

BIENVENIDO A

DIRECCIÓN:	
TELÉFONO:	
FAX:	
HORARIO:	
DESPUÉS DEL HORARIO:	

Estimado/a _____:

Gracias por confiar a Baptist Health Medical Group su atención médica. Nuestro equipo de médicos y nuestro personal estamos comprometidos con prestarle la atención médica más avanzada en un entorno cómodo y sanador. Nuestro objetivo es asegurarnos de que su visita sea lo más agradable y sin complicaciones posible. Su cita con _____ está programada el _____ a las _____.

Adjunto en este paquete para pacientes nuevos está lo siguiente:

- Formularios del paciente que se deben completar antes de la consulta.
- Políticas y procedimientos.

Queremos hacer todo lo posible por asegurar la puntualidad de su consulta. Para eso, le pedimos que planifique llegar a su cita 30 minutos antes de la hora programada para que nuestro personal pueda completar el registro. Además, le pedimos que traiga los artículos correspondientes de la lista de abajo.

- ✓ Formularios adjuntos completados
- ✓ Identificación con foto
- ✓ Tarjetas de seguros
- ✓ Medicamentos y suplementos (en sus envases originales)
- ✓ Cualquier pago que tenga que hacer (copago, coaseguro, prepago)
- ✓ Expedientes médicos de proveedores de atención primaria anteriores

Esperamos que tenga una buena experiencia en Baptist Health. No dude en llamarnos al teléfono mencionado arriba si tiene alguna pregunta, comentario o preocupación sobre nuestra oficina. Estamos comprometidos con resolver sus solicitudes de manera oportuna y nos esforzamos por prestar servicios y atención médica de calidad a todos nuestros pacientes.

Atentamente,

Su Equipo de Atención Médica en Baptist Health Medical Group

Primera cita

Llegue a su primera cita con 30 minutos de antelación y lleve los documentos completados, la lista de los medicamentos que toma actualmente, una identificación con foto y las tarjetas de seguros.

Si en cualquier momento tiene alguna pregunta o preocupación, llame al consultorio para hablar con el personal. Cuando deje un mensaje para un enfermero, incluya su nombre completo (deletee el apellido), fecha de nacimiento, motivo de la llamada y el teléfono para llamarlo. Nuestro personal hace todo lo posible por devolver las llamadas antes de terminar cada día laborable.

Resurtido de recetas

Cuando sea su cita, avísele al médico o al enfermero si necesita algún resurtido.

Si necesita resurtidos después de la cita, comuníquese con la farmacia local o especializada. Si necesita una nueva receta, comuníquese con el consultorio médico. Cuando deje un mensaje de voz, incluya su nombre completo (deletee el apellido), fecha de nacimiento, el medicamento que necesita y la siguiente información de la farmacia: nombre de la farmacia, dirección donde está, ciudad y teléfono.

Seguro/facturación

En la primera consulta se le pedirá que nos dé una copia de la información de la cobertura de su seguro y después a principios de cada mes. Es un requisito del seguro médico que se cobren los copagos en cada consulta, antes de ver al médico.

Participamos con la mayoría de las principales compañías de seguros y presentaremos los reclamos por usted. Para su conveniencia, aceptamos dinero en efectivo, cheques y las principales tarjetas de crédito.

Si quiere hablar con un asesor financiero, comuníquese con el consultorio médico. Nuestros asesores financieros pueden ayudarlo con preguntas sobre el copago y el deducible, además de hablarle de las opciones de pago. Son un recurso para nuestros pacientes que tienen preguntas sobre las facturas, las políticas para el cáncer y otras formas de asistencia económica. Usted NO tiene que estar asegurado para comunicarse con uno de nuestros asesores.

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Escriba en letra de molde legible.



BAPTIST HEALTH®

MEDICAL GROUP

Fecha: _____

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Origen étnico: Hispano/latino No hispano/latino

Raza: Blanca Negra/afroamericano Asiática Nativo americano/de Alaska

Nativo hawaiano/de otras islas del Pacífico

¿Tiene instrucciones anticipadas/testamento en vida? Sí No

¿Tiene un poder legal? Sí No

Idioma preferido: _____ Idioma escrito: _____ ¿Necesita intérprete? Sí No

Adaptaciones especiales (seleccione tantas como correspondan): Audición Visual Habla

Otra _____

Estudiante: N/A Tiempo completo Tiempo parcial Escuela: _____

¿Es veterano? Sí No

Estado de empleo: Tiempo completo Tiempo parcial No tiene empleo Servicio militar Por cuenta propia

