

# AppRheumatology

## Contáctenos

### Teléfono y fax

Teléfono: (828) 386-2300

Fax: (828) 386-2301

### Horario

Lunes a jueves: de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Viernes: de 8:00 a. m. a 12:00 p. m.

### Ubicación

2146 Blowing Rock Road

Boone, NC 28607



Gracias por elegir AppRheumatology como su proveedor de atención médica. Esperamos verlo en su cita.

Este paquete de información para pacientes nuevos incluye indicaciones para llegar a nuestro consultorio e información de contacto para sus registros. También adjuntamos los formularios que necesitará para su próxima cita. Complete los formularios adjuntos y llévelos a su cita. La información sobre facturación y seguros, el Aviso de prácticas de privacidad y la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente están disponibles en línea en [unchealthappalachian.org](http://unchealthappalachian.org).

En AppRheumatology tratamos a la persona de manera integral, no solo la enfermedad. Nuestros servicios se centran en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades reumáticas, incluidas la artritis, las enfermedades autoinmunitarias y la osteoporosis. Nuestro reumatólogo desarrolla un plan de tratamiento personalizado para cada paciente según sus antecedentes médicos, antecedentes familiares, examen físico, resultados de pruebas y síntomas, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Las afecciones frecuentes que tratamos incluyen espondilitis anquilosante (EA), gota, lupus, osteoartritis (OA), artritis psoriásica (APs), artritis reumatoide (AR), esclerodermia y síndrome de Sjögren. Nuestro equipo se dedica al tratamiento de enfermedades reumáticas mediante enfoques seguros y eficaces para ayudarlo a controlar su enfermedad. Trabajamos junto con usted para encontrar maneras de aliviar el dolor, controlar la enfermedad, prevenir el daño articular y mejorar al máximo su calidad de vida. También ofrecemos citas de telesalud.

Se requiere una referencia médica.

## Lista de verificación para pacientes nuevos

Para su primera cita, llegue 15 minutos antes y traiga lo siguiente:

- Tarjeta del seguro
- Información de la farmacia
- Expedientes médicos
- Pago
- Medicamentos actuales/frascos de medicamentos con receta
- Preguntas para el médico
- Identificación con fotografía
- Formularios completos de este paquete

\_\_\_\_\_ tiene una cita con \_\_\_\_\_

Lun.  Mar.  Mié.  Jue.  Vie.

\_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_ a. m./p. m.

Para reprogramar su cita, llame al (828) 386-2300.

**UNC**  
HEALTH®  
Appalachian

[unchealthappalachian.org](http://unchealthappalachian.org)

HDF9217 02/17/25



Patient Name _____
Date of Birth _____
MRN _____
CSN _____
Please Fill in or Affix a Patient Label

**Patient Registration-Spanish Form #11376**

**Nombre del paciente impreso:** \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo N \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **# de seguro social:** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**Estado civil:**  Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)  Concubino(a)

**Domicilio postal:** \_\_\_\_\_ Calle- \_\_\_\_\_

Ciudad- \_\_\_\_\_ Estado- \_\_\_\_\_ Código Postal- \_\_\_\_\_

**# de teléfono principal:** \_\_\_\_\_  Celular  Casa

**# de teléfono secundario:** \_\_\_\_\_  Celular  Casa

**# de teléfono del trabajo:** \_\_\_\_\_ **Empleador/ocupación:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Nombre del contacto de emergencia y relación que tiene con usted:** \_\_\_\_\_

**Número del contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que Appalachian Regional Medical Associates (“ARMA”) o sus representantes:  
 me llamen por teléfono y dejen un mensaje  si envías mensajes de textos (pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos)  
 me contacten por correo electrónico

para asuntos de saldos adeudados, ayuda financiera, citas, pre-registro, resultados de laboratorio y otra información de atención médica. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes de voz pregrabados y el uso de servicios de marcado automático.

**¿Cuál es su origen étnico?**  Hispano o latino  No hispano o latino

**Seleccione una o más razas para indicar de cuáles se considera usted:**  Asiática  Blanca  
 Nativa americana o nativa de Alaska  Negra o afroamericana  Nativa de Hawái o isleña de otra parte del pacífico  
 Otro: \_\_\_\_\_

**¿En qué idioma prefiere comunicarse?**  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

**¿Cómo se enteró de nosotros?**  
 Carteles  Doctor  Amigos/Familia  Revista  Periódico  Redes sociales  Radio  TV  
 Sitio web de ARHS  Otro \_\_\_\_\_

