

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____



BIENVENIDO A BAPTIST HEALTH MEDICAL GROUP

DIRECCIÓN:	
TELÉFONO:	
FAX:	
HORARIO:	
DESPUÉS DEL HORARIO DE ATENCIÓN:	

Estimado/a _____:

Gracias por confiar su atención médica a Baptist Health Medical Group. Nuestro equipo de médicos y nuestro personal están dedicados a prestarle atención médica avanzada en un entorno cómodo y sanador. Nuestro objetivo es asegurarnos de que su visita sea lo más agradable y sin complicaciones posible.

Su cita con _____ se programó para el _____ a las _____.

En este paquete para pacientes nuevos se incluye lo siguiente:

- Formularios del paciente que se deben completar antes de la consulta
- Políticas y procedimientos

Queremos hacer todo lo posible por garantizar la puntualidad de su consulta. Para hacerlo, le pedimos que traiga cualquier artículo que corresponda de la lista de abajo.

- ✓ Formularios adjuntos completados
- ✓ Identificación con foto
- ✓ Tarjetas de seguros
- ✓ Lista de medicamentos y suplementos actuales
- ✓ Cualquier pago que tenga que hacer (copago, coseguro, prepago)
- ✓ Expediente médico de su proveedor de atención primaria o especialista anterior, incluyendo notas del consultorio, informes de imágenes, discos y cualquier otra prueba de diagnóstico relevante
- ✓ Documentos de planificación de atención anticipada (por ejemplo, formularios de poder, testamento en vida, representante de atención médica)

Esperamos que su experiencia en Baptist Health sea excelente. No dude en llamarnos al teléfono que se indica arriba si tiene alguna pregunta, comentario o preocupación sobre nuestro consultorio. Estamos dedicados a resolver sus solicitudes de manera oportuna y nos esforzamos por prestar servicios y atención médica de calidad a todos nuestros pacientes.

Atentamente,

Su equipo de atención médica de Baptist Health Medical Group

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



MEDICAL GROUP

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Escriba en letra de molde legible.

Fecha: _____

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de email: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Origen étnico: Hispano/latino No hispano/latino

Raza: Blanco Negro/afroamericano Asiático Nativo americano/de Alaska

Nativo de Hawái/islas del Pacífico

Idioma preferido: _____ Idioma escrito: _____ ¿Necesita intérprete? Sí No

¿Tiene directivas anticipadas/testamento en vida? Sí No

¿Tiene un poder legal? Sí No

¿Tiene otras consideraciones/documentos de planificación de atención médica anticipados? _____

Adaptaciones especiales (seleccione tantas como correspondan): Audición Visión Habla

Otro _____

¿Es veterano? Sí No

Estado de empleo: Tiempo completo Tiempo parcial No tiene empleo Servicio militar

Por cuenta propia Discapacitado Estudiante de tiempo completo

Estudiante de tiempo parcial Jubilado

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Médico de atención primaria (primer nombre y apellido): _____

Teléfono del médico de atención primaria: _____

Médico que remite (primer nombre y apellido): _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de contacto de emergencia: _____

Información del garante

Información de la persona responsable económicamente.

Misma que la del paciente. Pase a la sección de seguro/suscriptor.

Nombre del garante: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

SSN: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Situación laboral: Tiempo completo Tiempo parcial Sin empleo Servicio militar

Autónomo Discapacitado Estudiante a tiempo completo

Estudiante a tiempo parcial Jubilado

Empleador garante: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____



Información del seguro/suscriptor

Seguro primario: _____ Plan (por ejemplo, PPO, HMO): _____
Identificación del miembro N.º: _____ Dirección de reclamos: _____
Nombre del suscriptor: _____ Relación del paciente con el suscriptor: _____
N.º de grupo: _____ SSN del suscriptor: _____
Sexo del suscriptor: ____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
Dirección del suscriptor: _____
Situación laboral del suscriptor: _____ Nombre del empleador: _____
Teléfono del empleador: _____ Dirección del empleador: _____

Seguro secundario: _____ Plan (por ejemplo, PPO, HMO): _____
Identificación del miembro N.º: _____ Dirección de reclamos: _____
Nombre del suscriptor: _____ Relación del paciente con el suscriptor: _____
N.º de grupo: _____ SSN del suscriptor: _____
Sexo del suscriptor: ____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
Dirección del suscriptor: _____
Situación laboral del suscriptor: _____ Nombre del empleador: _____
Teléfono del empleador: _____ Dirección del empleador: _____

Farmacia preferida (local)

Especifique la farmacia local preferida.
Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Farmacia preferida (de venta por correo)

Especifique la farmacia de pedido por correo preferida.
Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



MEDICAL GROUP

Medicamentos actuales

Liste todos los medicamentos de venta con o sin receta, los medicamentos a base de hierbas y las vitaminas (incluya la dosis y la frecuencia). Si necesita más espacio, continúe la lista de medicamentos en una página separada.

