, y sus derechos con respecto a esa información. Una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en la recepción y en nuestro sitio web. Al firmar a continuación, reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar este Aviso.

☐ Reconozco haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Autorización para Compartir Información con Otras Personas (opcional)

Nombre(s) autorizado(s) a recibir mi información médica

Firma del Paciente / Tutor

Fecha

Política Financiera

- El pago (copago, deducible o tarifa de pago directo) debe realizarse en el momento en que se prestan los servicios.
- Aceptamos efectivo, las principales tarjetas de crédito/débito y tarjetas HSA/FSA.
- Es su responsabilidad notificarnos cualquier cambio en su cobertura de seguro o información personal.
- Si su seguro no puede verificarse o no tiene seguro, se le tratará como paciente de pago directo y se espera el pago completo al momento de la visita.
- Las cuentas sin pagar después de 60 días pueden enviarse a cobranza. Se aplica un cargo por cheque devuelto a cualquier pago rechazado.

He leído y entiendo la política financiera de FirstCare Urgentcare Center, P.C. y acepto regirme por sus términos.

Firma del Paciente / Parte Responsable

Fecha

Consentimiento para el Uso de Tecnología de Escriba de IA Ambiental

FirstCare Urgentcare Center, P.C. utiliza una herramienta de escriba de inteligencia artificial (IA) ambiental para ayudar a nuestros proveedores a documentar su visita. Con su permiso, la herramienta escucha y transcribe la conversación entre usted y su proveedor durante su visita para ayudar a generar un borrador de su nota clínica en su expediente médico.

Cómo funciona

- El escriba de IA solo está activo durante su visita, con su proveedor presente, y únicamente después de que usted dé su consentimiento.
- El audio se utiliza para generar un borrador de la nota clínica; su proveedor revisa, edita y aprueba cada nota antes de que forme parte de su expediente médico permanente.
- La grabación/transcripción se procesa bajo las mismas protecciones de privacidad y seguridad de HIPAA que se aplican al resto de su expediente médico, y no se utiliza con fines de mercadeo ni se comparte con terceros no autorizados.
- Puede rechazar o retirar su consentimiento en cualquier momento, antes o durante su visita, sin que esto afecte la atención que recibe.

Reconocimiento del Paciente

Entiendo que FirstCare Urgentcare Center, P.C. utiliza una herramienta de escriba de IA ambiental como se describe anteriormente para ayudar con la documentación clínica, y que mi proveedor revisa y es responsable de la exactitud de mi expediente médico final. Entiendo que esta tecnología es opcional y que rechazarla no afectará la calidad de la atención que recibo.

☐ **SÍ** — Doy mi consentimiento para el uso de la herramienta de escriba de IA ambiental durante mi(s) visita(s) en este consultorio.

☐ **NO** — No doy mi consentimiento para el uso de la herramienta de escriba de IA ambiental. Mi visita se documentará utilizando métodos estándar.

Firma del Paciente / Tutor

Fecha

Uso Exclusivo del Consultorio — Verificación del Personal

Seguro Verificado Por

Fecha de Verificación

Iniciales de Recepción