



PLEASE PRINT CLEARLY

Today's Date: _____

Appointment Location: _____

PATIENT DEMOGRAPHICS

Patient's **Last Name:** _____ **First:** _____ **M.I.** _____

Alias/Nickname: _____ **Birthdate:** _____ **Age:** _____

Sex: [] M [] F **Social Security #** _____ **Marital Status** (Circle One): S M D

Religion: _____ **Language:** _____ **Interpreter Needed:** [] Yes [] No

Ethnicity: [] Hispanic or Latino [] Not Hispanic or Latino [] Unknown [] Declined to Answer

Check all Race Categories the patient self-identifies as:

☐ American Indian / Alaskan
Native

☐ Asian

☐ Black or African American

☐ Native Hawaiian or Other
Pacific Islander

☐ White / Caucasian

☐ Declined to Answer

Patient Physical Address: *If PO Box is used for mailing please list as Mailing Address*

Street Address: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____ **County:** _____

Please check the box below if the address is;

☐ **Temporary** from _____ to _____

☐ **Confidential**

Patient Mailing Address: *Complete if different from Permanent Address*

Street Address: _____ **P.O. Box:** _____

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____ **County:** _____

Contact Phone Numbers: **Home:** _____ **Work:** _____

Cell / Mobile: _____ **Email:** _____

Preferred Communication Method(s): [] Mail [] Phone [] My Portfolio *(Please ask us about this new web based service)*

HOW DID YOU HEAR ABOUT US?

[] Billboard [] Email [] Friend/Family [] Google/Search [] Health Fair [] Home Mailer [] Magazine/Newspaper
[] Movie Theater [] Seminar [] Social Media [] Transit Bus [] Other _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Name(s): _____ **Relationship:** _____

Home Phone: _____ **Cell Phone:** _____ **Work Phone:** _____



SPOUSE INFORMATION (Complete If Applicable)

Name: _____ Cell / Mobile: _____
Employer: _____ Work Phone: _____

PARENT INFORMATION (Complete if Patient is a Minor)

Patient Lives With: ☐ Mother & Father ☐ Father ☐ Mother ☐ Other: _____

Is a Legal Custody Agreement in Place? ☐ Yes ☐ No

**If yes, you MUST provide our office with a copy of the custody agreement. In cases of divorce or separation where no custody agreement exists, both parents have equal rights regarding decisions and information concerning the patient's medical care.*

Father's Name: _____	Mother's Name: _____
SS# _____ Birthdate: _____	SS# _____ Birthdate: _____
Street Address: _____	Street Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____	City: _____ State: _____ Zip: _____
Home Ph: _____ Cell: _____	Home Ph: _____ Cell: _____
Employer: _____	Employer: _____
Work Phone: _____	Work Phone: _____

PATIENT EMPLOYMENT or STUDENT STATUS

Employment: ☐ Full Time ☐ Part Time ☐ Retired ☐ Active Military ☐ Not Employed
☐ Student - Full Time ☐ Student - Part Time ☐ Disabled: Date: _____
Occupation: _____ Employer: _____ Work Phone: _____
Employer Address: _____

COORDINATION OF MEDICAL CARE

Primary Care Physician: _____ Phone Number: _____
Referring Physician: _____ Phone Number: _____
Preferred Pharmacy: _____ Phone Number: _____

FINANCIALLY RESPONSIBLE PARTY

☐ Patient ☐ Spouse ☐ Parent(s) ☐ Legal Guardian ☐ Other _____

Please complete this section if you checked Legal Guardian, Other, or if only one parent is the guarantor.

Last Name: _____ First Name: _____ Middle: _____
Social Security #: _____ Gender: _____ Date of Birth: _____ Age: _____
Billing Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____ County: _____
Phone Number(s): _____



INSURANCE

Please inform the Front Desk staff if this visit is related to an Auto Accident, Workers Compensation, or Disability Claim

Primary Insurance: _____

Policy#: _____ Grp#: _____ Ins Phone: _____

Insurance Address: _____

Policy Holder's Name: _____ Relationship To Patient: _____

Policy Holder's Birthdate: _____ Policy Holder's SS#: _____

** If there is No Secondary Insurance, please circle: NONE*

Secondary Insurance: _____

Policy#: _____ Grp#: _____ Ins Phone: _____

Insurance Address: _____

Policy Holder's Name: _____ Relationship To Patient: _____

Policy Holder's Birthdate: _____ Policy Holder's SS#: _____

AFFIRMATION

By signing below, I represent that the information given by me to UCMG is accurate to the best of my knowledge.