Nombre del medicamento/ medicina/vitamina	Dosis (si se sabe)	¿Cuántas veces al día?	Nombre del medicamento/ medicina/vitamina	Dosis (si se sabe)	¿Cuántas veces al día?
1.			11.		
2.			12.		
3.			13.		
4.			14.		
5.			15.		
6.			16.		
7.			17.		
8.			18.		
9.			19.		
10.			20.		

Alergias a comida o medicamentos

Escriba abajo todas las alergias.

Nombre del medicamento/medicina/ otro alérgeno (por ejemplo, maní)	Tipo de reacción (por ejemplo, urticaria, sarpullido, estornudos, anafilaxia)	Gravedad (por ejemplo, leve, mediana, alta)
1. Látex: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Inmunizaciones/vacunas

Márquelas y escriba la fecha en que las recibió.

Influenza _____

Tétanos _____

Neumococo _____

Rubéola _____

Herpes zóster _____

COVID-19 _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



MEDICAL GROUP

Historia médica

Marque la casilla si alguna vez tuvo algo de los siguientes.

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Marcapasos/desfibrilador |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> UTI frecuentes | <input type="checkbox"/> Mala coagulación de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> Prueba de TB positiva |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre (reacción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No) | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Llagas |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Otro (haga una lista abajo): |
| <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pólipos de colon | <input type="checkbox"/> Hipertensión | _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Infecciones de riñones | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Migrañas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/baja densidad ósea | _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Quistes ováricos | _____ |

Historia social

¿Consumo o alguna vez consumí productos de tabaco (tabaco o rapé/tabaco para mascar)?

Sí No Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo? _____

¿Cuánto al día? _____ ¿Durante cuántos años? _____ ¿Cuándo lo dejó? _____

¿Toma alcohol? Sí No

¿Cuánto al día? _____ ¿Cuánto a la semana? _____ ¿Durante cuántos años? _____

¿Cuándo lo dejó? _____

¿Consumo ahora o alguna vez consumí drogas recreativas? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuáles? Anfetaminas Heroína Cocaína
 Marihuana Barbitúricos Otras: _____

¿Cuánto al día? _____ ¿Cuánto al mes? _____ ¿Durante cuántos años? _____

¿Cuándo lo dejó? _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



BAPTIST HEALTH[®]

MEDICAL GROUP

Historia familiar

Liste todas las enfermedades importantes de sus familiares directos (padre, madre, hermanos, hermanas).

Indique el familiar
Artritis, gota
Asma, fiebre del heno
Cáncer
Adicción a drogas o alcohol
Diabetes
Ataque cardíaco

Indique el familiar
Enfermedades del corazón
Presión alta
Colesterol alto
Enfermedades de los riñones
Derrame cerebral
Otro:

Relación familiar	Edad	Enfermedad	Si falleció, causa de la muerte
Padre			
Madre			
Hermanos			
Hermanas			
Hijos			
Cónyuge			
Otra (familiar paterno/ materno)			

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Historia de cirugías

Liste todas las operaciones con fechas o edades aproximadas.

Tipo	Cuándo	Centro	Médico
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Historia de pruebas

Tipo de prueba	Lugar de la prueba
Cateterización cardiaca: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Prueba de esfuerzo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ecocardiograma: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Electrocardiograma (EKG) reciente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Análisis de laboratorio en los últimos 12 meses: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Historia de diagnóstico por imágenes

Tipo	Cuándo	Lugar	Proveedor
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

Revisión de los sistemas

Marque la casilla si siente algo de lo siguiente.

