



New York Gynecology Surgery

Pankaj Singhal, MD, MS, MHCM

375 E. Main Street, Suite 7, Bay Shore, NY 11706

Sitio web: nygsurgery.com Teléfono: (631) 533 – 9733

Formulario de registro de nuevo paciente

Nombre: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: M F SSN: _____

Dirección actual: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del empleador: _____

Nombre y dirección del empleador: _____

Idioma: _____	Etnicidad: (Por favor marque) Hispanic Non-Hispanic Unknown Carrera: Asiática Negra o afroamericana Nativo hawaiano Blanca
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono #: _____

¿A quién se refiere tu doctora OB?	¿Quién es su médico de atención primaria?
------------------------------------	-------------------------------------------

Información del seguro	
Seguro Primario: _____ La paciente es suscriptor / titular de la póliza: Sí No	Seguro secundario: _____ La paciente es suscriptor / titular de la póliza: Sí No
Información del asegurado (si no es el paciente):	
Suscriptor / Titular de la póliza: _____ Dirección: _____ SSN: _____ DOB: _____	Relación con la paciente: _____ Empleadora: _____

Farmacia: _____ Dirección: _____ Teléfono #: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



New York Gynecology Surgery

Pankaj Singhal, MD, MS, MHCM

375 E. Main Street, Suite 7, Bay Shore, NY 11706

Sitio web: nygsurgery.com Teléfono: (631) 533 – 9733

Formulario de registro de nuevo paciente

Nombre: _____ Correo electrónico: _____

Obstetricia y ginecología primaria: _____

Doctora de atención primaria: _____

Historia médica pasada	
Antecedentes quirúrgicos pasados	
Medicamentos	
Alergias	
Historia obstétrica	Embarazos: _____ Niñas vivas: _____ Partos vaginales: _____ Cesáreas: _____ Embarazos ectópicos: _____ Aborto espontáneo: _____ Abortos: _____ Podrías estar embarazada: _____
Historia ginecológica	Última prueba de Papanicolaou: _____ Antecedentes de pruebas de Papanicolaou anormales: Sí _____ No _____ Última mamografía: _____ El último periodo menstrual: _____ Fecha del primer ciclo menstrual: _____ Antecedentes personales de enfermedades de transmisión sexual? Sí _____ No _____
Historia familiar	¿Alguno de los siguientes corre en su familia? Cáncer de mama: Sí _____ No _____ ¿A quien? _____ Cáncer de ovarios: Sí _____ No _____ ¿A quien? _____ Cáncer uterino: Sí _____ No _____ ¿A quien? _____ Cáncer de cuello uterino: Sí _____ No _____ ¿A quien? _____ Cáncer de colon: Sí _____ No _____ ¿A quien? _____



New York Gynecology Surgery

Pankaj Singhal, MD, MS, MHCM

375 E. Main Street, Suite 7, Bay Shore, NY 11706

Sitio web: nygsurgery.com Teléfono: (631) 533 – 9733

AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

He sido informado de mis derechos para obtener acceso y controlar mi Información de Salud Protegida. También entiendo que al brindar tratamiento, presentar facturación y realizar operaciones de atención médica. Es posible que New York Gynecology Surgery (NYGS) deba divulgar mi información protegida a miembros de mi familia o ciertos amigos personales cercanos. Al proporcionar la información solicitada a continuación, autorizo además la divulgación de mi información médica protegida de la siguiente manera:

Si no estoy disponible, autorizo expresamente a New York Gynecology Surgery (NYGS) a divulgar mi información de salud protegida con el fin de recordar citas/pruebas/procedimientos y seguimiento a las siguientes personas:

ENUMERE LOS NOMBRES DE LAS PERSONAS A LAS QUE AUTORIZA LA INFORMACIÓN MÉDICA A CONTINUAR:

Nombre: _____ Relación y número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación y número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación y número de teléfono: _____

Su atención médica es importante para nosotros.

Para brindarle la mejor atención posible, ocasionalmente enviamos mensajes de texto y correos electrónicos convenientes a nuestros pacientes sobre su atención médica y recordatorios para próximas citas.

