MID-DELTA HEALTH SYSTEMS

Clarendon
245 Madison St
Clarendon, AR 72029
Tel: (870) 747-3381

DeWitt
1940 S. Whitehead Dr
DeWitt, AR 72042
Tel: (870) 946-4505

Stuttgart
1012 E 22nd St
Stuttgart, AR 72160
Tel: (870)659-2600

Formulario de registro

¡Gracias por elegirnos! Como Centro de Salud Calificado Federalmente, y para poder atenderle mejor, le solicitamos que nos proporcione la siguiente información.

Nombre del paciente: _____ Género: Masculino_____ Femenino_____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento:_____/_____/_____ Número de Seguro Social:_____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

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

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
(si es diferente de la anterior)

Estado civil: Soltero/a____ Casado/a____ Divorciado/a____ Viudo/a_____ Idioma principal: _____

Farmacia que prefiere usar: _____ Teléfono de la farmacia: _____

Dominio limitado del inglés: Sí___ No___ Se necesita intérprete: Sí___ No___

Proveedor de atención primaria, si no es MDHS_____ Teléfono del PCP_____

PERSONA RESPONSABLE – SI ES DIFERENTE DEL PACIENTE

Persona responsable: _____ Parentesco con el paciente: _____ SSN:_____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

COMPLETE SI EL PACIENTE TIENE DE 0 A 17 AÑOS

Padre/Madre/Tutor legal: _____ Padre/Madre/Tutor legal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Teléfono del trabajo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Trabajo Teléfono: _____

MID-DELTA HEALTH SYSTEMS

Clarendon	**DeWitt**	**Stuttgart**
245 Madison St	1940 S. Whitehead Dr	1012 E 22nd St
Clarendon, AR 72029	DeWitt, AR 72042	Stuttgart, AR 72160
Tel: (870) 747-3381	Tel: (870) 946-4505	Tel: (870)659-2600

INFORMACIÓN DE EMPLEO/ESTUDIANTE

Nombre del empleador/escuela: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Estado laboral/estudiantil: Tiempo completo____ Medio tiempo____ Trabajador independiente____ Desempleado/a____ Jubilado/a____

CONTACTO DE EMERGENCIA/AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

MDHS puede hablar sobre mis necesidades médicas o intercambiar información con las siguientes personas: (Incluya primero su contacto principal)

Nombre: _____Relación: _____Teléfono: _____

Nombre: _____Relación: _____Teléfono: _____

Nombre: _____Relación: _____Teléfono: _____

□ **I do not want information released to anyone, including my spouse and/or other household members.**

MÉTODO PREFERIDO DE CONTACTO

Forma preferida de contacto: (Marque todas las que correspondan) Teléfono_____ Mensaje de texto_____ Correo electrónico_____?

Número de teléfono preferido para contactar: Casa _____ Cell_____ Trabajo_____

Mejor hora para contactarle: Mañana____ Tarde____ Noche_____

Qué recordatorios automáticos le gustaría recibir: (Marque todos los que correspondan)

Todos los recordatorios ____ Recordatorios de citas____ Resultados de laboratorio para el portal_____

Mantenimiento de salud_____ Confirmación de receta_____ Notificaciones generales_____

INFORMACIÓN DEL SEGURO - POR FAVOR ENTREGUE SU TARJETA A LA RECEPCIONISTA

Seguro primario:

Compañía de seguro: _____ Número de suscriptor: _____

Número de grupo: _____

Nombre del asegurado principal/titular de la tarjeta: _____ Parentesco con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del asegurado principal: _____ SSN del asegurado principal: _____

Seguro secundario:

MID-DELTA HEALTH SYSTEMS

Clarendon	**DeWitt**	**Stuttgart**
245 Madison St	1940 S. Whitehead Dr	1012 E 22nd St
Clarendon, AR 72029	DeWitt, AR 72042	Stuttgart, AR 72160
Tel: (870) 747-3381	Tel: (870) 946-4505	Tel: (870)659-2600