<b>Si el paciente es menor de edad, favor de escribir en letra de molde el nombre del tutor:</b>	
Nombre: _____	Inicial de 2º nombre: _____ Apellido: _____
Si el paciente tiene un aval (alguna otra persona responsable de la cuenta) favor de proporcionar su información a continuación:	
<b>Relación o parentesco del paciente con el aval:</b>	
_____	
<b>Nombre del aval:</b> Nombre: _____	Inicial del 2º nombre: _____ Apellido: _____
<b>Dirección postal:</b> Calle- _____	
Ciudad- _____	Estado- _____ C.P.- _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____	# de seguro social: ____-____-____ # de teléfono: _____
Empleador: _____	# de teléfono del empleador: _____

Firma del paciente/representante legal		Fecha:
▶		Hora:
Nombre del paciente/ representante legal <i>(Escribir en letra de molde)</i>	Relación o parentesco del representante legal	
▶	▶	

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 MRN \_\_\_\_\_  
 CSN \_\_\_\_\_

Complete esta información o coloque una etiqueta del paciente

**Encuesta de antecedentes médicos: AppRheumatology**

Formulario n.º 11677

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

¿Quién es su médico habitual? \_\_\_\_\_

Motivo principal de la consulta (indique brevemente el motivo de su visita): \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva con este problema?

**Medicamentos:** (Incluya medicamentos con receta y de venta libre, como los que usa para dolor de cabeza, evacuaciones intestinales, etc., así como tratamientos a base de hierbas, vitaminas o inyecciones):

Medicamentos que usa actualmente (nombre y dosis)	Medicamentos que usó en los últimos 6 meses
1.	1.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.

**Alergias a medicamentos (sarpullido, fiebre, sibilancias u otra reacción):**

Medicamento:	Reacción:	Año en que ocurrió:

Cirugías:	Fecha (aproximada)	Cirujano	Ciudad
Apendicectomía:			
Histerectomía:			
Amigdalectomía			
Otra: _____			

**LESIONES (FRACTURAS, ACCIDENTES):**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre del paciente	_____
Fecha de nacimiento	_____
MRN	_____
CSN	_____

Complete esta información o coloque una etiqueta del paciente

**Hospitalizaciones recientes (durante los últimos tres años):**

Fecha (aproximada) Motivo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Horario de sueño:** Hora de acostarse: \_\_\_\_\_ Hora de levantarse: \_\_\_\_\_

**Enfermedades de la infancia:**

Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:
Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:
Otra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:
¿Alguna vez recibió una transfusión de sangre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha:

**¿Usted o alguno de sus familiares tuvo alguna de estas enfermedades? En caso afirmativo, indique el parentesco de la persona con la enfermedad:**

	Yo mismo	Familiar		Yo mismo	Familiar
Gota			Presión arterial alta		
Lupus			Fibromialgia		
Artritis reumatoide			Diabetes		
Osteoartritis			Tuberculosis		
Psoriasis			Enfermedad renal		
Epilepsia/convulsiones			Cálculos renales		
Migraña			Enfermedad tiroidea		
Cáncer (¿qué tipo?)			Osteoporosis		
Enfermedad cardíaca			Otra (especifique)		

**Antecedentes sociales:** Estado civil: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Dónde nació? \_\_\_\_\_ Educación: Escuela secundaria \_\_\_\_\_

Universidad/escuela profesional: \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

Ocupación (actual): \_\_\_\_\_

**Hijos:**

Nombre	Edad	Estado de salud

¿Viajó fuera del sureste durante los últimos 3 años? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuándo y adónde? \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 MRN \_\_\_\_\_  
 CSN \_\_\_\_\_

Complete esta información o coloque una etiqueta del paciente

**Revisión de sistemas reumatológicos:**

	Sí	No	Comentarios
¿Alguna vez le dijeron que tiene gota?			
¿Alguna vez tuvo sensibilidad en las articulaciones?			
¿Tiene articulaciones inflamadas?			
¿Tiene articulaciones calientes o enrojecidas?			
¿Tiene nódulos o bultos en alguna articulación?			
¿Tiene rigidez matutina prolongada?			
¿Tiene dolor en la mandíbula al masticar?			
¿Tuvo algún cambio repentino en la visión?			
¿Tiene sensibilidad en el cuero cabelludo?			
¿Tiene dolores de cabeza inusuales?			
¿Tiene dolor muscular?			
¿Tiene dificultad para subir escaleras?			
¿Tiene dificultad para usar los brazos?			
¿Tiene dificultad para pensar?			
¿Tiene tristeza persistente o irritabilidad?			
¿Le dijeron que ronca?			
¿Tiene dificultad para tragar?			
¿Tiene engrosamiento de la piel o la siente tirante?			
¿Sus dedos se ponen pálidos o blancos cuando se expone al frío?			
¿La exposición al sol le causa fiebre, sarpullido o malestar?			
¿Perdió mucho cabello recientemente?			
¿Tiene sequedad persistente en la boca?			
¿Tiene sensación persistente de arenilla o irritación en los ojos?			
¿Alguna vez tuvo un coágulo sanguíneo?			
¿Tiene úlceras o llagas recurrentes en la boca o los genitales?			
¿Tuvo episodios de ojos dolorosos o enrojecidos?			
¿Tiene dolor en el talón?			
¿Alguna vez tuvo diarrea con sangre?			
¿Tiene sofocos, enrojecimiento o sudores nocturnos?			
¿Tuvo picaduras de garrapatas?			

