



Community *First* Health Centers

Improving the quality of life for our community.

Querido Paciente (Padres del Paciente),

Bienvenido a Community First Health Centers,

Con el fin de servirle más eficiente en su primera visita, le pedimos que traiga con usted:

- Todas las tarjetas de seguro Médico
- Licencia de conducir o identificación estatal
- Documentación de tutela legal (si corresponde)
- Documentos de Directiva Anticipada
- Todos los medicamentos actuales (incluidos los suplementos de hierbas y los medicamentos sin receta)

También le recomendamos que traiga sus registros médicos anteriores, registros de vacunas, resultados de laboratorio recientes, imágenes de rayos X y notas de visitas a la sala de emergencias. Si no está seguro de cómo obtener estos documentos, informe a la recepcionista si desea firmar un formulario de consentimiento. Trabajaremos para obtener sus registros médicos desde allí.

Revise, firme y ponga la fecha en los formularios y **llévelos con usted el día de su cita**. Si usted tiene preguntas con respecto a las formas, no dude en llamarlos con anticipación

- Formulario de Consentimiento para el Tratamiento
- **Registro De Paciente Nuevo y Formulario De Historia de Evaluación de la Salud**
- Se le proporciona una declaración de Derechos y Responsabilidades Del Paciente y Información De Salud Protegida para su revisión.

Por favor asegúrese de llegar a nuestra oficina **20 minutos** antes de su cita para que podamos asegurarnos que toda la documentación necesaria se ha completado.

Esperamos poder ayudarle a alcanzar su mejor estado de salud. Gracias por elegir nuestros servicios.

Sinceramente,

Community First Health Center

This institution is an equal opportunity provider.
Partially funded by a Bureau of Primary Health Care, Health Resources and Services
Administration, U.S. Department of Health and Human Services Grant
NCQA Recognition for Patient Centered Medical Home





Community First Health Center

Encuesta UDS

Community Health Centers es un Centro de Salud Para La Comunidad Calificado Federalmente. Nuestra misión es proveer atención individualizada de alta calidad a la gente de nuestra comunidad. Porque recibimos fondos económicos federales, se nos requiere tratar de recopilar la información siguiente. Toda la información se mantiene estrictamente confidencial y de ninguna manera afecta a los servicios que se le prestan a usted como paciente.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

| | | |
|---|---|---|
| <p>Ingreso Económico Familiar Anual: _____</p> <p>Numero de Dependes: _____ (Incluya a todos los miembros del hogar, incluyendo la persona para la que se completa este formulario)</p> | <p>Estatus de Vivienda:</p> <p><input type="radio"/> No esta sin hogar <input type="radio"/> Vivienda en Transición</p> <p><input type="radio"/> Refugio <input type="radio"/> Otro</p> <p><input type="radio"/> Viviendo con alguien mas <input type="radio"/> Calle</p> <p><input type="radio"/> Vivienda de Apoyo Permanente</p> <p><input type="radio"/> Elijo no revelar esta información</p> <p><i>Consulte el reverse de este formulario para ver las definiciones/descripciones</i></p> | |
| <p>Raza:</p> <p><input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Blanco</p> <p><input type="radio"/> Nativo Hawaiano <input type="radio"/> Otro Isleño Del Pacifico</p> <p><input type="radio"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="radio"/> Negro o Afro-Americano</p> <p><input type="radio"/> Elijo no revelar</p> | <p>Estatus de Empleo:</p> <p><input type="radio"/> Tiempo-Completo <input type="radio"/> Medio-Tiempo</p> <p><input type="radio"/> Desempleado <input type="radio"/> Discapacitado</p> <p><input type="radio"/> Elijo no revelar esta información</p> | |
| <p>Grupo Étnico:</p> <p><input type="radio"/> Hispano/Latino <input type="radio"/> No Hispano/Latino</p> <p><input type="radio"/> Elijo no revelar</p> | <p>Estudiante de Tiempo Completo:</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Elijo no revelar</p> | <p>Veterano de Guerra:</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Elijo no revelar</p> |
| <p>Idioma(s) que habla:</p> <p><input type="radio"/> Ingles <input type="radio"/> Español</p> <p><input type="radio"/> Otro: _____ (porfavor escríbalo)</p> <p><input type="radio"/> Indique si necesita interprete</p> <p>Idioma en el que prefiere comunicarse:</p> <p><input type="radio"/> El mismo que habla <input type="radio"/> Otro: _____</p> <p><input type="radio"/> Elijo no revelar</p> | <p>Estatus de Agricultura:</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Si su respuesta es si, elija uno:</p> <p><input type="radio"/> Trabajador Temporal <input type="radio"/> Trabajador Migrante</p> <p><input type="radio"/> Dependiente De un trabajador <input type="radio"/> Elijo no revelar Temporal/Migrante</p> | |
| <p>Identificación de Genero</p> <p><input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Otro</p> <p><input type="radio"/> Transgénero Femenino (Hombre-a-mujer)</p> <p><input type="radio"/> Transgénero Masculino (Mujer-a-hombre)</p> <p><input type="radio"/> Elijo no revelar</p> | <p>Orientación Sexual:</p> <p><input type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Bisexual</p> <p><input type="radio"/> Homosexual <input type="radio"/> Algo Mas</p> <p><input type="radio"/> Lesbiana <input type="radio"/> Elijo no revelar</p> <p><input type="radio"/> No se</p> | |

