

# LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA ADMISIÓN DE PACIENTE NUEVO

---

## \*\*\*\*\*ATENCIÓN SOCIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CENTROS\*\*\*\*\*

### INFORMACIÓN MÉDICA REQUERIDA POR EL PACIENTE

- Seguro médico del paciente: incluya una copia actualizada de todas las tarjetas de seguro:
  - Medicare #
  - Número de Medicaid
  - Seguro suplementario #
  - Estatus de veterano, rama militar y tarjeta de seguro VA
- Directiva anticipada/testamento vital/documentación DNR Hoja frontal
- Lista de medicamentos actual
- Historial más reciente y resumen físico o de alta de la última visita al PCP o al hospital Lista de médicos/proveedores de atención especializada más recientes
- Paquete de admisión de nuevos pacientes de Sequoia: TOTALMENTE COMPLETADO

**Tenga en cuenta: toda la documentación mencionada anteriormente debe recibirse y completarse en su totalidad ANTES de la reunión inicial cara a cara con un profesional de Sequoia. Los nuevos pacientes NO serán programado hasta que toda la documentación haya sido recibida y revisada.**

# Formulario de Admisión Continuación

---

FECHA:	M      F      O
NOMBRE DEL PACIENTE:	TELÉFONO CASA:
NOMBRE DESEADO:	CORREO ELECTRÓNICO (obligatorio para el portal):
DIRECCIÓN:	TELÉFONO MÓVIL:
N° DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:
RESPONSABLE (Menor/Tutor):	RELACIÓN:

## SEGURO PRIMARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:	
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:	FECHA DE NACIMIENTO:
POLÍTICA #:	GRUPO #:

## SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:	
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:	FECHA DE NACIMIENTO:
POLÍTICA #:	GRUPO #:

# CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO

---

CONSENTIMIENTO PARA DIAGNOSTICAR Y TRATAR: Entiendo que mi condición de salud puede requerir diagnóstico y tratamiento. Sequoia Integrative Medical Services, LLC y sus afiliados, incluidos Sequoia Health Services ALF, LLC (colectivamente, "Sequoia") es una práctica de medicina familiar que brinda evaluación y servicios de tratamiento a través de proveedores de atención primaria. Por la presente doy mi consentimiento voluntariamente para dicho tratamiento, servicios y procedimientos según lo ordenado por mi médico y/o proveedor de práctica avanzada no médico asociado con Sequoia. Dichos tratamientos y procedimientos pueden incluir, entre otros: exámenes, extracciones de sangre, análisis de laboratorio, seguimiento, medicamentos y otras terapias. Entiendo que los estudiantes de enfermería y otras personas en programas de capacitación profesional pueden estar entre los individuos, empleados y subcontratistas.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Sequoia y autorizo a sus asociados y/o personas designadas a discutir y proporcionar documentación de mi historial médico, diagnóstico, tratamiento y pronóstico como se describe en el mismo. Es política de Sequoia no divulgar información médica confidencial a los familiares del paciente sin el consentimiento por escrito del paciente, que debe proporcionarse en un formulario firmado por separado.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y consiento total y voluntariamente a su consentimiento.

---

Firma del paciente

---

Fecha

---

Firma del Representante Legal/Relación

---

Fecha

# Autorización de privacidad HIPAA

Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida según lo exige la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico, 45 CFR Partes 160 y 164

## 1. Autorización

a. Autorizo a Sequoia Integrative Medical Services, LLC y a sus proveedores a utilizar y divulgar la información protectora de salud que se describe a continuación a compañías de seguros, otros proveedores médicos, cualquier persona involucrada en mi atención o compañía de facturación.

## 2. Período de vigencia

a. Esta autorización de divulgación de información cubre el período de atención médica desde

i. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

O

ii. Todos los períodos pasados, presentes y futuros.

\*PREFERIDO\* Esto permite a Sequoia Integrative Medical Services, LLC acceder a todos los documentos médicos necesarios durante todo el período de servicio del paciente.

## 3. Alcance de la autorización

a. Autorizo la divulgación de mi historial médico completo, incluidos registros relacionados con atención médica, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA, y tratamiento de abuso de alcohol y drogas, o cualquier otro tratamiento (especifique).

4. Esta información médica puede ser utilizada por la persona que autorizo a recibir esta información para tratamiento o consulta médica, facturación o pago de reclamos, o para los fines que yo indique.

5. Esta autorización tendrá vigencia mientras dure la atención del paciente.

6. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya actuado basándose en mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene el derecho legal de impugnar un reclamo.

7. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados sobre si firmo esta autorización.

8. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal/Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Poder notarial (POA) Divulgación de información

Debe indicar el agente financiero si el paciente no administra sus finanzas de forma independiente.