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 MRN \_\_\_\_\_  
 CSN \_\_\_\_\_

Complete esta información o coloque una etiqueta del paciente

<i>Continuación de la revisión de sistemas reumatológicos</i>	Sí	No	Comentarios
¿Alguna vez tuvo pleuresía (dolor al respirar profundamente)?			
¿Tuvo hepatitis?			
¿Tiene dolor de espalda frecuente?			
¿Alguna vez le realizaron una prueba cutánea de tuberculosis (TB)?			
¿Alguna vez tuvo psoriasis?			
¿Fuma?			
¿Consume alcohol?			
¿Hace ejercicio regularmente?			
<b>Mujeres:</b> ¿Tiene períodos menstruales regulares?			
¿Menopausia? En caso afirmativo, ¿a qué edad?			
¿Usa píldoras anticonceptivas?			
¿Alguna vez tuvo un aborto espontáneo?			
<b>Hombres:</b> ¿Antecedentes de secreción del pene?			
¿Sarpullido o úlceras en el pene?			
<b>Pacientes con artritis reumatoide:</b>			
¿Ha tomado alguno de los siguientes medicamentos?			
¿Plaquenil?			
¿Azulfidine?			
¿Metotrexato (Rheumatex)?			
¿Imuran (azatioprina)?			
¿Leflunomida (Aava)?			
¿Remicade?			
<b>Solo para pacientes con dolor de espalda:</b>			
¿El dolor de espalda comenzó poco después de una lesión?			
¿El dolor de espalda comenzó de forma repentina?			
¿El dolor de espalda persistió durante más de tres meses?			
¿Siente la espalda especialmente rígida por la mañana?			
¿El reposo o el ejercicio alivian mejor el dolor de espalda?			
¿A qué edad comenzó el dolor de espalda?			

Nombre del paciente	_____
Fecha de nacimiento	_____
MRN	_____
CSN	_____
Complete esta información o	

**Evaluación del paciente: AppRheumatology**

Formulario n.º 11671

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

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

**Instrucciones:** Este breve formulario registra su estado de salud actual. Intente responder cada pregunta, incluso si ya respondió una pregunta similar anteriormente. No existen respuestas correctas o incorrectas. Responda exactamente según lo que piense o sienta.

1. Marque ( ✓ ) UNA sola respuesta que describa mejor sus capacidades en este momento:

Durante la última semana, ¿pudo hacer lo siguiente?:	Sin	Con	Con	No es	<b>For Office Use Only</b>
	ninguna dificultad	algo de dificultad	mucha dificultad	posible hacerlo	
a. ¿Vestirse, incluido atarse los cordones y abotonarse?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<b>1.a-j FH (0-10):</b> <hr/> 1= 0.3      16= 5.3 2= 0.7      17= 5.7 3= 1.0      18= 6.0 19= 6.3 5= 1.7      20= 6.7 6= 2.0      21= 7.0 7= 2.3      22= 7.3 8= 2.7      23= 7.7 9= 3.0      24= 8.0 10= 3.3     25= 8.3 11= 3.7     26= 8.7 12= 4.0     27= 9.0 13= 4.3     28= 9.3 14= 4.7     29= 9.7 15= 5.0     30= 10  <b>2. PH (0-10):</b> <hr/> <b>4. PTGL (0-10):</b> <hr/> <b>RAPID 3 (0-30):</b> <hr/>
b. ¿Acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
c. ¿Levantar una taza o vaso lleno hasta la boca?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
d. ¿Caminar al aire libre sobre terreno plano?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 1	<input type="checkbox"/> 2 2	<input type="checkbox"/> 3 3	
f. ¿Agacharse para recoger ropa del piso?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
g. ¿Abrir y cerrar llaves de agua comunes?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
h. ¿Subir y bajar de un automóvil, autobús, tren o avión?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
i. ¿Caminar dos millas o tres kilómetros, si lo desea?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
j. ¿Participar en actividades recreativas y deportivas como le gustaría, si lo desea?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
k. ¿Dormir bien durante la noche?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 3.3	
l. ¿Manejar sentimientos de ansiedad o nerviosismo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 3.3	
m. ¿Manejar sentimientos de depresión o tristeza?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 3.3	