Community First Health Centers

Descripciones Del Estado De Vivienda

Refugio: Elija esta opción si se hospeda en un refugio para personas sin hogar, un refugio para la violencia doméstica en algún otro refugio.

Transición: La vivienda de transición es normalmente una instalación pequeña donde las personas hacen la transición desde un refugio y se quedan temporalmente (generalmente entre 6 meses y dos años). Por lo general, tiene que pagar un alquiler, ayudar con las tareas domésticas y/o cocinar comidas.

Doblando: Significa que se queda con un amigo, familiar o conocido, y la situación de vida es temporal e inestable.

Calle: Elija esta opción si está durmiendo afuera, en un vehículo o en un remolque para acampar, en una casa de campaña, en un campamento o otras situaciones similares que normalmente no están destinadas a ser habitadas.

Otro: La opción de "Otro" incluye alojarse en un hotel o motel, o otra situación no definida.

Vivienda de Apoyo Permanente (PSH): Esta opción no tiene un límite de tiempo, normalmente está reservada para aquellos con algún tipo de discapacidad y se basa en los ingresos. Los clientes de PSH tienen su propia residencia y pueden recibir estos servicios de apoyo a través de programas especializados.

Resources:

42 USC 11360: **Definitions** Text contains those laws in effect on July 1, 2019

From Title 42-THE PUBLIC HEALTH AND WELFARE CHAPTER 119-HOMELESS ASSISTANCE SUBCHAPTER IV-HOUSING ASSISTANCE Part A-General Provisions

HRSA Uniform Data Systems Reporting Instructions for Health Center Data



Por favor complete TODAS las secciones

Directivas Avanzadas

Complete esta sección UNICAMENTE para pacientes mayores de 18 años.

Directivas Avanzadas es un documento legal que da instrucciones a los Doctores acerca del tratamiento que usted desea recibir si usted no puede hablar por sí mismo. También es importante que usted nombre a una persona en la que confíe como su "Propugnador del Paciente", para hablar por usted si se llega a necesitar. Una vez que usted haga hecho sus decisiones, guardaremos una copia en su expediente. Usted puede cambiar su decisión en cualquier tiempo al darnos una copia actualizada. **Si no tenemos una copia de sus Directivas Avanzadas en su archivo, usaremos Procedimientos de Emergencia.*

Nuestros empleados pueden darle más información. Su Doctor puede responder preguntas acerca de la forma, opciones de tratamiento y cuidado. Por favor, conteste las siguientes preguntas:

- ¿Está usted interesado en las Directivas Avanzadas? Si No
- ¿Ya tiene usted las Directivas Avanzadas en orden? Si No
- ¿Ha usted designado a un Propugnador del Paciente? Si No

Tenemos nosotros una copia de este documento en su expediente médico? Si No

• Nombre de su Propugnador del paciente: _____

• # De teléfono del propugnador/contacto: _____

Divulgación de Información de Salud

Community First Health Centers puede divulgar información de salud (papel, electrónica, rayos-X, laboratorios, etc.) a:

- Otros Médicos, farmacias o instalaciones que tratan al paciente para facilitar una atención continua.
- Las agencias de seguro medico del asegurado que Community First Health Centers utiliza para los servicios de facturación.
- Empresas que ayudan a mejorar la calidad y la eficiencia de la atención en los Centros de Salud de Community First

Yo doy mi consentimiento para que Community First Health Centers recupere mi historial de recetas por electrónicas.