Encierre en un círculo **SÍ** o **NO** para aceptar los mensajes de texto o los recordatorios de citas por correo electrónico.

Autorizo expresamente a New York Gynecology Surgery (NYGS) a divulgar mi información de salud con el fin de cita/prueba/procedimiento y seguimiento al dejar dicha información en forma de mensaje en los siguientes medios de registro:

Contestador automático de casa: _____ Número de teléfono: _____

Correo de voz del teléfono celular: _____ Número de teléfono: _____

Firma de la paciente: _____ Fecha: _____

Representante personal: _____

Tutor: _____



New York Gynecology Surgery

Pankaj Singhal, MD, MS, MHCM

375 E. Main Street, Suite 7, Bay Shore, NY 11706

Sitio web: nysurgery.com Teléfono: (631) 533 – 9733

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a la siguiente parte que usa o divulga: **New York Gynecology Surgery, PLLC** a usar o divulgar la siguiente información de salud.

- Toda mi información de salud
- Mi información de salud relacionada con el siguiente tratamiento o condición:

- Mi información de salud que cubre desde _____ (fecha) a _____ (fecha)
- Otra: _____

Esta autorización termina: El (fecha) _____

Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Nombre del paciente (letra de imprenta):

Firma del paciente o representante legalmente autorizado

Fecha

Representante legalmente autorizada (Imprimir)

Fecha



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA

[Este formulario fue aprobado por el Departamento de Salud del estado de Nueva York]

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección del paciente		

Yo o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica con relación a mi atención se divulgue como se establece en este formulario:

De acuerdo con la Ley del estado de Nueva York y el Reglamento de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996 (HIPAA), yo entiendo que:

- Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con las notas de **TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solo si coloco mis iniciales en la línea adecuada en el punto 9(a). En caso de que la información médica descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y coloco mis iniciales en la línea en la casilla del punto 9(a), yo autorizo específicamente la divulgación de esa información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 8.
- Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento de alcohol o drogas o información de tratamiento de salud mental, el beneficiario tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o intercambio de información relacionada con el VIH, me puedo comunicar con la División de Recursos Humanos del estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
- Yo tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al solicitarlo al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización excepto en la medida que se haya tomado alguna acción en base a esta autorización.
- Yo entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se condicionará en base a mi autorización de esta divulgación.
- La información divulgada bajo esta autorización la podría volver a divulgar el receptor (excepto como se indica arriba en el punto 2), y esta nueva divulgación podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.
- ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA DISCUTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA O DE ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE MÁS QUE EL ABOGADO O LA AGENCIA DE GOBIERNO QUE SE ESPECIFICA EN EL PUNTO 9(b).**

7. Nombre y dirección del proveedor médico o entidad para divulgar esta información:

8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a quien se debe enviar esta información:

9(a). Información específica a divulgar:

Registro médico de (insertar fecha) _____ a (insertar fecha) _____

El registro médico completo, incluyendo historias clínicas del paciente, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), resultados de análisis, estudios de radiología, radiografías, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica.

Otro: _____ Incluye: (Indicar con iniciales)

_____ **Tratamiento de alcohol/drogas**

_____ **Información de salud mental**

_____ **Información relacionada con el VIH**

Autorización para discutir información médica

(b) Coloque aquí sus iniciales _____ Yo autorizo _____
Iniciales Nombre del proveedor individual de atención médica
para discutir mi información médica con mi abogado o con la agencia de gobierno que se indica aquí:

(Nombre del abogado/firma o nombre de la agencia de gobierno)

10. Razón para divulgar la información: <input type="checkbox"/> A solicitud de una persona individual <input type="checkbox"/> Otro:	11. Fecha o evento en que rescindirá esta autorización:
12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:	13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se completaron todos los puntos en este formulario y se respondieron mis preguntas sobre el mismo. Además, me proporcionaron una copia del formulario.

Firma del paciente o representante autorizado por la ley.

Fecha: _____

* El virus de inmunodeficiencia humana causa el SIDA. La Ley de salud pública del estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien que tiene la infección o los síntomas del VIH y la información relacionada con los contactos de una persona. 51-0102S (Rev. 11/13) White – Record Yellow – Member