Discapacitado Estudiante a tiempo completo Estudiante a tiempo parcial Retirado

Empleador: _____ Tel.: _____

Dirección del empleador: _____

Médico primario (primer nombre y apellido): _____ Tel.: _____

Médico que remite (primer nombre y apellido): _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Tel.: _____

Información del garante: (Información de la persona responsable económicamente)

Misma que la del paciente, pase a la sección de seguros/suscriptor

Nombre del garante: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

SSN: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

¿Es veterano? Sí No

Estado de empleo: Tiempo completo Tiempo parcial No tiene empleo Servicio militar Por cuenta propia

Discapacitado Estudiante a tiempo completo Estudiante a tiempo parcial Retirado

Empleador garante: _____ Tel.: _____

Dirección: _____

Información del seguro/suscriptor

¿Tiene cobertura de seguro médico? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿es usted el suscriptor? Sí No

Seguro primario: _____ Plan (p. ej., PPO, HMO): _____

Identificación del miembro N.º: _____ Dirección de reclamos: _____

Nombre del suscriptor: _____ Relación del paciente con el suscriptor: _____

Grupo N.º: _____ SSN del suscriptor: _____

Sexo del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Dirección del suscriptor: _____

Situación laboral del suscriptor: _____ Nombre del empleador: _____

Tel.: _____ Dirección: _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Continúa



MEDICAL GROUP

Seguro secundario: _____ Plan (p. ej., PPO, HMO): _____
Identificación del miembro N.º: _____ Dirección de reclamos: _____
Nombre del suscriptor: _____ Relación del paciente con el suscriptor: _____
Grupo N.º: _____ SSN del suscriptor: _____
Sexo del suscriptor: ____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
Dirección del suscriptor: _____
Situación laboral del suscriptor: _____ Nombre del empleador: _____
Tel.: _____ Dirección: _____

Farmacia preferida: Farmacia Pedido por correo
Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre completo: _____ Fecha de hoy: _____
MD que remite: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
MD de familia: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Cirujano: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Oncólogo médico: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Oncólogo de radiación: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

Medicamentos actuales

Escriba la lista de todos los medicamentos con receta y de venta libre, medicamentos a base de plantas y vitaminas (incluya la dosis y la frecuencia):

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA DEL ADULTO



Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Escriba en sus propias palabras el motivo de su consulta: _____

Alergias: Escriba la lista de alergias a alimentos/medicamentos que tiene o marque N/A si no tiene alergias.
1.
2.
3.
4.
<input type="checkbox"/> N/A

Inmunizaciones/vacunas: Marque la casilla y ponga la fecha en que la recibió. Lleve a su cita el registro de inmunizaciones.

- Tétano (Td/Tdap)/fecha _____
 Gripe/fecha _____
 Neumococo (neumonía)/fecha _____
 Herpes zóster/fecha _____
 Rubeola/fecha _____
 Otro _____

Historia médica del paciente: Marque la casilla si tuvo alguna de las siguientes preocupaciones de salud:

- Cáncer anterior: Tipo/clase: _____ Cuándo lo diagnosticaron: _____
 Terapia de radiación anterior: Dónde: _____ Duración: _____ Fecha _____
 Quimioterapia anterior: Dónde: _____ Duración: _____ Fecha _____
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma/enfisema | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Prueba de TB positiva |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Tromboflebitis |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de coagulación de sangre | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre/anemia | <input type="checkbox"/> Hepatitis/enfermedades del hígado | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Problemas de intestinos/estómago | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cataratas/glaucoma | <input type="checkbox"/> Lupus o esclerodermia | <input type="checkbox"/> Llagas |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> Infecciones de riñones | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> VRE/MRSA/C. Diff |
| <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> COP | <input type="checkbox"/> Enfermedades mentales/
ansiedad/depresión | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar) | <input type="checkbox"/> Marcapasos | |
| <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (DVT) | <input type="checkbox"/> Pancreatitis | |
| <input type="checkbox"/> Diverticulitis | | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | | |

CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA DEL ADULTO

Continúa



MEDICAL GROUP

Historia médica de la familia: Si algún familiar consanguíneo alguna vez ha tenido cualquiera de los siguientes, marque la casilla e indique quiénes:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis _____ | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado _____ | <input type="checkbox"/> Bazo extirpado _____ |
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades mentales _____ | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Presión arterial alto _____ |
| <input type="checkbox"/> Migrañas _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto _____ |
| <input type="checkbox"/> Obesidad _____ | <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Bazo agrandado _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones _____ |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Historia social: Marque el consumo de los siguientes:

