



Gracias por elegir Thundermist Health Center para el cuidado de su salud. Antes de su cita, complete todos los campos resaltados en el nuevo paquete para el paciente. Todo formulario incompleto deberá completarse nuevamente. Esperamos reunirnos con usted.

Puede devolver los documentos de las siguientes maneras:

**Por vía electrónica:** complete el formulario en SignNow.

**Por correo electrónico:** [MedicalRecords@ThundermistHealth.org](mailto:MedicalRecords@ThundermistHealth.org)

Si tiene preguntas, escríbanos a la siguiente dirección de correo electrónico:

[MedicalRecords@ThundermistHealth.org](mailto:MedicalRecords@ThundermistHealth.org)

Estaremos encantados de ayudarlo.

## Formulario de inscripción del paciente

Nombre Apellido: Nombre Primero: Segundo:  
Nombre preferido:

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año):

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:  
Dirección de correo postal (si es diferente)Calle: Ciudad: Estado:  
Código postal:  
Dirección de correo electrónico:  
Teléfono del hogar: Teléfono celular: Teléfono del trabajo:  
Pronombres: N.º de seguro social:

### Seguro Médico:

¿Tiene seguro médico/dental? Sí No

**Si una persona que no sea el paciente se hace cargo de la facturación, complete la siguiente información:**

Nombre Apellido: Nombre Primero: Inicial del segundo nombre:  
Fecha de Nacimiento:  
Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:  
Teléfono del hogar: Teléfono celular: Teléfono del trabajo:  
Nombre del empleador: Dirección:  
Teléfono:

### Información de Empleo:

**Condición de empleo:** (Marcar todos los que correspondan) Empleado de tiempo completo Empleado de tiempo parcial  
Jubilado Desempleado Estudiante de tiempo completo Estudiante de tiempo parcial  
Otro

Empleador del paciente: Dirección:  
Teléfono:

### Contacto de emergencia:

Nombre: Números de teléfono:  
Dirección: Relación con el paciente:

### Estado civil:

¿Cuál es su ingreso familiar? \$  
¿Cuántas personas (incluido/a usted) se mantienen con este ingreso?

¿Cómo describiría su raza? (marque todo lo que corresponda)

### Etnia:

### Idioma principal:

¿Necesita un intérprete? Sí No

**¿Cuál es su farmacia?**

Nombre:

dirección:

teléfono:

**¿Cómo se enteró de nosotros?:**

**información demográfica:**

*La siguiente información se utilizará solo para fines demográficos. El hecho de contestar las preguntas o la manera de hacerlo no afectarán su atención.*

**Condición de veterano:**

**¿Cómo considera su trabajo?:**

**En los últimos 12 meses, ¿ha estado viviendo en una vivienda estable que es de su propiedad, que alquila o en la que vive junto con otras personas?**

Sí, habito en una vivienda estable

No, no habito en una vivienda estable

**Requerido para mayores de 18 años. Opcional para los menores de entre 12 y 17 años.**

**¿Qué sexo le asignaron al nacer?**

**Orientación sexual Se reconoce como:**

**¿Cuál es su identidad de género actual?**

**THUNDERMIST HEALTH CENTER**  
**Formulario de consentimiento del**  
**paciente**

Complete la siguiente información. Termine de completar este formulario antes de su cita en Thundermist. Si tiene alguna duda, pregúntesela a nuestro personal en el momento de su visita.

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

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_  
N.º DE REGISTRO MÉDICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Mes      Día      Año

\_\_\_\_\_  
(Solo para uso de la oficina)

**Consentimiento para el tratamiento/divulgación de información:**

Expreso mi consentimiento para que el personal de Thundermist me brinde atención médica de acuerdo con sus políticas y mis derechos como paciente (véase la guía para pacientes). Doy permiso a Thundermist para que revele mi información médica (o la de mi dependiente) a mi compañía de seguros con el fin de procesar las solicitudes de pago, y también a otros proveedores, de acuerdo con las políticas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act) a fin de que se me brinde atención médica.

Recibí una copia del [Aviso de Prácticas de Privacidad de Thundermist de acuerdo con la ley HIPAA](#). La política explica de qué manera Thundermist protegerá y usará mi información médica.

