

INSTRUCCIONES DE REFERENCIA DEL PACIENTE

**DEBE DE SER REFERIDO POR UN MÉDICO PROFESIONAL.
NO SE ACEPTAN PACIENTES AUTO REMITIDOS.**

EL PACIENTE DEBE TENER UN HOGAR DE CUIDADO PRIMARIO. SIN EXCEPCIONES.

Se adjuntan las siguientes formas:

- Referido/Información del paciente
- Verificación de la Información Financiera
- Autorización para divulgar información sanitaria

Estas formas tienen que ser llenado completamente.

Para el **Formulario de Referencia**, el formulario debe ser completado en totalidad incluyendo el **Procedimiento/Consulta** las necesidades del paciente. Surgery on Sunday prefiere su medico de cabecera primario llene este formulario. Sin embargo, la agencia también puede referirse completa.

Para la **autorización para divulgar información sanitaria**, la forma debe ser completada en su totalidad. Por favor escriba su nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social y el nombre de soltera, si procede. Asegúrese de firmar y fechar la parte inferior.

Para la **verificación de la renta actual debe** incluir una copia de los registros financieros para todos los miembros del hogar. Los ejemplos incluyen, 2 meses de recibos de pago o declaración W2 año anterior. Si usted esta actualmente desempleado y recibiendo beneficios por favor envíe una copia de su estado(s) de beneficios.

Los formularios completos se pueden enviar a:

Surgery on Sunday, Inc.
533 Waller Avenue
Lexington, KY 40504
P 859.475.5858
F 859.246.1752

533 Waller Avenue
Lexington, KY 40504
P 859.475.5858
F 859.246.1752

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre anterior: _____ Seguro Social: _____

Solicito y autorizo _____
(Nombre de hospital o del médico de donde usted ha sido visto)

Para liberar información de salud del paciente nombrado arriba a:

Nombre: **Surgery On Sunday**
533 Waller Avenue
Lexington, KY 40504

Esta solicitud y autorización se aplica a:

Esta información sanitaria relativa a los siguientes tratamientos, condición o fechas:

Toda la información de la salud

Otros: _____

Definición: Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), como lo define la ley, RCW 70.24 y siguientes, incluye el herpes, herpes simple, virus del papiloma humano, verrugas, verrugas genitales, condilomas, clamidia, uretritis no específica, la sífilis, VDRL, chancro blando, linfogranuloma venereum, el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), SIDA (Adquirido Síndrome de Inmunodeficiencia), y la gonorrea.

Sí No No autorizo la liberación de mis resultados de ETS, VIH / SIDA, las pruebas, ya sea negativo o positivo, a la persona(s) que aparece arriba. Entiendo que la persona (s) enumerado anteriormente será notificado de que tengo que dar permiso específico por escrito antes de la divulgación de los resultados de las pruebas a nadie.

Sí No No autorizo la liberación de cualquier registro con respecto a las drogas, el alcohol, o tratamiento de salud mental a la persona(s) que aparece arriba.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

533 Waller Avenue
Lexington, KY 40504
P 859.475.5858
F 859.246.1752

REFERENCIA/FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Qué procedimiento/consulta necesita el paciente? _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ SS#: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Provincia: _____

Raza: _____ Intérprete Necesario: Sí No Si es así, el idioma: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____

Correo electrónico: _____ Método de Preferencia del contacto: _____

Si es menor de 18, Nombre del Padre/Tutor: _____

Pariente: _____ Teléfono: _____

Relación: _____

¿Podemos dejar un mensaje en el número de teléfono proporcionado? _____

¿Quién, que no sea usted, podemos hablar de su información médica? _____

¿Hay alguien que no podemos hablar de su información médica? _____

INFORMACION DE LA AGENCIA DE REFERIDO

PACIENTE NIVEL DE CONSULTA: URGENTE REQUERIDA

AGENCIA DE REFERENCIA: _____

CONTACTO DE REFERENCIA: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____



CONDICIONES MEDICAS/HISTORIALMEDICO:

MEDICAMENTOS CORRIENTES:

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

INFORMACION MEDICA

Ha aplicado antes para la tarjeta medica? _____ Fecha que aplico: _____

Ha aplicado alguna vez para incapacidad? _____ Fecha que aplico: _____

Estatus de la aplicacion por incapacidad: _____

Tiene usted alguna incapacidad conocida? Sí No Cual es su incapacidad? _____

Estatura del Paciente: _____ Peso del paciente: _____ BMI: _____

Doctor de Cabezera: _____

Direccion: _____ Telefono: _____

Quien le va a llevar a su cirugia? _____

Relacion: _____ Telefono: _____

Waller Avenue
Lexington, KY 40504
P 859.475.5858
F 859.246.1752

VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA

NOTA: El ingreso del hogar incluye el cónyuge, pareja de hecho y otras personas que viven en la casa.

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Procedimiento: _____

Estado Civil: _____ Situación de la vivienda (Renta/Propia/Sin Hogar): _____

¿Cuántas Personas residen en su hogar? _____

Ingreso Anual del Jefe de Cabeza: _____ (Sírvese proporcionar los 2 meses de Talonarios o W2)

Situación Laboral: _____ Situación de Seguros: _____

Por favor indicar en la parte de abajo los beneficios que el Jefe de familia recibe.

Para cualquier lista, por favor proporcione una copia de cada declaración de adjudicación.

El desempleo \$ _____ al Mes
Compensación del Trabajador \$ _____ al Mes
Seguro Social \$ _____ al Mes
Discapacidad \$ _____ al Mes
Sustento de Menores \$ _____ al Mes
Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria \$ _____ al Mes
Cuidado Familiar \$ _____ al Mes
Estado suplementación \$ _____ al Mes
Asistencia Médica \$ _____ al Mes
Pensión alimenticia \$ _____ al Mes

Yo certifico que la información contenida en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

La retención de información con respecto a la asistencia es fraudulento y está sujeta a penalidades.

Firma del paciente: _____ Fecha Firmado: _____