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

Atención médica     Financiera     Ambos atención médica/financiera

Registros de salud mental     Tratamiento por abuso de alcohol/drogas

Enfermedades transmisibles (incluidos el VIH y el SIDA)     Otro

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_

**Por la presente doy mi consentimiento a la persona mencionada anteriormente para recibir información sobre mi condición médica y permitir el acceso a mi portal de pacientes.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal/Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA INSTALACIÓN : \_\_\_\_\_ NÚMERO DE HABITACIÓN: \_\_\_\_\_

FARMACIA : \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE FARMACIA: \_\_\_\_\_ FAX DE FARMACIA #: \_\_\_\_\_

¿TIENE ESTE PACIENTE UN FORMULARIO WI DNR (NO RESUCITAR)?      Sí       NO

¿ESTE PACIENTE TIENE UNA PULSERA WI DNR?      Sí       NO

¿ESTE PACIENTE TIENE CERTIFICADO DE INCAPACIDAD?      Sí       NO

**ANTECEDENTES DE SALUD FAMILIAR** ¿Algún miembro de la familia (padres, hermanos, hijos) ha tenido alguna de las condiciones enumeradas?

Diabetes \_\_\_\_\_ Cáncer \_\_\_\_\_ Enfermedad cardíaca \_\_\_\_\_ Presión arterial alta \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_

¿HA ESTADO HOSPITALIZADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?      Sí       NO

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL MOTIVO Y LA FECHA DE LA HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DE SALUD PERSONAL

\*\*\*(POR FAVOR INCLUYA LISTA DE DIAGNÓSTICOS)\*\*\*

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para oír	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ORL Sinusitis/Resfriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estómago/Vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias estacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis/Gota/Enfermedades			Trastorno nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de la visión/ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes I/II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos/Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

EN CASO AFIRMATIVO A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

ALERGIAS A MEDICAMENTOS/ALIMENTOS:      Sí       NO

ALERGIA	REACCIÓN

<b>Medicamentos y dosis actuales</b>	(Si se adjunta la lista de medicamentos del centro, indíquelo)

<b>ANTECEDENTES SOCIALES</b>
------------------------------

SÍ    NO

¿Fuma usted actualmente?  SÍ  NO    ¿Desde cuándo fuma/ha fumado? \_\_\_\_\_  
 Paquetes por día \_\_\_\_\_  
 Si tiene antecedentes de fumar, ¿cuándo dejó de fumar? \_\_\_\_\_

¿Actualmente consumes drogas?  SÍ  NO    ¿Cuánto tiempo ha consumido drogas? \_\_\_\_\_  
 ¿Fecha de salida? \_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol?  SÍ  NO    ¿Número de tragos por semana? \_\_\_\_\_  
 ¿Historia de abuso de alcohol? \_\_\_\_\_

FECHA DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO MÁS RECIENTES \_\_\_\_\_

**\*POR FAVOR INCLUYA COPIA DE LOS RESULTADOS SI ESTÁ DISPONIBLE\***

Vejiga/intestino	Continente <input type="checkbox"/>	Incontinente <input type="checkbox"/>	Otro _____
Visión	Lleva gafas <input type="checkbox"/>	No usa gafas <input type="checkbox"/>	
Audiencia	Audífonos/dispositivos auditivos <input type="checkbox"/>		Otro _____
Movilidad	Ninguno <input type="checkbox"/>	Bastón <input type="checkbox"/>	4WW <input type="checkbox"/> 2WW <input type="checkbox"/> W/C manual <input type="checkbox"/> W/C Broda <input type="checkbox"/>
	Dispositivo de transferencia (Hoyer, EZ Stand, etc.) _____		
AVD	Independiente <input type="checkbox"/>	1 Ayuda con los cuidados <input type="checkbox"/>	2 Ayuda con los cuidados <input type="checkbox"/>
Dieta	Regular <input type="checkbox"/>	Mecánico Suave <input type="checkbox"/>	En puré <input type="checkbox"/>
	Diabético <input type="checkbox"/>	NAS/Cardíaco <input type="checkbox"/>	Otro _____

**Servicios de terapia actuales    \*\*El paciente recibe estos servicios en este momento\*\***

Fisioterapia     Terapia ocupacional     Terapia del habla     Enfermería especializada

Proveedor de servicios/nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

# Consentimiento informado para la inscripción en la gestión de atención crónica (CCM)

---

- **¿Qué es el CCM?**

Servicios de gestión de cuidados crónicos (CCM) prestados por un médico o un profesional no médico (asistente médico [PA], enfermero practicante [NP], enfermero clínico especialista [CNS], enfermera partera certificada [CNM] y su personal clínico, por mes calendario, para pacientes con múltiples (dos o más) afecciones crónicas en los últimos 12 meses o hasta la muerte del paciente, y que colocan al paciente en riesgo significativo de muerte, exacerbación aguda/ descompensación o deterioro funcional. Sólo el profesional puede facturar a CCM por período de servicio (mes).