**Derechos y responsabilidades del paciente:**

Sé que como paciente tengo derechos y responsabilidades. Estos derechos y responsabilidades están publicados en cada ubicación de Thundermist y pueden leerse en línea en <https://www.thundermisthealth.org/patient-resources/>. Entiendo que puedo pedir ayuda al personal si tengo alguna pregunta sobre estas políticas.

**Responsabilidad financiera/asignación de beneficios:**

Asigno a Thundermist Health Center todos los beneficios pagaderos a mí bajo mis pólizas de seguro médico. Entiendo que tengo que pagar por mi atención médica (o la de mi dependiente). Apruebo el uso de mi firma (a continuación) en todas las presentaciones del seguro médico. Entiendo que soy responsable de pagar todos los costos y cargos, incluidos los que no cubre mi seguro médico. Entiendo que Thundermist puede ayudarme a pagar mi atención médica si soy elegible y puedo hablar con un miembro del personal para que me ayude con esto.

**Confirmando que soy el paciente y que tengo 16 años o más, o que soy el padre o tutor legal del paciente. He leído la información anterior, o me la leyeron (o me la tradujeron) y entiendo y estoy de acuerdo con las políticas establecidas anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre, madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

Soy el:

Paciente      Tutor  
   o representante legal del paciente  
(seleccionar una opción)

**Servicios confidenciales para adolescentes**

Es posible que los adolescentes eviten obtener la atención necesaria para ciertos problemas, a menos que sepan que pueden ser tratados de manera confidencial. Los padres suelen preferir que sus hijos tengan un lugar donde acudir cuando necesiten atención médica. Los adolescentes, aunque se los anima a comunicarse con sus padres, pueden recibir servicios confidenciales de pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, pruebas de embarazo, asesoramiento y derivación sobre planificación familiar y asesoramiento y derivación en materia de abuso de sustancias. Entiendo que la información relativa a las situaciones anteriores será compartida si el adolescente está de acuerdo o cuando exista un riesgo grave para la salud en el que la ley estatal o federal requiera que sea informado.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Thundermist Health Center**  
**Consentimiento informado para televisitas**

Tendré una televisita para evaluar y tratar mi estado de salud. Es posible que el tratamiento se vea limitado, ya que no estoy en la misma habitación que mi proveedor.

Durante la televisita, comprendo lo siguiente:

- A. La televisita se lleva a cabo a través de un enlace de video seguro de dos vías. El proveedor Thundermist Health Center me verá en la pantalla y escuchará mi voz.
  - B. Es posible que se realice un examen físico.
  - C. Es posible que otros miembros de mi equipo de cuidados estén presentes durante la visita.
  - D. Es posible que se me tomen fotografías durante la televisita.
1. Puedo realizar preguntas sobre la tecnología de la televisita.
  2. Puedo pedir que la televisita se termine en cualquier momento.
  3. Sé que hay riesgos potenciales con el uso de esta tecnología. Algunos riesgos incluyen, entre otros:
    - Interrupción del enlace del video o audio
    - Desconexión del enlace del video o audio
    - Posibilidad de que el audio o el video no sean lo suficientemente claros para cubrir las necesidades por las que se realiza la visita

Si algo de esto sucede, es probable que se deba detener la visita.

Al firmar este consentimiento, comprendo su contenido y acepto cumplirlo. Me ofrezco como voluntario para participar en la televisita. Doy mi autorización a Thundermist Health Center y a los proveedores, y miembros del equipo clínico y no clínico involucrados para la evaluación y el tratamiento de mi estado de salud. También afirmo que yo mismo me represento.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año):

Firma del paciente

Fecha

**Thundermist Health Center**  
**Programa de descuento de acuerdo al ingreso**

Apellido del paciente:

Primer nombre:

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año):

\*Otros miembros de la familia:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Incluyéndose usted ¿cuál es el \*tamaño de la familia? (ver definición abajo)

¿Cuál es el ingreso total anual de aquellos incluidos en el tamaño de la familia en el pregunta #1? \$

semanal    quincenal    mensual    anual

A mi leal saber y entender, certifico que la información ingresada es correcta. Estoy de acuerdo en informar a Thundermist si el tamaño de la familia o los ingresos cambian. Entiendo que los cambios, en el tamaño de la familia, pueden afectar la elegibilidad para el Programa de descuento de acuerdo al ingreso.