Alcohol: Nunca Actualmente, tragos por semana _____ Antes, fecha en que dejó de consumir _____

Fumar: Nunca Actualmente, tipo/fecha de inicio _____ Paquetes por día _____
 Antes, fecha en que dejó de consumir _____

Tabaco sin humo/tabaco para mascar: Nunca Actualmente, consumo diario _____

Antes, fecha en que dejó de consumir _____

Cigarrillos electrónicos: Nunca Actualmente, consumo diario _____ Antes, fecha en que dejó de consumir _____

Drogas ilegales: Tipo de droga _____ Nunca Actualmente, consumo diario _____
 Antes, fecha en que dejó de consumir _____

Historia personal y familiar de cáncer:

	DIAGNÓSTICO		SI VIVE		SI FALLECIÓ	
	Tipo/lugar	Edad en que lo diagnosticaron	Edad	Salud	Edad en que falleció	Causa
Padre						
Madre						
Hermanos						
Hermanas						
Hijos						
Cónyuge						
Otros (familiar paterno o materno)						

CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA DEL ADULTO

Continúa



MEDICAL GROUP

Historia personal de cáncer: Marque la casilla de todo lo que corresponde.

- ¿Biopsia anterior con lesión de alto riesgo? Sí No
- ¿Tratamiento anterior de radiación en el pecho? Sí No
- ¿Ha tenido múltiples biopsias de mamas? Sí No
- ¿Tiene ascendencia askenazí? Sí No
- ¿Está preocupado por su historia personal o familiar de cáncer? Sí No
- ¿Se han hecho pruebas genéticas usted o alguien en su familia para el síndrome de cáncer hereditario? Sí No

Historia de operaciones (incluyendo biopsias):

Escriba todas las operaciones con fechas o edades aproximadas.

Tipo	Cuándo	Lugar	Médico
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Colonoscopia:

Fecha de la más reciente: _____ Siguiete programada: _____

CT:

Fecha de la más reciente: _____ Siguiete programada: _____

Densitometría ósea:

Fecha de la más reciente: _____ Siguiete programada: _____

Solo para pacientes mujeres:

- Edad del primer periodo: _____
- ¿Sangrado entre periodos? Sí No
- ¿Periodo con dolor? Sí No
- Edad del primer nacimiento vivo: _____
- Número de partos: _____
- Fecha del último Papanicolaou: _____
- Fecha de la última mamografía: _____
- Número de familiares directas con cáncer de mama: _____
- Número de biopsias de mama anteriores: Izquierda: _____ Derecha: _____
- ¿Alguna biopsia que haya mostrado "hiperplasia ductal atípica"? Sí No
- ¿Está tomando anticonceptivos? Sí No ¿Dispositivo intrauterino? Sí No ¿Hormonas? Sí No
- Último periodo menstrual: _____
- edad cuando fue la menopausia: _____
- Duración del periodo: _____
- Periodo: Normal Fuerte Ligero
- Cuándo es el próximo Papanicolaou: _____
- Cuándo es la próxima mamografía: _____

CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA DEL ADULTO

Continúa



MEDICAL GROUP

Estado de actividad personal: Marque la que corresponda.

- Normal, sin limitaciones
- No me siento como habitualmente, pero puedo hacer actividades bastante normales
- No siento ganas de hacer casi nada, pero estoy en cama menos de la mitad del día
- Puedo hacer muy pocas cosas y paso la mayor parte del día en cama o en una silla
- Rara vez me levanto de la cama, prácticamente me mantengo en cama

Estado nutricional:

¿Está tomando actualmente bebidas nutritivas? Sí No Si la respuesta es "Sí", especifique _____

¿Tiene actualmente un tubo de alimentación? No Estómago Intestino

¿Quiere pedir un consultor dietista? Sí No Si la respuesta es "Sí", especifique _____

Síntomas: Marque cualquier síntoma o queja actual y escriba cualquiera que no esté en la lista.