Patient or Responsible Party Signature

Date

Patient / Responsible Party Name (PRINT)

Relationship to Patient

UNIVERSITY OF MARYLAND CHARLES REGIONAL MEDICAL GROUP CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

UNIVERSITY OF MARYLAND CHARLES REGIONAL MEDICAL GROUP (UM CRMG), a los efectos de este consentimiento, se incluyen todos los consultorios médicos y otras instalaciones que prestan servicios de atención médica y que forman parte de UM CRMG.

SOLICITUD, AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Voluntariamente solicito, autorizo y doy mi consentimiento para la atención, incluido el tratamiento médico o quirúrgico y los exámenes y procedimientos de diagnóstico, radiología y laboratorio por parte de médicos, residentes, enfermeros y demás personal técnico de UM CRMG. Comprendo y acepto que los profesionales de atención médica en capacitación, que pueden incluir entre otros a los residentes, becarios, estudiantes de medicina/enfermería/odontología, pueden ayudar o participar en la prestación de atención hospitalaria o médica para mí. Comprendo que estos profesionales que se encuentran en capacitación trabajan bajo la dirección o supervisión de mi médico u otro profesional de atención médica, y que pueden realizar u observar algunos de los servicios de salud que recibo y sobre los cuales otorgo mi consentimiento específicamente.

Entiendo que no se conoce en este momento la magnitud ni la gravedad de mi lesión o enfermedad. Asimismo, entiendo y acepto que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se han dado garantías tanto sobre los resultados de la atención en el consultorio del médico como de los exámenes o tratamientos quirúrgicos o médicos. Si corresponde, otorgo mi permiso a UM CRMG para que disponga adecuadamente de cualquier muestra biológica o tejido (como las muestras de sangre, el Papanicolaou, las carnosidades, etc.) tomadas de mi cuerpo. Una vez eliminadas, estas muestras biológicas o tejidos no se pueden recuperar. Por medio del presente autorizo a UM CRMG a retener, preservar y utilizar con fines científicos o educativos, o a disponer a su conveniencia, de cualquier muestra biológica o tejido que se extraiga de mi cuerpo durante cualquier procedimiento hospitalario/clínico.

CONTRATISTAS INDEPENDIENTES: Entiendo que algunos proveedores de atención médica que me brindan servicios pueden no ser empleados de UM CRMG. Algunos proveedores de atención médica que me brindan servicios pueden ser contratistas independientes a quienes se les ha otorgado el privilegio de utilizar las instalaciones de UM CRMG para proporcionar servicios por y en nombre de UM CRMG. Entiendo que si el estado laboral de un proveedor de atención médica es importante para mí al momento de tomar decisiones de tratamiento y otras decisiones de atención médica, puedo preguntar sobre el estado laboral del proveedor de atención médica que me atienda.

CERTIFICACIÓN Y ASIGNACIÓN DEL SEGURO: Por el presente certifico que la información que suministré al solicitar el pago conforme a los títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social o que suministraron terceros pagadores es correcta. Asigno a UM CRMG todos los beneficios por la atención que me corresponden conforme a los términos de dichas pólizas y programas, pero que no superen los cargos regulares por servicios similares. Asigno el pago a los médicos que prestan los servicios médicos y asigno el pago por los cargos impagos de los médicos, quienes autorizan a UM CRMG a facturar en relación con sus servicios. Entiendo que soy responsable del pago de cualquier deducible de seguro de salud, coseguro o cualquier otro gasto incurrido no pagado por alguna aseguradora u otro tercero pagador.

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE: Solicito que se haga en mi nombre el pago de los beneficios autorizados por Medicare por todos los servicios que me brindó UM CRMG, incluidos los servicios de los médicos. Autorizo a todo aquel que posea información médica y de otro tipo sobre mí a entregar a Medicare y a sus representantes toda información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios por servicios relacionados.

FOTOGRAFÍA y/o grabación de video: La persona que le brinda atención puede necesitar fotografiarlo o grabarlo para documentar una afección médica, ayudar con el diagnóstico o tratamiento de una afección o ayudar a planificar los detalles de la cirugía. Las fotografías o grabaciones tomadas para estos motivos clínicos no requieren su permiso por escrito.

PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN: (marque con un $\checkmark$ una opción)

_____ - **RECONOZCO** haber recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad que explica cómo [NOMBRE DE LA FILIAL] puede utilizar y divulgar la información de salud protegida; o

_____ - **NIEGO** haber recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad que explica cómo [NOMBRE DE LA FILIAL] puede utilizar y divulgar la información de salud protegida.