Entiendo, que si me ofreció un período de gracia de 90 días para proporcionar pruebas de ingresos, y de no proporcionar la documentación dentro de ese período, ya no tendré derecho al Programa de descuento de acuerdo ingreso de Thundermist.

Delinco en participar en el Programa de descuento de acuerdo al ingreso.

Nombre del responsable, en letras de molde (si es alguien que no sea el paciente)

Nombre del responsable

Fecha

\* En el tamaño de la familia se incluye a usted, a otros familiares relacionados por Nacimiento, casamiento o adopción, que residan juntos. En la familia también se incluye a personas no relacionadas que vivan en el mismo hogar y que son mantenidas o a cargo un miembro de la familia. Los niños de acogida (foster children) no están incluidos en el tamaño de la familia.

## Cómo completar una solicitud de registros de Thundermist

- **Sección 1**
  - Escriba la información completa del paciente. Solo se permite incluir un paciente por formulario.
  
- **Secciones 2 y 3**
  - Seleccione una opción. Quiere que Thundermist: **DEBE ELEGIR UNA**
    - Obtenga registros: Los reciba de un hospital, establecimiento o proveedor externo.
    - Divulgue registros: Envíe registros de Thundermist a un hospital, establecimiento o proveedor externo, o a un paciente.
  - **SI ESTÁ SECCIÓN QUEDA EN BLANCO, EL FORMULARIO NO TENDRÁ VALIDEZ.**
  - Seleccione una opción: **DEBE ELEGIR UNA OPCIÓN**
    - Estamos obteniendo (recibiendo)/divulgando (enviando) registros médicos o
    - Estamos obteniendo (recibiendo)/divulgando (enviando) registros odontológicos.
  - Complete con la información de la persona/el establecimiento con el que Thundermist debe comunicarse por los registros. **ESTO DEBE COMPLETARSE PARA AVANZAR CON LA SOLICITUD.**
  - Si usted solicita que se envíe una copia de sus registros de Thundermist por correo electrónico, debe brindar una dirección de correo electrónico.
  - **PARTE MÁS IMPORTANTE PARA LA DIVULGACIÓN:** Marque qué información sensible quiere que se divulgue SI está presente en el registro. (Durante las consultas de rutina, es posible que se le hayan hecho preguntas generales que entran en estas categorías. Si deja esta sección en blanco, hará falta más tiempo para procesar los registros).
  
- **Sección 4: Fechas del servicio**
  - La mayoría de los proveedores solicitan los dos últimos años de registros; no necesitan los antecedentes completos. Si le hace falta más información, el proveedor puede volver a solicitar los registros.
  
- **Sección 5: Propósito**
  - Indique por qué está obteniendo o enviando registros como se señaló en el formulario.
  
- **Sección 6: Firma y fecha**
  - **SI EL FORMULARIO NO ESTÁ FIRMADO NI FECHADO, NO TENDRÁ VALIDEZ.**

## AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS E INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN MÉDICAL

**1. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE: Debe brindarnos la información sobre usted o sobre su hijo. Una persona por formulario.**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, autorizo:

**Centro de Salud Thundermist**

**450 Clinton Street, Woonsocket, RI 02895 A/A: Medical Records Dept (Departamento de Registros Médicos) Tel.: 401-767-4100 Fax: 401-235-6896**

2. Marque si estamos Obteniendo los registros, lo que implica que estamos RECIBIENDO sus registros de un médico externo, O marque Divulgar si quiere que ENVIEMOS sus registros de Thundermist a otro médico o persona externa. Una vez que haya marcado una de las dos opciones, complete con la información sobre el establecimiento del que estamos obteniendo los registros o al que se los estamos enviando.

**ELIJA UNA OPCIÓN: OBTENER: Recibir registros de un establecimiento externo DIVULGAR: Enviar registros a un establecimiento externo**

**ELIJA UNA OPCIÓN: Registros médicos Registros odontológicos Información específica: \_\_\_\_\_**

3. - Indíquenos de quién debemos recibir sus registros O BIEN a quién quiere que le enviemos sus registros:

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**\*\* Solo debe completar esta sección si está solicitando una copia de sus registros médicos para usted\*\***

Deseo: **(elija una opción) \* Retirar una copia impresa \* Recibir una copia digital por correo electrónico**

Procesar la solicitud puede llevar hasta 30 días. Si necesita sus registros antes o si prefiere un formato electrónico alternativo, solicítelo. Al brindar su dirección de correo electrónico, otorga su consentimiento para que se le envíe su registro por correo electrónico y comprende que **es posible que el correo electrónico no encriptado no proteja la privacidad de su información médica.**

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

**\* Cargos por los registros:** Es posible que se le cobre un cargo nominal de conformidad con las leyes estatales por el procesamiento de su registro médico. Este no superará los \$25.00.