Sino se puede comunicar conmigo, un representante puede dar información sobre mi a: **(marque todo lo que corresponda)**

- Resultados de exámenes Diagnostico Cuidado\Tratamiento Estado de cuentas

Por medio de los siguientes:

___ Mi teléfono celular Celular # _____

___ Correo de voz o correo electrónico como aparece en mis datos demográficos

___ Mi esposo (a) Nombre y teléfono _____

___ Mis Hijos Nombre y teléfono _____

___ Otro padre de familia o tutor legal: Nombre, relación y numero _____

___ NO proveer información a nadie que no sea yo _____ (iniciales)

Acuerdo financiero

Community First Health Centers cobrará tarifas por el servicio dados. Estas tarifas pueden estimarse a veces en función de los servicios que se proporcionarán, pero siempre se ajustarán a las tarifas reales asociadas con los servicios exactos que se le proporcionaron. Para garantizar que Community First facture a mi compañía de seguros correctamente, soy responsable de proporcionar a Community First información precisa sobre el seguro.

Si tiene seguro médico, Community First facturará a su compañía de seguros los honorarios mencionados anteriormente. Reconozco y entiendo que soy responsable de saber qué servicios médicos cubrirá y cuales no. También entiendo que seré responsable de pagar lo que mi compañía de seguros no cubrirá, que incluye los copagos y/o deducibles. ** Si no tengo seguro, entiendo que los honorarios que me cobran son mi responsabilidad.

Si me lesioné en el trabajo o en un accidente, soy responsable de proporcionar a Community First la compensación necesaria para el trabajador o la información de facturación del seguro de automóviles para que Community First pueda facturar a la parte responsable correspondiente.

_____ (iniciales)



Por favor complete TODAS las secciones.

Noticia de Practicas de Privacidad

Community First Health Centers me ha proporcionado su documento de Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que este documento explica mis derechos como paciente y cómo se maneja mi PMI (información médica pertinente). He recibido una copia de esto. También entiendo que si tengo una pregunta sobre esto o una inquietud, debo comunicarme con el Oficial de Privacidad de Community First Health Centers.

Teléfono del oficial de privacidad: (586) 270-8055

Consentimiento de Tratamiento

_____ (iniciales)

Community First Health Centers ofrece servicios integrados de atención médica primaria, salud conductual, dental y otros servicios de atención médica para satisfacer sus necesidades, independientemente de su edad, sexo, identidad de género, color, raza, origen étnico, fe, origen nacionalidad, religión, discapacidad, orientación sexual o si es veterano. El propósito de esa atención es:

- Para obtener información a través de un historial y examen para el diagnóstico y el desarrollo de un plan de atención / tratamiento.
- Para tratar enfermedades, salud mental, lesiones y discapacidades mediante pruebas, uso de procedimientos, terapias y medicamentos.
- Ayudar a los pacientes a alcanzar su máximo potencial dentro de sus capacidades.
- Acelerar el retorno gradual del paciente / cliente a la salud y la fuerza después de la enfermedad, y reducir la duración de la recuperación funcional

Se harán referencias a otras agencias que sean apropiadas para las necesidades del paciente. Se pueden tomar fotografías o cintas de video, necesarias para proporcionar tratamiento o documentación.

Como parte de su atención integrada, utilizamos un registro de salud electrónico que incluye su información médica, de salud mental, dental y de otro tipo. Para brindarle la mejor atención posible, todo su equipo de atención puede ver el registro completo. Esta autorización también se refiere a la Regulación Federal 42 CFR Parte 2 de los Estatutos del Estado con respecto al Abuso de Salud Mental, Alcohol y Drogas.

***La firma a continuación en la parte inferior de esta página proporciona el consentimiento para el tratamiento. *** Entiendo completamente que este consentimiento se otorga antes de un diagnóstico o tratamiento específico. También soy consciente de que este consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado por escrito. Mi consentimiento se transferirá a otras ubicaciones de Community First Health Centers si elijo otro proveedor o servicio dentro de esta organización.

Reconocimiento

He leído y entiendo toda la información anterior y en la página 1 de este formulario.

- La información demográfica, de facturación y de seguro que he proporcionado a Community First Health Centers es correcta. Sé que es mi responsabilidad proporcionar información actualizada en cada visita.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi consentimiento. Todas mis preguntas han sido respondidas.
- Me dieron información sobre Patient Centered Medical Care (PCMH). Entiendo el concepto y acepto que la participación del paciente y la familia es crucial en el manejo de la salud.
- Community First Health Centers seguirá las leyes estatales y federales con respecto a la protección de la información médica y demográfica.

