



1728 Fordham Boulevard - 151 Rams Plaza - Chapel Hill, North Carolina 27514 - (919) 968-1985

**Información del Paciente**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ **Chart Number** \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ **Estado Matrimonial** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer MI

**Edad** \_\_\_\_\_ **Sexo** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

**Teléfono de la casa** ( ) \_\_\_\_\_ **Teléfono del trabajo** ( ) \_\_\_\_\_ **ext.** \_\_\_\_\_ **Teléfono celular** ( ) \_\_\_\_\_  
**Numero de contacto preferido**  Celular  Casa  Trabajo

**Empleador** \_\_\_\_\_  
**Dirección del Trabajo** \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

**Idioma Preferido**

Inglés  
 Español  
 Otro \_\_\_\_\_  
 Prefiero no reportar

**Origen étnico**

Hispano/Latino  
 No Hispano/Latino  
 Prefiero no reportar

**Raza**

Indio Americano o Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro o Africano Americano  
 Origen Hispano  
 Nativo de Hawái o Isleño Pacífico  
 Blanco  
 Otro \_\_\_\_\_  
 Prefiero no reportar

**Número de seguro social** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico** \_\_\_\_\_  
 Solamente para DocuPortal y Relay Health

**Información del Garante (Para pacientes menores de 18 años) y Información de Facturación**

**Nombre del Garante** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Estado Matrimonial** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer MI

**Edad** \_\_\_\_\_ **Sexo** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

**Información del Seguro Medico**

**Nombre del Suscriptor** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Sexo** \_\_\_\_\_ **Número de seguro social** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer MI

**Dirección** \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

**Empleador** \_\_\_\_\_ **Teléfono del trabajo** ( ) \_\_\_\_\_ **ext** \_\_\_\_\_

**Dirección del trabajo** \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

**Contacto de Emergencia**

**Nombre del contacto** \_\_\_\_\_ **Teléfono** ( ) \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

**Autorización para usar el Seguro Medico**

Certifico que toda la información arriba está correcta. Autorizo la comunicación de la información pertinente a mi cuidado de salud, avisos y tratamiento (o lo de mi hijo) que yo he previsto para el propósito de evaluar y administrar reclamaciones para los beneficios del seguro médico. Autorizo el pago de los beneficios del seguro médico serán pagados a North Carolina Family Doctor, PA.

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

**¿Cómo supo acerca de nosotros?**

Sitio web TFD - 11  Otro internet - 14  Folleto de TFD - 6  Amigo/familiar - 2  Escuela - 9  
 Twitter - 8  Guía telefónica - 1  Letrero TFD - 4  Empleador - 3  Apartamento - 12  
 Facebook - 7  Remisión profesional - 5  Hotel/Motel -13  Otro - 10  No se - 99

Continuado atrás



1728 Fordham Boulevard - 151 Rams Plaza - Chapel Hill, North Carolina 27514 - (919) 968-1985

**Autorización para la Comunicación de Información**

Nombre del  
Paciente

Apellido

Primer

MI

Chart Number

Autorizo al NC Family Doctor, PA (TFD) para comunicar información protegida sobre mi salud, si es necesario, a las personas nombradas abajo. El propósito es informar al paciente a otros siguiendo las instrucciones del paciente.

Entiendo que TFD tal vez necesitará discutir mi condición médica y necesitará compartir mi historia clínica con cualquier médico, médico extensor, enfermera, terapeuta, o otro proveedor de atención médica involucrado en el cuidado de mi salud.

	Sí	No
TFD puede dejar mensajes (para recordar citas o resultados de estudios o rayos x) en la maquina de mensajes en mi casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TFD puede dejar mensajes (para recordar citas o resultados de estudios o rayos x) en la maquina de mensajes en mi trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TFD puede dar mensajes (para notas de la oficina y mis resultados laboratorios) a mi correo electrónico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actualmente no tengo maquina par mensajes en mi casa, pero si la tengo en el futuro TFD podría dejar mensajes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TFD puede dejar mensajes para mi con otros en mi casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es necesario, TFD puede discutir mi condición médica o información de facturación con mi esposo(a) u otra persona de confianza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta persona se llama: _____		
Si es necesario, TFD puede discutir mi condición médica o información de facturación con mis padres/vigilante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta persona se llama: _____		
TFD no puede discutir mi condición médica con: _____		

**Consentimiento de Tratamiento**

Por el presente doy mi consentimiento voluntariamente a exámenes médicos, tratamiento y procedimientos que se consideran necesarias en la opinión de mis médicos incluso estudios del VIH, estudios de laboratorio y rayos x.

Entiendo que mi información médica esta estrictamente protegida por el General Statute de N.C. 130A-143 y ningún garantía se ha hecho a mi acerca de los resultados del examen, tratamientos o procedimientos.

Mi firma reconoce que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre esta formulario de consentimiento y tengo la habilidad de rechazar los servicios.

Firma

Fecha

**Derechos del Paciente**

Entiendo que tengo el derecho de cambiar esta autorización en cualquier momento y tengo el derecho de revisar o copiar la información protegida de la salud, la cual será revelado como descrito en este documento por mandar notificación escrita a:

*Administrator, NC Family Doctor, 1728 Fordham Blvd, 151 Rams Plaza, Chapel Hill, NC 27514*

Entiendo que cualquier cambio en esta autorización es efectivo a partir de la fecha firmada para adelante.

Entiendo que la información usada o revelada como resultado de esta autorización puede ser sujeto a re divulgación por el recipiente y tal vez no será protegida por los leyes federales u estatales.

Entiendo que tengo el derecho de rechazar de firmar esta autorización y que mi tratamiento no será acondicionado por la firma

Esta autorización estará efectivo hasta que sea revocado por el paciente.

**TFD Staff Use Only - No Escribir Bajo Esta Línea**

Next Update Due \_\_\_\_\_

SOAPware

Misys

Portal

Family Doctor Staff \_\_\_\_\_