



WASHINGTON HEIGHTS IMAGING
VIDA WOMEN'S HEALTH CENTER

4334 Broadway
New York, NY 10033
(212) 927-1717 Fax (212) 927-5080



Last Name (Apellido): _____ First Name (Nombre): _____ MI: _____

DOB (Fecha de Nacimiento) ____/____/____ SSN (Seguro Social): _____

Sex (Sexo): Female(Mujer) Male(Hombre) Marital Status (Estado Marital): _____

Address (Direccion): _____ Apt #: _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code(Codigo): _____

Phone# (Telefono): ____-____-____ Cell# (Celular): ____-____-____ Work# (Trabajo): ____-____-____

Emergency Contact (Contacto de Emergencia): _____

Emergency Contact Relationship (Relacion del Contacto) _____ Emergency # (# de Emergencia) ____-____-____

ARE YOU PREGNANT (PUEDE ESTAR EMBARAZADA)? Yes (Si) No (No)

INSURANCE INFORMATION (INFORMACION DEL SEGURO)

Primary Insurance (Seguro Primario): _____ Insured's SSN _____

Insured ID (ID del Asegurado): _____ Policy/Carrier #: _____ Group# (No. Grupo): _____

Primary Insurance Co. Address (Direccion del Seguro): _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code(Codigo): _____

Relationship with Insured (Relacion con Asegurado) Self Spouse Child Dependent

Insured's Full Name (Nombre del Asegurado) _____ DOB (FDN) ____/____/____

Secondary Insurance (Seguro Medico Secundario) _____ ID# _____

Relationship with Insured (Relacion con Asegurado) Self Spouse Child Dependent

Insurance Co. Address (Direccion del Seguro): _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code(Codigo): _____

Primary Care Physician (Doctor Primario) _____

PCP Address (Direccion) _____ Phone (Telefono) ____-____-____

Nombre Del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

1. ¿Cuál es su raza? Blanco/Caucásico Negro/Afroamericano Asiático
 Hispano o Latino/a Hawaii/Islas del Pacifico Otro _____
2. ¿Cuál es su género? Masculino Femenino
3. ¿Cuál es su idioma preferido? _____
4. ¿Fuma cigarillos? Fumador Actual Ex Fumador Nunca Fue Un Fumador
5. Está tomando algún medicamento? No Sí – Por favor escribalos con la dosis

Medicamentos Con Receta	Dosis	Razón Por La Cual Toma La Medicación
Medicamentos Sin Receta	Dosis	Razón Por La Cual Toma La Medicación

6. ¿Tiene alguna alergia a alimentos? No Sí ¿Tiene alguna alergia a medicamentos? No Sí
 En caso afirmativo, por favor indique: _____

7. Correo Electrónico _____
 (Esto le permitirá a sus registros electrónicos a través de nuestro Portal del Paciente. *Long Island Radiology Associates, P.C. respeta su privacidad y no utilizara o venderá su dirección de correo electrónico.*)
 Me gustaría que Long Island Radiology Associates, P.C., enviara actualizaciones, información y notificaciones sobre la práctica de la dirección de correo electrónico anterior.

Firma _____ Fecha _____

La Recuperación y Reinversión Ley del 2009 contiene la Ley de Salud Tecnologías de la Información para la Ley de Salud Económica y Clínica (HITECH). Esta nueva regulación exige que Long Island Radiology Associates, P.C. documente su historia médica y preferencias de comunicación en un formato electrónico. Estas preguntas deben ser hechas cada vez que visite nuestras instalaciones, independientemente de su examen o diagnóstico. Gracias por su cooperación.

Toda la información se mantendrá confidencial como lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA)



WASHINGTON HEIGHTS IMAGING VIDA WOMEN'S HEALTH CENTER

4334 Broadway
New York, NY 10033

(212) 927-1717 Fax (212) 927-5080



AUTORIZACIÓN DE NORMA DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

Yo autorizo el uso o divulgación de mi información médica personal como se describe a continuación. Entiendo que si la organización autorizada a recibir la información que sigue no es un plan médico o profesional de salud, la información entregada podría ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Nombre del Paciente: _____ Numero de ID: _____

Organización Suministrando la Información: **Enterprise Radiology, P.C.**
Organizaciones Que Serán Informadas: **Medical Data Base**

Su información de salud protegida puede ser usada y divulgada por su médico, médico de referencia, nuestra oficina y otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proveer servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de salud. Cualquier otra información identificable de su salud puede ser revelada como exige la ley.

USO DE FIN DE DIVULGACIÓN:

El propósito del uso de divulgación: Reporte de mecanografía y Facturación de Servicios de Atención Médica.

Descripción de Información: Toda la información identificable sobre la salud del paciente, para fines de facturación, tales como pero no limitado a: autorizaciones, carta de necesidad, toda la información que necesita transcripción, así como los documentos útiles para asegurar la exactitud de las transcripciones. Toda la información necesaria para presentar un reclamo de atención médica.

Entiendo que mi plan médico y el pago para mi seguro médico no se verá afectada por firmar este formulario.

Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia impresa de las prácticas de privacidad de Washington Heights Imaging.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización o sin la oportunidad de oponerse.

Salud del Paciente: para fines de salud pública o para una persona que corre el riesgo de contraer o propagar su enfermedad.

Supervisión de Salud: a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley, tales como auditorías, investigaciones e inspecciones.

Abuso o Negligencia: a una autoridad apropiada para reportar abuso infantil o negligencia, si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Administración de Alimentos y Medicamentos: Como requerido por la Administración de Alimentos y Medicamentos para seguimiento de productos.

Procedimientos Legales: En el curso de un procedimiento judicial.

Aplicación de la Ley: para hacer cumplir la ley, como relativa a las víctimas de un delito o para impedir un delito.

Médicos Forenses, Directores de Funerarias y Donantes de Órganos: por el médico forense, examinador médico o director de funeraria para realizar las tareas autorizadas por la ley y para fines de donación de órganos.

Investigación: a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una Junta de Revisión Institucional o Junta de Privacidad.

Soldados, Presos y La Seguridad Nacional: a los supervisores militares del personal de las Fuerzas Armadas o de los custodios de reclusos, según sea necesario. Preservar la seguridad nacional también puede requerir la revelación de información protegida de salud.

Compensación a los Trabajadores: cumplir con las leyes de compensación al trabajador o

No-Fault Ley: divulgación a las empresas de facturación- toda la información necesaria para reclamaciones.

En general, podemos usar o divulgar su información protegida de la salud como es requerida por la ley y se limita a los requisitos pertinentes de la ley.

Yo autorizo el uso o divulgación de mi información médica personal como se describe anteriormente. Entiendo que esta autorización es voluntaria.

Nombre en Molde

Firma del Paciente

Representante del Paciente

Fecha