Compañía de seguro: _____ Número de suscriptor: _____Número de grupo: _____

Nombre del asegurado principal/titular de la tarjeta: _____ Parentesco con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del asegurado principal: _____ SSN del asegurado principal: _____

INFORMACIÓN DE ACCIDENTE/LESIÓN – SI CORRESPONDE

Compañía de seguro: _____ Número de reclamo: _____

Nombre del contacto/ajustador:_____ Teléfono Number:_____

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

Fecha de la lesión:_____ Injury at Trabajo: Sí_____ No_____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Seleccione del paciente **Raza**

___Negro/Afroamericano

___Indígena americano/Nativo de Alaska

___Blanco/Caucásico

___Asiático

- ___Indio asiático
- ___Chino
- ___Filipino
- ___Japonés
- ___Coreano
- ___Vietnamita
- ___Otro asiático

___Nativo hawaiano

- ___Otro isleño del Pacífico
- ___Guameño o chamorro
- ___Samoano

___Más de una raza

___No informado/Prefiere no divulgar

Seleccione la etnia del paciente:

___Hispano/Latino/a **(si respondió sí, seleccione la subcategoría a continuación):**

- ___Mexicano/Mexicano americano
- ___Cubano
- ___Hispano/Latino/a y español combinado
- ___Puertorriqueño
- ___Otro hispano/latino o español

___Non-Hispano/Latino/a

___Prefiere no divulgar

Veterano: **Trabajador de temporada**: **Trabajador migrante** **Vive en vivienda del gobierno**

MID-DELTA HEALTH SYSTEMS

Clarendon	**DeWitt**	**Stuttgart**
245 Madison St	1940 S. Whitehead Dr	1012 E 22nd St
Clarendon, AR 72029	DeWitt, AR 72042	Stuttgart, AR 72160
Tel: (870) 747-3381	Tel: (870) 946-4505	Tel: (870)659-2600

Sí___ No___ Sí___ No___ Sí___ No___ Sí___ No___

Sin hogar: Sí___ No___ If **yes** which status: Calle___ Viviendo con otras personas___

Vivienda transicional___ Casaless Shelter___

_____ _____

Firma de la persona que completa el formulario Fecha

MID-DELTA HEALTH SYSTEMS

Clarendon
245 Madison St
Clarendon, AR 72029
Tel: (870) 747-3381

DeWitt
1940 S. Whitehead Dr
DeWitt, AR 72042
Tel: (870) 946-4505

Stuttgart
1012 E 22nd St
Stuttgart, AR 72160
Tel: (870)659-2600

SISTEMAS DE SALUD MID-DELTA
HISTORIA DE SALUD

TODAS LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SON ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES Y SE CONVERTIRÁN EN PARTE DE SU REGISTRO MÉDICO

NOMBRE (Apellido, Nombre, MI): _____ Fecha de nacimiento: _____

Hombre / mujer

Proveedor de atención primaria anterior o Proveedor de referencia : _____

Especialista anterior (s): _____

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR (POR FAVOR CIRCULAR TODO LO QUE CORRESPONDA)

Mammo anormal	Desorden bipolar	Diabetes	Soplo cardíaco	Lupus
Pap anormal	Desorden sanguineo	Diverticulitis	Hepatitis	MI (ataque al corazón)
Abuso de alcohol	Cáncer (donde)	Abuso de drogas	Alta presion sanguinea	Trastorno de la próstata
Reflujo ácido	Cataratas	DVT- Coágulo de sangre	Colesterol alto	Insuficiencia renal (riñón)
TDAH	CHF insuficiencia cardíaca	Fibromialgia	VIH	Trastorno convulsivo
Alergias	Enfermedad de Crohn	Glaucoma	Irritable Bowel Synd.	Carrera
Ansiedad	Pólipo de colon	Gota	Enfermedad del riñon	Trastorno tiroideo
Artritis	COPD	Enfermedad del corazón	Enfermedad del higado	Abuso de sustancias: medicamentos recetados, drogas callejeras o ilegales

CIRUGÍAS

AÑO	RAZÓN	HOSPITAL

HISTORIA FAMILIAR (marque todos los que correspondan)