Constitución

- Cambio de actividad
- Cambio de apetito
- Escalofríos
- Fiebre
- Sudoración
- Cansancio
- Cambio inesperado de peso

CABEZA, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA (HENT)

- Congestión
- Problemas dentales
- Babear
- Secreción del oído
- Dolor de oído
- Hinchazón facial
- Pérdida de audición
- Llagas en la boca
- Hemorragias nasales
- Goteo posnasal
- Zumbido en los oídos
- Congestión nasal
- Presión en los senos paranasales
- Estornudos
- Dolor de garganta
- Dificultad para tragar
- Cambio en la voz

Ojos

- Secreción
- Picazón
- Sensibilidad a la luz
- Dolor
- Enrojecimiento
- Alteraciones visuales

Respiratorio

- Opresión en el pecho
- Atragantamiento
- Tos
- Pausas en la respiración
- Falta de aire
- Estridor
- Sibilancias

Cardiovascular

- Dolor de pecho
- Hinchazón de las piernas
- Palpitaciones

Gastrointestinal

- Dolor abdominal
- Sangrado anal
- Sangre en heces
- Estreñimiento
- Diarrea
- Solo náuseas
- Náuseas y vómitos
- Dolor rectal
- Reflujo/acidez
- Vómitos
- Vómitos con sangre
- Pérdida de peso

Endocrino

- Intolerancia al frío
- Hambre excesiva
- Sed excesiva
- Producción excesiva de orina
- Intolerancia al calor

Genitourinarios

- Dificultad para orinar
- Dolor de costado
- Frecuencia
- Úlceras genitales
- Pérdida involuntaria/ Filtración de orina
- Problemas menstruales
- Dolor en las relaciones sexuales
- Dolor al orinar
- Dolor pélvico
- Urgencia para orinar
- Disminución de orina
- Sangrado vaginal
- Secreción vaginal
- Dolor vaginal

Musculoesqueléticos

- Dolor de espalda
- Dolor de articulaciones
- Hinchazón en las articulaciones
- Dolores musculares
- Dolor de cuello
- Rigidez en el cuello

Piel

- Cambio de color
- Palidez
- Sarpullido
- Herida

Alérgicos/ inmunológicos

- Alergias medioambientales
- Alergias a comida
- Inmunocomprometido

Neurológico

- Mareos
- Asimetría facial
- Dolores de cabeza
- Aturdido
- Entumecimiento
- Desmayos
- Convulsiones
- Dificultad para hablar
- Temblores
- Debilidad

Hematológico

- Hematomas/sangrar fácilmente
- Glándulas inflamadas

Psiquiátrico

- Agitación
- Problemas conductuales
- Confusión
- Disminución de la concentración
- Alucinaciones
- Hiperactividad
- Nerviosismo/ansiedad
- Tristeza
- Autolesiones
- Trastornos del sueño
- Ideas de suicidio o pensamientos de autolesión

MyChart

Los pacientes que se inscriban en MyChart tendrán acceso gratis a sus expedientes médicos de Baptist Health Medical Group. Los otros beneficios de MyChart incluyen la capacidad de hacer citas, pedir resurtidos de medicamentos con receta y enviar mensajes a su proveedor. Para configurar su cuenta, puede dar su dirección de correo electrónico cuando se registre para su cita o visitar: <https://mychart.baptisthealth.com>.

Facturación

Baptist Health presenta sus reclamos de seguro por usted como otro servicio más. Recuerde que su póliza de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros. Puede que deba comunicarse con la compañía de seguros para resolver desacuerdos con los pagos. Usted es responsable del pago de los servicios y se espera que lo haga si la compañía de seguros deniega el pago de los servicios.

Saldos del paciente

Los copagos se deben hacer el día del servicio. Si no se paga el copago en el momento de la consulta, es posible que haya que reprogramar la cita. Los pacientes que pagan por su cuenta también deben pagar el día del servicio. Si tiene un saldo pendiente, se espera que lo pague, además del copago o los cargos de la consulta, antes de que lo atienda el proveedor. Se puede llegar a otro acuerdo de pago antes de una consulta en algunas circunstancias. Las cuentas sin pagar se pueden enviar a una agencia de cobros.

Cancelación de una cita

Awise de la cancelación con un mínimo de 24 horas de antelación llamando a nuestro consultorio. Esto permitirá que le demos la cita a otro paciente. A los pacientes que hayan cancelado varias veces en el mismo día o que no se presenten a las citas se les puede dejar de prestar el servicio en el consultorio a criterio del proveedor.

Llegadas tarde

Llame a nuestro consultorio en cuanto sepa que es posible que llegue tarde. Según la hora a la que llegue, puede ser que lo atiendan o que le pidan reprogramar la cita.

Mensajes telefónicos

Le responderán la llamada en 24 horas. Puede ser que no le respondan el mensaje telefónico hasta el final del día, después de haber atendido al último paciente en el consultorio. Las llamadas telefónicas se devuelven según la urgencia de la situación médica del paciente. Si nos llama después del horario de trabajo, su llamada se dirigirá a nuestra línea para llamadas después del horario de atención.