En general

- Fatiga
- Sofocos
- Fiebre
- Escalofríos
- Dolor
- Otro: _____

Boca/garganta

- Sangrado
- Llagas
- Candidiasis bucal
- Ronquera
- Dolor de garganta
- Dificultad para tragar
- Boca seca
- Gusto alterado
- Otro: _____

Óseos

- Dolor de huesos/articulaciones
- Hemorragias en articulaciones
- Calambres
- Cojera
- Otro: _____

Mamas

- Protuberancias
- Dolor
- Secreción
- Hinchazón
- Otro: _____

Piel

- Sarpullido
- Picazón
- Cambio en la apariencia de lunares
- Llagas
- Otro: _____

Ojos

- Ceguera
- Irritada o seca
- Visión borrosa
- Visión doble
- Otro: _____

Cardiovasculares

- Dolor de pecho
- Palpitaciones
- Otro: _____

Pulmonares

- Tos (seca o productiva)
- Sibilancias
- Sangre en el esputo
- Dificultad para respirar
- Otro: _____

Neurológicos

- Dolor de cabeza
- Convulsiones
- Mareos
- Debilidad
- Entumecimiento/hormigueo
- Cambios en modo de andar
- Desmayos
- Otro: _____

Inmunológicos

- Infecciones frecuentes
- Glándulas agrandadas
- Otro: _____

Oídos

- Sangrado
- Secreción
- Zumbido en los oídos
- Pérdida de audición
- Dolor de oído
- Vértigo
- Otro: _____

Gastrointestinales

- Poco o nada de apetito
- Náuseas
- Vómitos
- Acidez estomacal
- Dolor abdominal
- Vomitar sangre
- Estreñimiento crónico
- Diarrea
- Cambio en el color/consistencia de las heces
- Sangre en las heces
- Pérdida de peso
- Aumento de peso

Psiquiátricos

- Depresión
- Ansiedad
- Insomnio
- Confusión
- Pérdida de memoria
- Problemas emocionales
- Otro: _____

Hematológicos

- Formación de hematomas fácilmente
- Extracción de diente/sangrado de encías
- Sangrado
- Anemia
- Otro: _____

Nariz

- Sangrado
- Secreción
- Problemas de senos paranasales
- Otro: _____

Genitourinarios

- Dolor al orinar
 - Sangre en la orina
 - Aumento de la frecuencia de orinar
 - Vacilación al empezar a orinar
 - Aumento de la urgencia de orinar
 - Cambio en el chorro de orina
 - Escape de orina
 - Dolor en el costado
 - Número de veces que orina en la noche _____
 - Impotencia
 - Potencia (núm. de veces por semana) _____
 - Erección completa Sí No
 - Secreción vaginal
 - Dolor pélvico en las relaciones sexuales
 - Sangrado vaginal anormal
 - Otro: _____
- ## **Dispositivos de ayuda**
- Dentadura postiza
 - Parciales
 - Lentes correctivos
 - Aparatos de audición
 - Marcapasos
 - Bastón/andador
 - Oxígeno en casa
 - Otro: _____

MyChart

Los pacientes que se inscriban en MyChart tendrán acceso gratis a sus expedientes médicos de Baptist Health. Los beneficios adicionales de MyChart incluyen la capacidad de hacer citas, pedir resurtidos de medicamentos con receta y enviar mensajes a su proveedor. Para establecer su cuenta, puede dar su dirección de correo electrónico cuando se registre para su cita o vaya a: <https://mychart.baptisthealth.com>.

Facturación

Baptist Health presenta sus reclamos de seguros por usted como servicio adicional. Recuerde que su póliza de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros. Puede ser necesario que deba comunicarse con la compañía de seguros para resolver desacuerdos de los pagos. Usted es responsable del pago de los servicios y se espera que pague si la compañía de seguros deniega el pago de los servicios.

Saldos del paciente

Los copagos se deben pagar el día del servicio. Si no se paga el copago en el momento de la consulta, es posible que se tenga que cambiar la cita. Los pacientes que pagan por su cuenta también deben pagar el día del servicio. Si tiene un saldo pendiente, se espera que lo pague, además del copago o los cargos de la consulta, antes de que lo vea el proveedor. En algunas circunstancias se puede llegar a otro acuerdo de pago antes de una consulta. Las cuentas sin pagar se pueden enviar a una agencia de cobros.

Cancelación de una cita

Avise de la cancelación con un mínimo de 24 horas de antelación llamando a nuestro consultorio. Esto permitirá que se pueda hacer la cita para otro paciente. A los pacientes que varias veces cancelen el mismo día o que no se presenten a las citas se les puede dejar de prestar el servicio en el consultorio médico a discreción del proveedor.

Llegadas tardías

Llame a nuestro consultorio médico tan pronto sepa que podría llegar tarde. Según la hora en que llegue se le podrá atender o será necesario reprogramar la cita.