Padre	Vivo fallecido	Diabetes Hipertensión Cardiopatía Apoplejía Depresión Ansiedad Enfermedad mental Cáncer
Madre	Vivo fallecido	Diabetes Hipertensión Cardiopatía Apoplejía Depresión Ansiedad Enfermedad mental Cáncer
Abuelo paterno (Por parte de papá)	Vivo fallecido	Diabetes Hipertensión Cardiopatía Apoplejía Depresión Ansiedad Enfermedad mental Cáncer
Abuela paterna (Por parte de papá)	Vivo fallecido	Diabetes Hipertensión Cardiopatía Apoplejía Depresión Ansiedad Enfermedad mental Cáncer
Abuelo materno (Por la parte materna)	Vivo fallecido	Diabetes Hipertensión Cardiopatía Apoplejía Depresión Ansiedad Enfermedad mental Cáncer
Abuela materna (Por la parte materna)	Vivo fallecido	Diabetes Hipertensión Cardiopatía Apoplejía Depresión Ansiedad Enfermedad mental Cáncer
Hermanos (hermanos /hermanas)	Vivo fallecido	Diabetes Hipertensión Cardiopatía Apoplejía Depresión Ansiedad Enfermedad mental Cáncer
Niños	Vivo fallecido	Diabetes Hipertensión Cardiopatía Apoplejía Depresión Ansiedad Enfermedad mental Cáncer

MID-DELTA HEALTH SYSTEMS

Clarendon
245 Madison St
Clarendon, AR 72029
Tel: (870) 747-3381

DeWitt
1940 S. Whitehead Dr
DeWitt, AR 72042
Tel: (870) 946-4505

Stuttgart
1012 E 22nd St
Stuttgart, AR 72160
Tel: (870)659-2600

HISTORIA SOCIAL

Familia / Estructura del hogar:

1. ¿Has solicitado y se te ha denegado la vivienda pública? Si o no
2. ¿Ha solicitado y se le han denegado los cupones de alimentos? Si o no
3. ¿Tiene problemas con su propietario con respecto a problemas de seguridad? Si o no
4. ¿Ha solicitado y ha sido denegado por WIC, Medicaid, Discapacidad o Seguridad Social o SSI? Sí o No Lista: _____
5. ¿En quién consiste su sistema de soporte? (¿A quién acude cuando necesita ayuda?) Encierre en un círculo todos los que correspondan: Madre, Padre, Hijo, Hermano, Amigo, Cónyuge, Otro
6. Estructura de familia / hogar (Circule uno): Vive - Solo, con el padre, con el cónyuge, con el otro
7. ¿Tiene un tutor legal o apoderado de atención médica (alguien que puede legalmente tomar una decisión por usted si no puede)? Sí o No Si es así, ¿quién? _____
8. ¿Tiene un dador de cuidado primario? (la persona que te cuida)? Sí o No Si es así, ¿quién? _____
9. ¿Usas drogas ilegalmente? Si o no
10. ¿Tuviste una bebida que contenía alcohol el año pasado? Si o no
11. ¿Cuántos hijos tiene? _____
12. ¿Cuál es tu ocupación? _____
13. ¿Tiene exposiciones peligrosas en su ocupación? Si o no
14. ¿Estás expuesto a productos químicos agrícolas? Si o no
15. ¿Hace ejercicio regularmente? Si o no
16. ¿Consume cafeína diariamente? Si o no
17. ¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 6 meses? Si o no

HISTORIA SEXUAL

¿Eres sexualmente activo? Sí o No

TESTAMENTO VITAL

¿Tienes alguna intención avanzada o un testamento en vida? Sí o No
Si no, ¿está interesado en aprender sobre directivas avanzadas o testamento en vida? Si o no

NECESIDADES DE APRENDIZAJE

¿Tienes problemas con la visión? Sí o No
¿Tienes problemas con la audición? Sí o No
¿Tienes problemas con la lectura? Sí o No