Remisiones

Programar las citas de remisiones y procedimientos ambulatorios puede tardar hasta cinco días laborables. Las citas urgentes se programarán en cuanto sea posible. Se necesita esta cantidad de tiempo para verificar los requisitos de autorización previa del seguro. Si tiene que cambiar la cita, puede comunicarse con la oficina de remisiones para hacerlo. Consulte a la compañía de seguros para saber si se necesita una autorización previa, ya que básicamente es la responsabilidad del paciente saber cuál es la cobertura de su seguro.

Medicamentos con receta

Pida los resurtidos de recetas con receta con 48 horas de antelación. Para asegurarse de que se haya pedido la receta correcta en la farmacia correcta, cuando deje la información de un resurtido especifique su nombre y fecha de nacimiento, el nombre del medicamento, la dosis, las instrucciones, la cantidad de medicamento y el nombre y teléfono de la farmacia. El proceso de resurtido de recetas puede ser diferente para determinados tipos de medicamentos con receta.

Resultados de las pruebas

El personal clínico revisará los resultados de los análisis de laboratorio o de otras pruebas cuando se reciban en nuestro consultorio. Si hay algo que se debe atender de inmediato, le avisarán por teléfono. Si no ha tenido novedades después de dos semanas, llame a nuestro consultorio para confirmar el estado de sus resultados.

Expedientes médicos

Usted tiene derecho a una copia gratis de su expediente médico. Una vez que tengamos una autorización válida en nuestro archivo, su pedido se procesará en 30 días. Después de la copia gratis, se aplicará una tarifa de \$1 por página. Los pedidos de terceros, como un abogado, se enviarán después de que se haya recibido una autorización válida y el pago.

Solicitudes de documentación

Puede haber una tarifa por los servicios de documentación. Estos servicios incluyen completar los formularios de la FMLA, formularios del seguro de vida y cartas escritas en nombre del paciente. El pago se debe hacer antes de completar la documentación. El consultorio puede darle un cálculo de la tarifa basado en sus necesidades específicas de documentación.

Artículos necesarios

El consultorio del médico que lo remite no puede enviarnos las imágenes de radiología; usted debe traer el CD. Traiga también el informe por escrito que está asociado con las pruebas de diagnóstico por imágenes. Debe traer su identificación con foto y sus tarjetas de seguros. Los copagos se deben pagar el día del servicio o es posible que sea necesario reprogramar la cita.

Si no trae estos artículos, puede que se re programe su cita.

Actualizaciones de la información del paciente

Asegúrese de informarnos de cualquier cambio de dirección o teléfono para que podamos comunicarnos con usted sobre su estado de salud.

Leí y entiendo las políticas y procedimientos mencionados arriba.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Sign up for MyChart

Baptist Health's Patient Portal

Para activar MyChart, necesitará:

- Código de activación
- Su fecha de nacimiento
- Últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social

Probablemente, reciba un código de activación en la sección "MyChart Signup" (Registrarse en MyChart) de su Resumen después de la visita, que recibirá después de ir a un centro de Baptist Health. También puede llamar al Servicio de Asistencia de MyChart al **844.764.7820** para recibir un código de activación. El Servicio de Asistencia enviará el código por correo electrónico o carta. Independientemente de cómo reciba el código de activación, el proceso de inscripción es el mismo.

Después de que reciba el código de activación, siga estos pasos para inscribirse:

1. Visite el sitio web de MyChart en MyChart.BaptistHealth.com.
2. Haga clic en el botón "Sign up" (Registrarse).
3. Escriba el código de activación, los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social y su fecha de nacimiento.
4. Haga clic en "Next" (Siguiendo).
5. Escriba un nombre de usuario, una contraseña y una pregunta de seguridad.
6. Haga clic en "Next" (Siguiendo).
7. Escriba su dirección de correo electrónico para recibir avisos (o seleccione "no" si no quiere recibirlos).
8. Haga clic en "Sign in" (Iniciar sesión).
9. Acepte los términos y condiciones.
10. ¡Ya está inscrito en MyChart!

Si no tiene el código de activación, siga estas instrucciones para recibir uno:

1. Visite el sitio web de MyChart: MyChart.BaptistHealth.com.
2. Haga clic en el botón "Sign up without Activation Code" (Registrarse sin código de activación), que está en la columna del lado derecho.
3. Complete el formulario para pedir el código de activación en línea.
4. Haga clic en "Submit" (Enviar).
5. El Servicio de Ayuda de MyChart se comunicará con usted por correo electrónico o carta con el código de activación.