Mensajes telefónicos

El tiempo de respuesta de la llamada es de 24 horas. Los mensajes telefónicos se pueden devolver hasta el final del día después de haber atendido al último paciente en el consultorio. Se devuelven las llamadas telefónicas de acuerdo con la urgencia de la situación médica del paciente. Si nos llama después del horario de la clínica, su llamada se dirigirá a nuestra línea para llamadas después del horario.

Remisiones

Hacer las citas para remisiones y procedimientos ambulatorios puede tomar hasta cinco días laborables. Las citas urgentes se harán lo más pronto posible. Se necesita esta cantidad de tiempo para verificar los requisitos de autorización previa del seguro. Si tiene que cambiar la cita, puede comunicarse con la oficina de remisiones para hacerlo. Consulte a la compañía de seguros para saber si se necesita la autorización previa, ya que básicamente es la responsabilidad del paciente conocer la cobertura de su seguro.

Medicamentos con receta

Para los resurtidos de los medicamentos con receta, espere la notificación en 48 horas. Para asegurarse de que se haya llamado a pedir la receta correcta en la farmacia correcta, cuando deje la información para resurtir especifique su nombre y la fecha de nacimiento, el nombre del medicamento, dosis, instrucciones, cantidad de medicamento y el nombre y teléfono de la farmacia. El proceso de resurtido de recetas puede ser diferente para ciertos tipos de medicamentos con receta.

Resultados de las pruebas

El personal clínico revisará los resultados de los análisis de laboratorio o de otras pruebas cuando se reciban en nuestro consultorio médico. Si hay algo que se debe atender de inmediato, se le avisará por teléfono. Si no ha sabido nada después de dos semanas, llame a nuestro consultorio para confirmar el estado de sus resultados.

Expedientes médicos

Usted tiene derecho a una copia gratis de sus expedientes médicos. Después de que tengamos registrada una autorización válida en el archivo, se procesará la solicitud en los siguientes 30 días. Después de la copia gratis, se aplicará un cargo de \$1 por página. Las solicitudes de terceros externos, como un abogado, se enviarán después de que se haya recibido una autorización válida y el pago.

Solicitudes de documentos

Puede haber un cargo por los servicios de documentos. Dichos servicios incluyen completar los formularios de FMLA, formularios del seguro de vida y cartas escritas en nombre del paciente. El pago se debe hacer antes de completar la documentación. El consultorio puede darle un cálculo del cargo basado en sus necesidades específicas de documentos.

Actualizaciones de la información del paciente

Asegúrese de avisarnos de cualquier cambio de dirección o teléfono para que podamos comunicarnos con usted sobre su estado de salud.

Inscríbese para MyChart

Portal del paciente de Baptist Health

Para activar MyChart, necesitará:

- Código de activación
- Su fecha de nacimiento
- Últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social

Probablemente reciba un código de activación en la sección “MyChart Signup” del Resumen después de la visita, que recibirá después de ir a un centro de Baptist Health. También puede llamar al Servicio de Asistencia de MyChart al **1.844.764.7820** para obtener el código de activación. El Servicio de Asistencia enviará el código por correo electrónico o por carta. Independientemente de cómo reciba el código de activación, el proceso de inscripción es el mismo.

Después de que reciba el código de activación, siga estos pasos para inscribirse:

1. Visite el sitio web de MyChart en MyChart.BaptistHealth.com.
2. Haga clic en el botón “Sign up Now” (Inscribirse ahora).
3. Escriba el código de activación, los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social y su fecha de nacimiento.
4. Haga clic en “Next” (Siguiendo).
5. Escriba el nombre de usuario, la contraseña y la pregunta de seguridad.
6. Haga clic en “Next” (Siguiendo).
7. Escriba su dirección de correo electrónico para recibir los avisos (o seleccione “no” si no quiere recibirlos).
8. Haga clic en “Sign in” (Iniciar sesión).
9. Acepte los términos y condiciones.
10. ¡Ya está inscrito en MyChart!

Si no tiene el código de activación, siga estas instrucciones para obtener uno:

1. Visite el sitio web de MyChart: MyChart.BaptistHealth.com
2. Haga clic en el botón “Sign up online” (Inscribirse en línea) que está en la columna del lado derecho.
3. Complete el formulario para pedir en línea el código de activación.
4. Haga clic en “Submit” (Enviar).
5. El Servicio de Asistencia de MyChart se comunicará con usted por correo electrónico o carta para darle el código de activación.