2. ¿Cuánto dolor tuvo a causa de su afección **durante la última semana**? Indique la intensidad de su dolor en una escala del 1 al 10:  
 \_\_\_\_\_

3. ¿Qué tan problemáticos resultaron el cansancio o la fatiga **inusual durante la última semana** en una escala del 1 al 10?  
 \_\_\_\_\_

4. Tenga en cuenta todas las maneras en que la enfermedad y los problemas de salud pueden afectarlo en este momento. Luego, indique a continuación cómo se encuentra en una escala del 1 al 10:

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

**SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, INVASIVOS Y DE OTRO TIPO (HIM #248s)**

*REQUEST AND CONSENT FOR DIAGNOSTIC, MEDICAL, SURGICAL, INVASIVE AND/OR OTHER PROCEDURES AND EXAMINATIONS HIM #248s*

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Autorizo a \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ («Centro») a realizar las acciones descritas en este formulario («Procedimiento»).  
Nombre del proveedor Nombre del centro

**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS (si corresponde)**  
*AUTHORIZATION FOR BLOOD PRODUCTS (if applicable)*

El paciente debe escribir sus iniciales en una de las siguientes opciones, si corresponde (a discreción del Proveedor):

\_\_\_\_\_ Autorizar productos sanguíneos: autorizo a mi proveedor para que me dé sangre y productos sanguíneos, si es necesario.

\_\_\_\_\_ No autorizar productos sanguíneos: NO autorizo a mi proveedor para que me dé sangre o productos sanguíneos. (NOTA: también se debe completar el formulario de rechazo a consentir el uso de sangre o productos sanguíneos).

Si el consentimiento es para una serie de transfusiones, indique las enfermedades preexistentes: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO**  
**(No completar si solo tiene que dar su consentimiento para la administración de productos sanguíneos)**  
*AUTHORIZATION FOR PROCEDURE - Do not complete if consenting for administration of blood products only*

Descripción de los procedimientos o exámenes de diagnóstico, médicos, quirúrgicos, invasivos y de otro tipo, bajo anestesia:

**NOTA PARA EL PROVEEDOR:**

- Incluya una descripción del Procedimiento en términos que el paciente pueda entender (a discreción del Proveedor).
- Indique si el consentimiento es para una serie de procedimientos a lo largo de un periodo de tiempo que no exceda un año.

**CONFIRMACIÓN DEL PACIENTE:**

Entiendo que mi Proveedor puede decidir asignar tareas a otras personas para que las lleven a cabo durante el Procedimiento (incluidas tareas importantes o exámenes delicados) con un nivel adecuado de supervisión. Esto puede incluir asistentes, aprendices y residentes. Mi proveedor tomará la decisión teniendo en cuenta lo siguiente: (1) qué tan complicado es el procedimiento; (2) mis necesidades particulares y (3) la capacitación y experiencia que tengan. Solicito la anestesia y los medicamentos adecuados para mí.

Entiendo que puede ocurrir algo inesperado durante el Procedimiento. En ese caso, es posible que necesite un tipo de atención diferente. Si eso sucede, mis proveedores de atención médica pueden hacer lo que sea necesario y adecuado para mí.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas. He recibido suficiente información para entender de forma general lo siguiente:

- mi **afección médica**,
- **qué ocurrirá** durante este tratamiento,
- los riesgos y beneficios de **tratamientos alternativos**,
- los **riesgos** del tratamiento,
- cómo **puede ayudarme** el tratamiento,
- **los resultados** con y sin el tratamiento.



Recibí esta información en mi idioma de preferencia.

Reconozco que la práctica médica (incluida la cirugía) no es una ciencia exacta. Reconozco que nadie ha dado ninguna garantía.

Mi proveedor me informó si recibiré un implante de tejido o colágeno. Entiendo que estos implican un riesgo de infección. El riesgo de infección incluye el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o los virus de la hepatitis.

Mi proveedor me informó si existe un riesgo de sangrado debido al(los) procedimiento(s).