MID-DELTA HEALTH SYSTEMS

Clarendon
245 Madison St
Clarendon, AR 72029
Tel: (870) 747-3381

DeWitt
1940 S. Whitehead Dr
DeWitt, AR 72042
Tel: (870) 946-4505

Stuttgart
1012 E 22nd St
Stuttgart, AR 72160
Tel: (870)659-2600

Consentimiento para Tratamiento

_____ _____

NOMBRE DEL PACIENTE **FECHA DE NACIMIENTO**

CONSENTIMIENTO: Por la presente doy mi consentimiento para mí mismo(a) o para la persona de la cual soy legalmente responsable, para recibir atención ambulatoria brindada por **Mid-Delta Health Systems**, la cual puede incluir, entre otros, procedimientos diagnósticos, exámenes y/o tratamiento por parte de los proveedores de MDHS y/o otro personal de la clínica.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo a Mid-Delta Health Systems a divulgar información médica a compañías de seguros de terceros con el propósito de presentar reclamaciones, y a divulgar u obtener información médica de/a proveedores de atención médica y el Departamento de Salud para asegurar la continuidad de la atención. Autorizo que los beneficios médicos de mi seguro sean pagados a Mid-Delta Health Systems. Doy mi consentimiento para que las personas indicadas en este formulario reciban toda la información relacionada con mi atención médica, observaciones personales, inquietudes, planes de tratamiento y pronóstico.

CONSENTIMIENTO PARA HISTORIAL DE RECETAS: Esta instalación participa en el Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados. Los proveedores de esta clínica no recetarán narcóticos, benzodiacepinas ni medicamentos controlados para uso crónico. Autorizo a Mid-Delta Health Systems a obtener y revisar mi historial de recetas a través de farmacias, otros proveedores y otras entidades externas como compañías de seguros.

INSTALACIÓN DE FORMACIÓN: Entiendo que ocasionalmente estudiantes del área de la salud pueden estar trabajando con mi proveedor. Doy mi consentimiento para que un estudiante del área de la salud observe o participe en mi atención bajo la supervisión de mi proveedor. Entiendo que estos estudiantes están sujetos a las mismas políticas de confidencialidad que mi proveedor. Reconozco que tengo la opción de rechazar este consentimiento.

PERÍODO DE VIGENCIA: Entiendo que este consentimiento/autorización será válido y permanecerá en efecto mientras asista a la clínica o hasta que revoque esta autorización por escrito.

Medicaid / ARKids: Entiendo que si tengo Medicaid, esta instalación debe estar designada como mi Proveedor de Atención Primaria (PCP). Si Mid-Delta Health Systems no es mi PCP, reconozco que debo obtener una referencia de mi PCP o el costo total de los servicios deberá pagarse en el momento de la visita. Entiendo que soy responsable de **CUALQUIER** servicio no cubierto por Medicaid o ARKids.

Medicare: Entiendo que seré responsable de cualquier servicio o laboratorio que no esté cubierto por Medicare o por mi plan sustituto de Medicare.

Escala de Tarifas Reducidas / Pago Directo: Entiendo que Mid-Delta Health Systems ofrece tarifas reducidas basadas en los ingresos del hogar mediante una escala móvil. Si deseo solicitar esta tarifa reducida, completaré el formulario correspondiente y entregaré comprobante de ingresos dentro de las 48 horas posteriores a la visita. Si califico para tarifas reducidas, entiendo que deberé pagar una tarifa inicial de $20 para servicios médicos o $30 para servicios dentales al momento del registro. Cualquier cargo restante se cobrará al finalizar la visita.

Si no tengo seguro y no califico para la escala de tarifas reducidas, se me pedirá pagar una tarifa fija de $20 para servicios médicos o $30 para servicios dentales en el registro, y cargos adicionales al finalizar la visita.