USO Y DIVULGACIÓN DE LOS REGISTROS DE PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS: Si recibo tratamiento para un trastorno por consumo de drogas en un programa dentro de UM CRMG, presto mi consentimiento al programa para la divulgación de estos registros a otras personas dentro de UM CRMG, y a otras filiales del Sistema Médico de la Universidad de Maryland que me presten servicio a los efectos de mi tratamiento, la mejora de la calidad y otros procedimientos de cuidado de la salud y coordinación de la atención. El presente consentimiento caduca un año después de que ya no sea paciente de UM CRMG u otras filiales de la Universidad de Maryland. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto en la medida en que el programa, UM CRMG, u otra filial del Sistema Médico de la Universidad de Maryland haya actuado confiando en mi consentimiento.

GARANTÍA DE LA CUENTA: Admito la responsabilidad por dicha cuenta y asumo y garantizo el pago de todos los cargos hospitalarios y médicos, incluso de los copagos y los deducibles y los cargos no cubiertos emitidos a mi nombre durante esta visita. Si se derivara esta cuenta a un abogado para el cobro, estoy de acuerdo en pagar los honorarios del abogado, los gastos de cobro y los intereses a la tasa más alta autorizada por la ley. Comprendo que se me puede facturar por separado por los servicios que se me proporcionen o proporcionen en mi nombre durante este periodo de tratamiento por parte de los grupos de profesionales independientes o servicios médicos situados en el hospital (radiología, patología, etc.).

COMUNICACIÓN INALÁMBRICA: Consiento y autorizo expresamente a UM CRMG y sus agentes para lo siguiente:

- a. Llamarme a cualquier número de teléfono, incluso los números inalámbricos, direcciones de correo electrónico o identificadores o modos electrónicos únicos, que proporcioné a UM CRMG, asociados conmigo o con mi cuenta en algún momento.
- b. Comunicarse conmigo utilizando cualquier medio de comunicación actual o futuro, que incluyen entre otros, sistemas de marcado telefónico automatizados, mensajes artificiales o pregrabados, mensajes de texto SMS u otras formas de mensajes electrónicos por cualquier motivo relacionado con los servicios recibidos en UM CRMG o los servicios a ser recibidos en UM CRMG en el futuro, incluso por operaciones y temas de calidad, como las encuestas de satisfacción del paciente y el cobro de los montos adeudados en mi cuenta.
- c. Dejar mensajes en el contestador automático y el buzón de voz, de conformidad con las leyes correspondientes, por cualquier motivo relacionado con los servicios proporcionados por UM CRMG o los servicios que proporcionará UM CRMG en el futuro, incluso para operaciones y temas de calidad, como las encuestas de satisfacción del paciente y el cobro de montos adeudados en mi cuenta.

Prometo asimismo notificar inmediatamente a UM CRMG si cualquier número telefónico, dirección de correo electrónico u otro identificador o modo electrónico único que proporcioné a UM CRMG cambia o dejo de utilizarlo.

Certifico que he leído este Consentimiento y que soy el paciente o uno de los padres / tutores del paciente o que estoy debidamente autorizado como agente del paciente para ejecutar sus términos. Al firmar a continuación, declaro que la información suministrada es correcta a mi leal saber y entender.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Nombre de la parte responsable en letra de imprenta

Relación con el paciente

Firma

Fecha

Hora

Nombre y firma del testigo

FORMULARIO NO FIRMADO:

_____ NEGATIVA _____ INCAPAZ (si no puede continuar con el consentimiento verbal)

PARA USAR EN CASO DE CONSENTIMIENTO VERBAL:

EL _____ A LAS _____ EN PUNTO,
FECHA HORA

Nombre de la persona que da su consentimiento en letra de imprenta

Los términos de este consentimiento fueron revisados verbalmente con el paciente, padre, madre o tutor del paciente o el representante debidamente autorizado del paciente y tal individuo otorgó su consentimiento verbal a los términos establecidos en el presente.

Nombre del testigo en letra de imprenta

Firma del testigo

University of Maryland Charles Regional Medical Group cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. University of Maryland Charles Regional Medical Group no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

University of Maryland Charles Regional Medical Group proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, tales como:

- Intérpretes de lenguaje de señas cualificados.
- Información escrita en otros formatos (impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Proporciona servicios gratuitos de idiomas para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si cree que University of Maryland Charles Regional Medical Group no le proporcionó estos servicios o lo ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante: Grupo de ética empresarial y cumplimiento corporativo, 900 Elkridge Landing Road, primer piso, Linthicum, MD 21090, 410-328-4141, compliance@umm.edu. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Director de Cumplimiento estará disponible para ayudarlo. También puede presentar un reclamo relacionado con sus derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina para Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina para Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.htm>



UNIVERSITY of MARYLAND
CHARLES REGIONAL MEDICAL GROUP

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Autorización para divulgación de información médica

Yo, _____, autorizo a las siguientes personas a obtener información con relación a la atención médica y a hablar con el proveedor o el personal respecto del paciente que se indica arriba.

Nombre

Relación

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Nombre del paciente/parte responsable

Relación con el paciente