Solicito tratamiento y doy mi consentimiento para el tratamiento de (**seleccione solo uno**):

- Yo mismo
- Nombre del paciente _____

Documentación de la relación proporcionada y escaneada en el expediente:

- Licencia
- Oficio De La Corte
- Padre Custodial
- Tutor Legal
- Otro

Paciente o Padre/ Tutor Legal

Fecha

Paciente o Padre/Tutor Legal Imprima el nombre



Consentimiento De Odontología General

Yo afirmo y doy mi consentimiento para los siguientes servicios brindados por Community First Health Centers Dental Clinic, según lo recomendado por el dentista, y discutido conmigo antes del servicio.

Rellenos: Entiendo que necesito completar el tratamiento y que durante el tratamiento, el tamaño del relleno puede ser mayor de lo planeado originalmente, lo que puede requerir una corona. También entiendo que no hay otras opciones de tratamiento para los empastes y que si no se tratan, existe la posibilidad de que el diente se rompa, la caries se vuelva más profunda o que la caries se extienda a otros dientes.

Coronas: Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes exactamente con los dientes artificiales. Además, entiendo que llevaré corona (s) temporal (es), que pueden desprenderse fácilmente y que debo tener cuidado y asegurarme que se mantengan puestas hasta que se entreguen las coronas permanentes. Entiendo que habrá cargos adicionales por nuevas versiones debido al retraso de la cementación permanente de la corona.

Tratamiento Alternativo: Se me ha explicado que el único tratamiento alternativo disponible es un relleno muy grande, conocido como acumulación de núcleos. Esta opción de tratamiento puede hacer que el diente se fracture debido a su tamaño, lo que da como resultado una raíz en el canal del diente o en última instancia, la pérdida del diente.

Tratamiento Periodontal: Entiendo que si estoy recibiendo tratamiento para la enfermedad periodontal, esto significa que mi condición es grave y que puede causar inflamación o pérdida de encías y huesos, que ultimadamente puede llevar a la pérdida de mis dientes. Entiendo que no hay mas opciones de tratamiento para la enfermedad periodontal y estoy consciente de que si no se tratan, esto puede resultar en: cirugía de encías y / o extracciones de dientes.

Dentaduras y Parciales: Entiendo que el uso de dentaduras / parciales es difícil. Los dolores, el habla alterada y la dificultad para comer son problemas comunes asociados con las dentaduras. La colocación inmediata de dentaduras después de las extracciones puede ser dolorosa. Las dentaduras inmediatas requerirán múltiples revestimientos y / o una nueva dentadura definitiva que se realizará mientras el tejido y el hueso cicatrizan; esto no está incluido en la tarifa de dentadura postiza. Además, todos los tipos de prótesis y parciales a menudo requieren una cantidad considerable de ajustes. Entiendo que el hecho de no cumplir con mi cita programada puede dar como resultado dentaduras mal ajustadas. Si se requiere una nueva versión debido a mi retraso de 30 días o más, puedo ser responsable de los cargos adicionales que me hayan sido transferidos.

Entiendo que la odontología es una ciencia inexacta y que, por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar los resultados. Reconozco que ninguna persona me ha garantizado ni asegurado los tratamientos odontológicos que solicité y autorice. Por la presente autorizo a cualquiera de los doctores o asistentes dentales a proceder y realizar las restauraciones y tratamientos dentales como se indicó anteriormente y como se me explicó. Entiendo que esta es solo una estimación y está sujeta a modificaciones en función de circunstancias imprevistas o no diagnosticadas que puedan surgir durante el curso del tratamiento. Entiendo que independientemente de cualquier cobertura de seguro dental que pueda tener, soy el principal responsable del pago de todos los honorarios dentales.

Firma Del Paciente o Tutor Legal

Fecha



Registro de pacientes nuevos y evaluación del historial de salud

Información Demográfica

Traiga Con usted su identificación y tarjetas de seguro

Instrucciones: Porfavor llene todas las secciones.