MID-DELTA HEALTH SYSTEMS

Clarendon	**DeWitt**	**Stuttgart**
245 Madison St	1940 S. Whitehead Dr	1012 E 22nd St
Clarendon, AR 72029	DeWitt, AR 72042	Stuttgart, AR 72160
Tel: (870) 747-3381	Tel: (870) 946-4505	Tel: (870)659-2600

SI NO PUEDE PAGAR CUALQUIERA DE LAS TARIFAS ANTERIORES EN EL MOMENTO DE SU VISITA, SU CITA PODRÁ SER REPROGRAMADA.

Al firmar a continuación, reconozco que soy el paciente o el representante autorizado del paciente.

_____ _____

Firma del Paciente (o Padre/Tutor Legal) **Fecha**

Autorización de Confidencialidad de HIPAA

Fecha:_____ Nombre del paciente:_____

La confidencialidad es muy importante para nosotros en Mid-Delta. Nuestra política estándar es no divulgar ninguna de su información personal a menos que usted lo autorice a continuación. Igualmente importantes son el servicio al paciente y el servicio a la familia y a los seres queridos. A menudo, los familiares preguntan sobre el estado de salud o desean participar en el tratamiento del paciente. A veces, ciertas condiciones específicas requieren que un familiar u otro ser querido ayude con su atención médica. Usted puede proporcionar una autorización de divulgación de información que aclare y nos permita hablar sobre su atención médica con familiares u otros seres queridos. Usted puede seleccionar a quién se le proporcionará la información. Al planificar con anticipación, se pueden prevenir malentendidos. Siéntase libre de hablar sobre esto con su proveedor de atención médica.

1. **Consentimiento para información de salud: AUTORIZO A:**
   _____Relación:_____
   _____Relación:_____
   _____Relación:_____

para proporcionar a mi médico/proveedor de atención médica toda la información relacionada con cualquier atención médica, observaciones personales e inquietudes, y para recibir de mi médico/proveedor de atención médica toda la información relacionada con mi estado de salud, planes de tratamiento y pronóstico.

2. Divulgación de información: Autorizo a la clínica a divulgar información médica a compañías de seguros de terceros con el propósito de presentar reclamaciones, y a divulgar u obtener información médica a/de proveedores de atención médica y del Departamento de Salud con el propósito de continuidad de la atención.
3. Período de vigencia: Entiendo que este consentimiento/autorización será válido y permanecerá en efecto mientras asista a la clínica o hasta que revoque esta autorización, y será revisado anualmente.
4. El formulario me ha sido explicado completamente y se me ha dado la oportunidad de leer la DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE y la POLÍTICA DE PRIVACIDAD. Entiendo el contenido de estos tres documentos.

_____ _____

Firma del paciente o tutor **Relación con el paciente**

MID-DELTA HEALTH SYSTEMS

Clarendon	**DeWitt**	**Stuttgart**
245 Madison St	1940 S. Whitehead Dr	1012 E 22nd St
Clarendon, AR 72029	DeWitt, AR 72042	Stuttgart, AR 72160
Tel: (870) 747-3381	Tel: (870) 946-4505	Tel: (870)659-2600

Razón por la cual el paciente no puede dar su propio consentimiento:
_____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Formulario de Selección de Proveedor de Atención Primaria
Por favor seleccione su Proveedor de Atención Primaria (PCP) de la lista a continuación. Los proveedores están organizados por clínica de Mid-Delta Health Systems, Inc. (MDHS) en Clarendon, DeWitt y Stuttgart.

NOTA: SOLO PUEDE ELEGIR UN PROVEEDOR

MDHS – Clarendon
Médico:
____ Dr. Christopher Hopkinson, MD
____ Dr. Jennifer Kelly, MD – Pediatría
____ Nancy Hornsby, APRN
____ Blair Keller, APRN
____ Skylar Vanderburg, APRN

Dental:
____ Dr. James Fish, DDS

MDHS – DeWitt
Médico:
____ Laura Hannum, APRN

MDHS – Stuttgart
____ Haley Ligon, APRN
____ Lauren Moore, APRN
____ Blair Keller, APRN