Las leyes federales y estatales exigen permisos especiales para divulgar cierta información. **Coloque sus iniciales** junto a la información que **DESEA** que enviemos. Enviaremos la clase de registro indicado en la sección 2, que se encuentra anteriormente, JUNTO CON los ítems que señale a continuación.

**DEBE** colocar sus iniciales antes de cada uno de los ítems que quiere que enviemos:

\_\_\_\_ Tratamiento de salud mental \_\_\_\_ Tratamiento por consumo de sustancias \_\_\_\_ HIV/SIDA \_\_\_\_ Infecciones de transmisión sexual \_\_\_\_ Información transgénero

4. **Especifique las fechas de tratamiento de los registros que se divulgarán:** Indique las fechas del servicio que quiere que obtengamos o divulguemos. (La mayoría de los proveedores solicitan los dos últimos años; si se necesita más información, podemos pedir fechas del servicio adicionales).

Desde (fecha): \_\_\_\_\_ Hasta (fecha): \_\_\_\_\_

5. **PROPÓSITO: Indique cuál es el fin de esta solicitud de registros: (marque una opción)**

Uso personal    Asunto legal    Seguro    Tratamiento con un especialista

Transferencia de mi atención debido a:    Mudanza    Otro motivo o no estoy satisfecho con el servicio que recibí

(explique): \_\_\_\_\_

6. **FIRME LA SIGUIENTE DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN:**

Una vez que estén completos todos los campos, firme y ponga la fecha en el formulario.

Comprendo que puedo revocar mi autorización por escrito en cualquier momento notificando al Centro de Salud Thundermist. Comprendo que cualquier información previamente divulgada no estará sujeta a mi solicitud de revocación. Comprendo que mis registros se procesan de conformidad con las Federal Confidentiality Regulations of Alcohol and Drug Abuse Treatment (Reglamentaciones Federales sobre Confidencialidad del Tratamiento de Alcoholismo y Abuso de Sustancias) (42 CFR, parte 2) o las General Laws of the State of Rhode Island (Leyes Generales del Estado de Rhode Island) y no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito, excepto en los casos en que las leyes especifiquen lo contrario. Comprendo que toda divulgación de información implica el potencial de una nueva divulgación por parte del receptor y que la información puede ya no estar protegida por la Federal Privacy Rule (Ley de Privacidad Federal). Por lo tanto, eximo al Centro de Salud Thundermist, sus empleados y mis médicos de toda responsabilidad que surja de esta divulgación de mi información médica. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que el hecho de que me niegue a hacerlo no afectará mi capacidad para realizar tratamientos, pagos o la inscripción en un plan de salud o mi elegibilidad para recibir beneficios. Leí y comprendo la declaración anterior, y doy mi consentimiento de manera voluntaria para que se divulgue la información según se indicó en este formulario.

**A menos que el paciente la revoque por escrito, esta autorización expirará cuando el paciente deje de tratarse.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante legal

\_\_\_\_\_  
Relación entre el paciente y el representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Miembro del personal que recibe el formulario  
(Nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Interno telefónico

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*\*\*SOLO PARA USO OFICIAL\*\*\***

La solicitud de obtención se envió el:  
\_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Los registros se divulgaron el:  
\_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_



**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER O DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS E INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA**

**1. INFORMACIÓN DEL/LA PACIENTE: Proporcione su información o la de su hijo/a. Una persona por formulario.**

Nombre del/la paciente Nombre anterior (si corresponde): \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Por la presente, autorizo a:** **Thundermist Health Center**

**25 John A. Cummings way, Woonsocket, RI 02895 A la atención de: Departamento de Registros Médicos**  
**Tel.: 401-767-4100 Fax: 401-235-6896**

2. Marque **OBTENER**, que significa que **RECIBIREMOS** sus registros de otro personal médico O **DIVULGAR** si desea que Thundermist le **ENVÍE** sus registros de Thundermist a un médico, una médica o una persona externos. Una vez que lo haga, complete la información del centro al cual le pediremos o enviaremos la información.