- Uso de una Historia Clínica Electrónica Certificada (HCE)
- Continuidad de la atención con un miembro del equipo de atención designado
- Gestión integral de la atención y planificación de la atención
- Gestión de la atención de transición
- Coordinación con proveedores de servicios clínicos domiciliarios y comunitarios
- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana para abordar necesidades urgentes
- Comunicación mejorada (por ejemplo, correo electrónico, o portal del paciente)
- Consentimiento avanzado

**Que usted, el paciente o el agente de atención médica interino, haya leído la literatura sobre CCM, esté de acuerdo en participar en los servicios de CCM y comprenda lo siguiente:**

- Puede haber un posible copago (consulte su tarjeta de seguro para obtener información sobre el copago)
- El paciente puede cancelar el programa CCM en cualquier momento.
- El Plan de atención del paciente puede compartirse con otros proveedores
- Sólo un profesional por mes puede facturar por el servicio CCM

**No inscribirse en los servicios de CCM impide que los profesionales de Sequoia manejen las condiciones crónicas "internamente", lo que genera una mayor probabilidad de requerir citas con especialistas fuera de las instalaciones para un manejo adecuado.**

**Si Medicaid es su seguro principal, los servicios de CCM son un beneficio no cubierto. Por favor marque esta casilla para darse de baja.**

---

Firma del paciente

---

Fecha

---

Firma del Representante Legal/Relación

---

Fecha

# Consentimiento informado del paciente para servicios de telemedicina

---

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes ubicaciones compartan información médica de pacientes individuales con el fin de mejorar la atención al paciente. Los proveedores pueden incluir profesionales de atención primaria, especialistas, subespecialistas, empleados y subcontratistas. La información puede usarse para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes:

- Registros médicos de pacientes
- Imágenes médicas
- Audio y vídeo bidireccional en directo
- Salida de datos de dispositivos médicos y archivos de sonido y vídeo.

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación y de imágenes del paciente e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no. La responsabilidad de la atención del paciente seguirá siendo del expediente médico del paciente.

## **Beneficios esperados:**

- Acceso mejorado a la atención médica al permitir que el paciente permanezca en su sitio de atención médica local (es decir, en casa) mientras el médico consulta y obtiene los resultados de las pruebas en lugares distantes/ otros sitios.
- Evaluación y manejo médico más eficiente.
- Obtención de la experiencia de un especialista.

## **Posibles riesgos:**

Como ocurre con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telemedicina. Estos riesgos incluyen, entre otros:

- En casos raros, el consultor puede determinar que la información transmitida es de calidad inadecuada, por lo que será necesario una reunión cara a cara con el paciente o al menos una consulta por video reprogramada.

# Consentimiento informado del paciente para servicios de telemedicina (continuación)

---

Al firmar a continuación, usted reconoce que comprende y está de acuerdo con la siguiente explicación de "Consentimiento informado"

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina, y que ninguna información obtenida en el uso de la telemedicina, que me identifique, será divulgada a investigadores u otras entidades sin mi consentimiento por escrito.
2. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina sin afectar mi derecho a el curso de mi atención en cualquier momento, atención o tratamiento futuro.
3. Entiendo las alternativas a la consulta de telemedicina tal como me las han explicado, y elijo participar en una consulta de telemedicina, entiendo que algunas partes del examen que involucran pruebas físicas pueden ser realizadas por personas en mi ubicación, o en un centro de pruebas, bajo la dirección del proveedor de atención médica consultor.
4. Entiendo que la telemedicina puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal. información a otros médicos que puedan estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado.
5. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de la telemedicina en mi atención, pero que no se pueden garantizar resultados seguros.
6. Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas para fines de programación y facturación. Otras personas también pueden estar presentes durante la consulta además de mi proveedor de atención médica y los proveedores de atención médica que consultan para operar el equipo de video. Todas las personas antes mencionadas mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la consulta y, por lo tanto, tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi historial médico/examen físico que sean personalmente sensibles para mí; (2) pedir al personal no médico que abandone la sala de examen de telemedicina; y/o (3) finalizar la consulta en cualquier momento.

Consentimiento del paciente para el uso de la telemedicina:

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre la telemedicina, la he discutido con mi médico o los asistentes que puedan ser designados y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. He leído este documento detenidamente y entiendo los riesgos y beneficios de la consulta por teleconferencia y una visita de telemedicina según los términos aquí descritos.

