Crossing HEALTHCARE

320 East Central Avenue
Decatur, Illinois 62521
(217)877-9117

INFORMACIÓN DEL PACIENTE NUEVO			
Nombre			Fecha
Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año		Número de Seguro Social	
Dirección:	Cuidad:	Estado:	Código Postal
Dirección de envio (si es diferente a la proporcionada)	Cuidad:	Estado:	Código Postal
Teléfono de casa	Teléfono móvil	Teléfono del trabajo	Opción Telefónica Preferida
Dirección de correo electronico:		Sexo asignado al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenina	
Mayores de 18 años: Se considera usted mismo: ☐ Heterosexual ☐ Gay/ Lesbiana/ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Prefiero no responder ☐ No Sé	Mayores de 18 años: Identidad de genero actual: ☐ Femenina ☐ Masculino ☐ Prefiero no contestar ☐ Mujer transgenero ☐ Hombre transgenero ☐ Ni exclusivamente masculine o femenino	Mayores de 18 años: Pronombres Preferidos: ☐ Ella, Elle, Suya ☐ El, Elle, Suyo ☐ Ellos, Ellas, Suyos ☐ Elle, Elles ☐ No Sé ☐ Prefiero no responder ☐ Otro_____	Idioma Preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Arábica ☐ Chino ☐ Indio ☐ Otro_____
Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro _____	Estado de empleo: ☐ Empleo de tiempo completo ☐ Empleo de tiempo parcial ☐ Estudiante de tiempo completo ☐ Estudiante de medio tiempo ☐ Jublilado ☐ Desempleado ☐ Otro _____	Raza: ☐ AfroAmericano/ Negro ☐ Asiatico ☐ Caucásico / Blanco ☐ Nativo/Americano de Alaska ☐ Isleño de Pacifico ☐ Otro_____	Etnicidad: ☐ Hispano/Latino/ Latina ☐ No Hispano/ Latino/Latina ☐ Desconocido Estatus de Veterano: ☐ Veterano ☐ No un Veterano
Nombre de contacto de emergencia	Número de teléfono	Relación con el paciente	
¿Está usted (o el paciente) tomando medicamentos para el TDAH o le han diagnosticado TDAH? ☐ Sí ☐ No ¿Está usted (o el paciente) embarazada?/ ¿Necesita ver a un obstetra / ginecólogo? ☐ Sí ☐ No			

Complete esta sección si el paciente tiene 17 años o menos y/o tiene un tutor	
Nombre de la Madre	Nombre del padre
Empleador	Empleador
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento
Numero de seguro social de la madre	Numero de seguro social del padre

Padres/ tutor si no es Madre/Padre

Dirección:_____ Cuidad:_____ Estado: _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ Empleador: _____ Fecha de Nacimiento:_____

320 E. Central Ave. Decatur, IL 62523 | teléfono: 217-877-9117 | fax: 217-877-3079

Authorization para solicitar la divulgación de información de salud: PACIENTE NUEVO/ QUE REGRESA

Información del paciente:

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Número: _____

Razón de la solicitud:

☐ Paciente Nuevo ☐ Paciente Anterior

Sólo para uso de oficina

Enviar registros por:

☐Correo ☐Fax ☐CD ☐Otro: _____

X Autorizo a Crossing Healthcare a solicitar información de:
(marque con una X cada lugar donde haya estado el paciente en los últimos 5 años)

☐ Decatur Memorial Hospital

☐ DMH Express Care

☐ St Mary's Hospital

☐ Otro Hospital _____
Nombre Cuidad/Estado

☐ Otro Hospital _____
Nombre Cuidad/Estado

☐ Otro Hospital _____
Nombre Cuidad/Estado

☐ Departamento de Correcciones (requiere una forma separada)

X Autorizo a Crossing Healthcare a solicitar información de:

☐ Doctor de famiilia: _____
Nombre

_____
dirección número de teléfono

☐ Otro doctor: _____
Nombre

_____
dirección número de teléfono

☐ Otro doctor _____
Nombre

_____
dirección número de teléfono

Información a ser divulgada:

X Registro completo (no incluye registros de abuso de alcohol/sustancias, VIH/ETS, salud mental o genéticos (consulte la sección separada a continuación)

Entiendo que la información contenida en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, servicios de salud mental o adquiridos y tratamiento de abuso de alcohol y/o drogas. Autorizo la liberación de todos los artículos marcados a continuación. Al marcar las casillas junto a estos elementos, entiendo que se divulgará la siguiente información.

☐ Registros de trastornos por uso/abuso de sustancias o alcohol □ Pruebas y resultados de VIH y/0 ETS □ Registros de salud mental □Registros genéticos

• Entiendo que las comunicaciones por correo electrónico a través de Internet no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información incluida en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que se dirige. El proveedor/CIOXX me ha notificado los riesgos y no será responsable si elijo que mis registros se envíen por correo electrónico.
• Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse o enviarse por correo al Departamento de Administración de Información de Salud en el centro en el que se recibe esta solicitud. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.
• Tengo derecho a inspeccionar y copiar la información de salud divulgada como resultado de la entrega de esta autorización.
• A menos que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá en la siguiente fecha/evento/condición: _____ Si no especifico una fecha/evento/condición de vencimiento, esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma.
• El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a que yo firme o no esta autorización.
• Cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una nueva divulgación, y es posible que la información ya no esté protegida por las normas federales de confidencialidad.
• En su caso, Consecuencias de la falta de consentimiento: _____

_____ _____
Firma del paciente o representante autorizado (12 años o más) Fecha

_____ _____
Firma del padre o tutor y relación (si corresponde) Fecha

_____ _____
Requierida: firma de un testigo para divulger registros de salud significativos Fecha

_____ _____
Firma del Empleado Fecha

Updated 5/24/2023