Entiendo que he seleccionado al proveedor marcado arriba como mi Proveedor de Atención Primaria (PCP), y entiendo que mis futuras citas serán programadas con él/ella para asegurar continuidad y mejorar la prestación del cuidado. En caso de que mi proveedor no esté disponible, mi cita podrá ser programada con otro proveedor. Entiendo que tengo el derecho de solicitar un cambio de mi Proveedor de Atención Primaria (PCP) a otro proveedor de acuerdo con la política de MDHS.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

MID-DELTA HEALTH SYSTEMS

Clarendon
245 Madison St
Clarendon, AR 72029
Tel: (870) 747-3381

DeWitt
1940 S. Whitehead Dr
DeWitt, AR 72042
Tel: (870) 946-4505

Stuttgart
1012 E 22nd St
Stuttgart, AR 72160
Tel: (870)659-2600

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE TELESALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha:_____

1. Entiendo que mi proveedor de atención médica desea realizar una visita de telesalud o una serie de visitas. Entiendo que estos encuentros no serán iguales a una visita directa entre paciente y proveedor de atención médica porque no estaré en la misma habitación que mi proveedor. En su lugar, nos comunicaremos mediante tecnología audiovisual simultánea bidireccional ("la tecnología").

2. Entiendo que tengo derecho a negarme a participar en cualquier encuentro de telesalud en cualquier momento o a finalizarlo en cualquier punto durante el encuentro. Entiendo que si no deseo participar en un encuentro de telesalud, tendré que programar una cita para una visita presencial con mi proveedor o buscar atención en el departamento de emergencias más cercano si considero que mis síntomas requieren ese nivel de atención. Además, entiendo que es posible que mi proveedor no pueda ofrecer una visita presencial y que puede haber una demora en mi atención si elijo una visita presencial.

3. Entiendo que mi proveedor de atención médica puede suspender el encuentro de telesalud si él o ella considera que esta tecnología no cumple con el estándar de atención necesario para abordar mis inquietudes médicas. Si eso ocurre, entiendo que tendré que programar una cita para una visita presencial con mi proveedor o buscar atención en el departamento de emergencias más cercano si considero que mis síntomas requieren ese nivel de atención.

4. Entiendo cómo se utilizará la tecnología para llevar a cabo cualquier encuentro de telesalud con esta práctica. También entiendo que, con esta tecnología, existe el riesgo de interrupciones y dificultades técnicas.

5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los encuentros de telesalud y la tecnología. Mis preguntas han sido respondidas, y los riesgos, beneficios y cualquier alternativa práctica se han discutido conmigo en un idioma que entiendo.

6. Entiendo que se me informará la identidad de todas las personas que estarán en la habitación con mi proveedor de atención médica durante cualquier encuentro de telesalud, y que esas personas estarán presentes únicamente porque mi proveedor de atención médica ha determinado que su presencia es necesaria para ayudar en mi tratamiento médico de acuerdo con el estándar aplicable de atención médica.

Clarendon
245 Madison St
Clarendon, AR 72029
Tel: (870) 747-3381

DeWitt
1940 S. Whitehead Dr
DeWitt, AR 72042
Tel: (870) 946-4505

Stuttgart
1012 E 22nd St
Stuttgart, AR 72160
Tel: (870)659-2600

7. Se me ha informado si mi proveedor tiene licencia para brindar atención médica en el estado donde me encuentro. Si no tiene licencia en el estado donde me encuentro, de todos modos doy mi consentimiento para recibir servicios de telesalud porque el proveedor cuenta con licencia completa en el estado donde se encuentra.

8. Entiendo que seré responsable de cualquier copago y coseguro que correspondan a mi(s) encuentro(s) de telesalud.

9. Este consentimiento seguirá siendo válido durante **1 año** a partir de la fecha de mi primera visita de telesalud.

_____ _____

Firma del paciente o tutor **Relación con el paciente**

Motivo por el cual el paciente no puede dar consentimiento por sí mismo: _____

PATIENT CONSENT FORM FOR AI DICTATIONS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Número de expediente médico: _____

INTRODUCCIÓN:

Yo, el paciente abajo firmante, por la presente doy mi consentimiento para el uso de tecnología de dictado con escriba de Inteligencia Artificial (IA) en la documentación de mis expedientes médicos en

☐ Mid-Delta Health Systems-Clarendon ☐ Mid-Delta Health Systems-DeWitt

☐ Mid-Delta Health Systems-Stuttgart ☐ Lion's Clinic

Este formulario proporciona información sobre el uso de la tecnología de IA, sus propósitos y las medidas de seguridad implementadas para proteger mi privacidad.