Al firmar a continuación, por la presente declaro que he leído, comprendido y acepto los términos de este documento.

Si Medicaid es su seguro principal, los servicios de telemedicina son un beneficio no cubierto, marque la casilla para cancelar su cobertura.

---

Firma del paciente

---

Fecha

---

Firma del Representante Legal/Relación

---

Fecha



## **Formulario de consentimiento para la monitorización remota de pacientes (RPM)**

Si no comprende o no está de acuerdo con parte o toda la información a continuación, no firme este acuerdo.

### **Riesgos y beneficios de RPM**

Los servicios de RPM le permiten a su proveedor médico controlar su salud entre visitas. Esto no significa que su proveedor monitoreará su estado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. RPM puede ayudar a su proveedor médico a identificar problemas que requieren atención antes que sin RPM y le permite comunicar información a su proveedor sin tener que desplazarse a la oficina del proveedor. Los dispositivos RPM dependen de una buena conexión celular o bluetooth para transmitir datos, cualquier deficiencia en la conexión puede resultar en una falla en la transmisión de información.

Acepto permitir que Sequoia Integrative Medical Services proporcione monitoreo remoto de pacientes (RPM) servicios. Estos servicios incluyen el uso de tecnología de monitoreo de salud remoto para transferir información de salud de forma inalámbrica. datos, incluidos, entre otros, presión arterial, peso, glucosa en sangre, etc. Las RPM también incluyen consulta y orientación de mi proveedor médico, quién tendrá acceso para ver estos datos y quién

Puede comunicarse con mí o con los miembros de mi equipo de atención, incluidos familiares, cuidadores, tutores, etc.

Entiendo que:

- Soy la única persona que debería utilizar el equipo de monitoreo remoto según las instrucciones.
- No usaré el dispositivo por motivos distintos a este programa de Monitoreo remoto de pacientes.
- Sólo puedo participar en este programa con un proveedor médico a la vez.
- Tomaré mis lecturas diariamente o según las instrucciones de mi proveedor médico como parte de mi participación en el programa.
- Mis datos se transmitirán electrónicamente desde el dispositivo a mi proveedor de forma segura. manera, pero esa seguridad de la información nunca puede garantizarse al 100%.
- Mi proveedor almacenará de forma segura y confidencial mis datos recopilados en mi tarjeta médica electrónica registrar lo mejor que puedan, pero la seguridad de la información nunca puede garantizarse al 100%.



Reconozco que:

- RPM NO ES UNA UNIDAD DE RESPUESTA A EMERGENCIAS Y NO ESTÁ MONITOREO 24 horas al día, 7 días a la semana. Llame al 911 para emergencias médicas inmediatas.
- Al proporcionar mi información de teléfono y correo electrónico a continuación, acepto participar en el acceso automatizado y mensajes de texto personalizados y llamadas telefónicas. Entiendo que puedo optar por no recibir recordatorios automáticos para realizar lecturas en cualquier momento.

Consentimiento financiero:

- A mi seguro se le cobrará mensualmente por este servicio. Es posible que se apliquen copagos.
- Mi proveedor médico es propietario del equipo y soy responsable de devolverlo cuando mi participación en el programa RPM ha finalizado.
- No manipularé el equipo y entiendo que puedo ser responsable de cualquier tarifa asociados con el mal uso o pérdida del equipo.
- Puedo retirar mi consentimiento para participar en este programa en cualquier momento comunicándome con mi médico proveedor y devolver el equipo que me fue proporcionado.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y entiendo la información y consentimiento para participar en el programa de Monitoreo Remoto de Pacientes (RPM), como se indicó anteriormente. Soy consciente que este consentimiento es válido hasta que lo retire.

Fecha: \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Persona autorizada: \_\_\_\_\_

Firma del paciente de la persona autorizada: \_\_\_\_\_

Relación de la persona autorizada: \_\_\_\_\_



## Información de contacto de monitorización remota de pacientes (RPM)

Su programa de Monitoreo Remoto de Pacientes incluye recordatorios para tomar mediciones de salud. Los recordatorios automáticos solo se envían si no toma una lectura de acuerdo con las indicaciones de su médico. instrucciones. Puede optar por no recibir recordatorios automáticos en cualquier momento, pero aún así será contactado sobre su plan de tratamiento individual de su proveedor médico.

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

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono móvil: \_\_\_\_\_

- No tengo teléfono móvil
- Me gustaría dejar de recibir mensajes de texto automáticos
- Me gustaría dejar de recibir recordatorios automáticos de correo de voz

Número de teléfono residencial: \_\_\_\_\_

- No tengo teléfono de casa
- Me gustaría dejar de recibir recordatorios automáticos de correo de voz

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

- No tengo una dirección de correo electrónico