**ELIJA UNA OPCIÓN:**

- Para **OBTENER** (recibir registros de un centro externo)  
 Para **DIVULGAR** (enviar registros a una persona externa o a usted)

<input type="checkbox"/> Haga clic <b>AQUÍ</b> si desea que divulguemos su registro médico <b>COMPLETO</b> .	<b>O</b>	<b>Divulgar SOLO estos tipos de registros (marque todo lo que corresponda):</b> <input type="checkbox"/> Médicos (incluidas las visitas de atención primaria y las de urgencia) <input type="checkbox"/> Dentales <input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental <input type="checkbox"/> Consumo o tratamiento por consumo de alcohol o drogas <input type="checkbox"/> Pruebas, diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Pruebas, diagnóstico o tratamiento de infecciones de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Información o atención para personas transgénero	<b>Especifique las fechas de tratamiento de los registros que se divulgarán:</b> Proporcione las fechas de servicio que desea que obtengamos o divulguemos. (La mayoría del personal médico busca los últimos dos años, pero, si necesita más información, podemos solicitar fechas de servicio adicionales). <input type="checkbox"/> Último mes <input type="checkbox"/> Últimos seis meses <input type="checkbox"/> Último año <input type="checkbox"/> Últimos dos años <input type="checkbox"/> TODO <input type="checkbox"/> Otro (proporcione las fechas) _____
--	----------	--	--

**3. Indíquenos a quién debemos pedirle sus registros O a quién quiere que se los enviemos:**

Nombre: \_\_\_\_\_ TEL.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ FAX: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**\*\* Complete esta sección si está solicitando una copia de sus registros médicos para usted.\*\***

**Me gustaría: (seleccione una opción) \* Retirar una copia impresa \* Que me envíen una copia por correo electrónico**

Espera hasta 30 días para que procesemos su pedido. Si necesita los registros antes o prefiere un formato electrónico alternativo, solicítelo. Al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta que le enviemos su registro y entiende que es posible que el correo electrónico no cifrado no proteja la privacidad de su información médica.

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

\* **Tarifas por los registros:** Se le podría cobrar una tarifa nominal de acuerdo con las leyes estatales para el procesamiento de su registro médico. Esa tarifa no superará los \$25.

**4. OBJETIVO: Indíquenos para qué solicita los registros: (marque una opción)**

- Uso personal     Asunto legal     Seguro     Tratamiento por parte de un especialista  
 Tránsito de mi atención por: Mudanza Otro o insatisfacción con el servicio prestado (explique): \_\_\_\_\_

**5. FIRME LA DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN A CONTINUACIÓN:**

Entiendo que puedo revocar mi autorización por escrito en cualquier momento notificándolo a Thundermist Health Center. Entiendo que cualquier información divulgada anteriormente no estará sujeta a esta solicitud de revocación. Entiendo que mis registros se procesan conforme a las Normas de Confidencialidad Federales sobre Tratamientos para el Abuso del Alcohol y las Drogas (Parte 2, Título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR]) o las leyes generales del estado de Rhode Island, y no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito, excepto que las leyes establezcan lo contrario. Entiendo que cualquier divulgación de información implica la posibilidad de que quien la recibe la vuelva a divulgar, y que la información podría no estar protegida por la Norma Federal de Privacidad en ese momento. Por lo tanto, eximo a Thundermist Health Center, a su personal y a mi personal médico de toda responsabilidad que surja de esta divulgación de mi información. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que eso no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, realizar pagos, inscribirme en un plan médico o ser elegible para beneficios. He leído la declaración anterior y la comprendo, y acepto voluntariamente la divulgación de la información según se indica en este formulario.

**A menos que la persona paciente la revoque por escrito, esta autorización vencerá cuando dicha persona ya no sea paciente.**

\_\_\_\_\_  
**Firma de/la paciente o su representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Relación de/la representante legal con el/la paciente**

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

\_\_\_\_\_  
**Miembro del personal que recibe el formulario Extensión telefónica**  
 (Nombre en letra de imprenta)

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

**\*\*\*SOLO PARA USO DE LA OFICINA\*\*\***

Obtener solicitud enviada el: \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Registros divulgados el: \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_