Entiendo que existen leyes que protegen mis derechos. También entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad de UNC Health protege mis derechos. De acuerdo con los mismos, autorizo lo siguiente:

- a) Podrán tomarme fotografías, videos o dibujos. Pueden utilizarse con fines de control de calidad, educación y capacitación.
- b) El tejido, la sangre o las partes del cuerpo que se extraigan podrían ser examinadas y desechadas. También se podrían utilizar con fines educativos.
- c) Puede haber observadores durante el Procedimiento. Pueden estar presentes con fines educativos.

Entiendo que puede ser necesario obtener imágenes durante mi Procedimiento. Si estoy o pudiera estar embarazada, la radiación se disminuirá tanto como sea posible. Se me preguntará antes de recibir dosis altas de radiación.

**FIRMA DEL PACIENTE**  
*PATIENT SIGNATURE*

**Teniendo en cuenta toda la información que recibí, doy mi consentimiento. Confirmando que pude leer este documento o que me lo leyeron. Confirmando que todos los espacios en blanco se llenaron o se dejaron en blanco, según correspondiera, antes de firmar.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o de la persona autorizada para firmar por el paciente)      Relación (si corresponde)      Fecha      Hora

**VERIFICATION CERTIFICATION (must be completed)**

By signing below, the undersigned certifies that they asked the consenting party the following questions, and the consenting party answered "yes" to all of them:

- Have all your questions about the procedure(s), including the risks and benefits, been answered?
- Can you describe, in your own words, the procedure(s) you have consented to?

\_\_\_\_\_  
Signature of Verifier      Printed Name of Verifier      Date      Time

**PROVIDER\* CONFIRMATION:** The information on this form was discussed with the patient/authorized representative. The condition requiring treatment was discussed. The procedure and its purpose were described. The risks and benefits were discussed. Post-procedure care was also discussed. All questions were answered. If there is a chance that the primary provider may need to leave and assist with another patient, the patient was told. The patient was also told that a backup provider will be available if that happens. If the patient's preferred language is not English, a medical interpreter was used for the informed consent discussion.

\_\_\_\_\_  
Signature of Provider      Printed Name of Provider      Date      Time

\* Refer to applicable Facility policy to determine who is a qualified "Provider."



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

**Divulgación de información limitada a familiares o amistades para consultorios médicos - HIM 1315s**

*Limited Release of Information to Family/Friends for Physician Clinics*

**Yo le doy permiso al consultorio médico que forma parte de UNC Health Care System a divulgar cierta información médica personal a las personas nombradas a continuación.** A estas personas, se les dará solo la información pertinente a su participación en mi atención médica o al pago por mi atención médica.<sup>1</sup> Entiendo que no es obligatorio que yo complete este formulario para recibir atención médica.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Hable con esta persona sobre (*marque todo lo que corresponda*):

Cualquier información que no sea delicada<sup>2</sup> sobre mi atención médica o el pago de mi atención médica.

**O**

Solamente:

<input type="checkbox"/>	Las citas - programación y recordatorios	<input type="checkbox"/>	Los resultados de exámenes
<input type="checkbox"/>	El resumen de la visita	<input type="checkbox"/>	Las facturas
<input type="checkbox"/>	Otro:		

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Hable con esta persona sobre (*marque todo lo que corresponda*):

Cualquier información que no sea delicada<sup>2</sup> sobre mi atención médica o el pago de mi atención médica.

**O**

Solamente:

<input type="checkbox"/>	Las citas - programación y recordatorios	<input type="checkbox"/>	Los resultados de exámenes
<input type="checkbox"/>	El resumen de la visita	<input type="checkbox"/>	Las facturas
<input type="checkbox"/>	Otro:		

**Si cambio de opinión acerca de las personas o la información de contacto indicadas en este formulario, completaré un formulario nuevo con tales cambios.**

\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA Y RELACIÓN (si no es el paciente): \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Este formulario no es un sustituto de un poder notarial para la atención médica u otra designación formal de una persona autorizada a tomar decisiones médicas en su nombre si usted es incapaz de tomarlas. Si una persona nombrada arriba es su tutor o agente (bajo un poder notarial) o si está autorizada de otra manera para actuar en su nombre, su proveedor de atención médica puede divulgar a esa persona cualquier información médica personal que la ley permite.

**Este formulario no es un sustituto para una autorización escrita válida que cumpla con el HIPAA cuando esta es obligatoria para divulgar copias de registros médicos o registros de facturación.**

<sup>2</sup> Información delicada incluye información acerca de la salud mental, la drogadicción o el alcoholismo, el VIH y otras enfermedades contagiosas, y las pruebas genéticas. **Este formulario no se considera autorización suficiente para divulgar información delicada.**

*Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 6/14/17*