PROPÓSITO DEL DICTADO CON IA:

La tecnología de dictado con escriba de IA se utiliza para convertir palabras habladas en formato de texto con el propósito de documentar información médica de manera eficiente y precisa. El sistema de IA puede emplearse en la transcripción de notas médicas, informes y otros documentos relevantes.

CÓMO FUNCIONA EL DICTADO CON IA:

Durante mis citas médicas, cualquier información verbal proporcionada por mí o por mi proveedor de atención médica puede ser grabada mediante dictado con escriba de IA. El sistema de IA procesa y transcribe las palabras habladas en texto, contribuyendo a la creación de mis expedientes médicos. El escriba de IA no se utilizará para tomar ninguna decisión sobre su atención. Su médico revisará toda la información en su expediente médico, incluidas las notas transcritas por IA, antes de tomar cualquier decisión sobre su atención.

MEDIDAS DE SEGURIDAD:

MID-DELTA HEALTH SYSTEMS

Clarendon	**DeWitt**	**Stuttgart**
245 Madison St	1940 S. Whitehead Dr	1012 E 22nd St
Clarendon, AR 72029	DeWitt, AR 72042	Stuttgart, AR 72160
Tel: (870) 747-3381	Tel: (870) 946-4505	Tel: (870)659-2600

La práctica médica emplea medidas de seguridad sólidas para proteger la confidencialidad e integridad de la información procesada mediante el dictado con IA. Estas medidas incluyen cifrado, controles de acceso y auditorías de seguridad periódicas para prevenir el acceso no autorizado y proteger contra filtraciones de datos.

DERECHOS DEL PACIENTE:

1. Acceso a la información: Tengo derecho a solicitar acceso a mis expedientes médicos y transcripciones generadas mediante dictado con IA.

2. Modificación de la información: Tengo derecho a solicitar correcciones o modificaciones de cualquier inexactitud en mis expedientes médicos.

3. Retiro del consentimiento: Tengo derecho a retirar mi consentimiento para el uso del dictado con IA en cualquier momento. Sin embargo, el retiro puede afectar la eficiencia de la documentación del expediente médico.

BENEFICIOS Y RIESGOS:

Beneficios:

Mayor eficiencia en la documentación del expediente médico.

Mayor precisión en la transcripción de información verbal.

Riesgos:

Posibilidad de errores en la transcripción.

Posibles limitaciones para reconocer ciertos acentos o patrones del habla.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:

He leído y entiendo la información proporcionada en este formulario de consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y cualquier inquietud ha sido atendida a mi satisfacción. Al firmar abajo, doy voluntariamente mi consentimiento para el uso de tecnología de dictado con IA en la creación de mis expedientes médicos en:

Nombre de la clínica_____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Testigo (si corresponde)

He presenciado la firma del paciente en este formulario.

Firma del testigo: _____

Fecha: _____

MID-DELTA HEALTH SYSTEMS

Clarendon	**DeWitt**	**Stuttgart**
245 Madison St	1940 S. Whitehead Dr	1012 E 22nd St
Clarendon, AR 72029	DeWitt, AR 72042	Stuttgart, AR 72160
Tel: (870) 747-3381	Tel: (870) 946-4505	Tel: (870)659-2600

Este formulario de consentimiento está diseñado para informar a los pacientes sobre el uso del dictado con escriba de IA en una práctica médica y para obtener su consentimiento explícito para dicho uso. Es importante personalizar el formulario según las políticas específicas de la práctica y los requisitos legales.

Además, el formulario debe revisarse y actualizarse periódicamente para reflejar cualquier cambio en la tecnología o en las prácticas.