Nombre del Paciente: _____ Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Correo electrónico (Solo para pacientes mayores de 18 años): _____

Información de los padres

| | |
|--|--------------------------------|
| Nombre De Los Padres/o Tutor Legal: (Relación con el paciente) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| Dirección: | Ciudad, Estado, Código Postal: |
| Teléfono: | Teléfono Alternativo: |

DIRECCION DEL PACIENTE

Calle: _____ Apt. _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cel.: _____ Casa: _____ Trabajo: _____

Si es menor de edad, nombre del tutor legal: _____ Vive con: Padres Tutor legal

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ Telefono: _____

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE

Persona responsable: Yo Esposo (a) Padre Padre sin custodia Otra Persona

Nombre de persona responsable: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Telefono: _____

INFORMACION DE SEGURO DENTAL

Seguro Dental

Nombre de la Compañía: _____ Nombre de suscriptor: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de grupo: _____ Numero de póliza: _____

Relación del paciente con el asegurado: _____

Seguro Medico Primario

Nombre de la compañía: _____ Nombre de suscriptor: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de grupo: _____ Numero de póliza: _____

Relación del paciente con el asegurado: _____

Seguro medico secundario

Dental

Medico

Nombre de la compañía: _____ nombre de suscriptor: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de grupo: _____ Numero de póliza: _____

Relación del paciente con el asegurado: _____



Registro Pacientes Nuevos y Evaluación Del Historial De Salud

Instrucciones: Porfavor llene todas las secciones.

Nombre Del Paciente: _____ Apodo: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Nombre Del Padre / Tutor Legal: _____ Relación con el Paciente: _____

Nombre de su médico: _____ Numero de Teléfono: _____

¿Ha recibido atención médica en los últimos dos años? Si No

Describa: _____

¿Es esta la primera visita del niño a un dentista? Si No

Si no es la primera visita, ¿Cuál fue la fecha de la última visita dental? _____

¿Cuál es el motivo de la visita del niño? _____

¿Se queja el niño de algún dolor dental? Yes No

Si, si porfavor explique: _____

¿Qué tipo de agua bebe el niño? Agua de Ciudad Agua de Poso Agua de Botella Agua Filtrada

¿Toma el niño suplementos de flúor? Si No

¿Se usa pasta dental con flúor? Si No

¿Cuántas veces se cepillan los dientes al día? _____ ¿Cuándo se cepillan los dientes? _____

¿Usted (el padre / tutor) o el paciente han tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas? ... Si No

- 1. Tuberculosis activa 2. Tos persistente de más de tres semanas de duración 3. Tos que produce sangre

Si responde que sí a cualquiera de los tres puntos anteriores, deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.

¿Ha tenido el niño antecedentes o condiciones relacionadas con alguno de los siguientes:

- | | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Parálisis Cerebral | <input type="radio"/> Audición | <input type="radio"/> Alergia al Látex | <input type="radio"/> Convulsiones |
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Varicela | <input type="radio"/> Corazón | <input type="radio"/> Hígado | <input type="radio"/> Drepanocitosis |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Sinusitis Crónica | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Sarampión | <input type="radio"/> Tiroides |
| <input type="radio"/> Vejiga | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> VIH+/SIDA | <input type="radio"/> Mononucleosis | <input type="radio"/> Uso de Tabaco/Drogas |
| <input type="radio"/> Trastorno de sangrado | <input type="radio"/> Dolor de oídos | <input type="radio"/> Vacunas | <input type="radio"/> Paperas | <input type="radio"/> Tuberculosis |
| <input type="radio"/> Huesos/Articulaciones | <input type="radio"/> Epilepsia | <input type="radio"/> Problemas de crecimiento | <input type="radio"/> Embarazo (Adolescentes) | <input type="radio"/> Enfermedad venérea |
| <input type="radio"/> Cáncer | <input type="radio"/> Desmayos | <input type="radio"/> Riñones | <input type="radio"/> Fiebre Reumática | <input type="radio"/> Otro: _____ |



Registro De Pacientes Nuevos y Evaluación del Historial de Salud

Historial Médico y Dental Del Paciente- Para Menores

¿Toma el niño algún medicamento recetado o suplementos vitamínicos? Si No

Porfavor indique: _____

¿El niño es alérgico a algún medicamento (como penicilina, antibióticos o otras drogas)? Si, si indique: Si No

Porfavor indique: _____

¿El niño es alérgico a algo más, como ciertos alimentos? Si No

Porfavor indique: _____

¿Cómo describiría los hábitos alimenticios del niño? _____

¿Actualmente el niño está siendo tratado por alguna enfermedad?..... Si No

Porfavor indique: _____

¿Alguna vez el niño ha tenido una enfermedad grave? Si No

Porfavor indique cuando: _____ Describa: _____

¿Alguna vez el niño ha sido hospitalizado? Si No

¿Tiene el niño antecedentes de alguna otra enfermedad? Si No

Porfavor indique: _____

¿Tiene el niño problemas hereditarios? Si No

¿Tiene el niño alguna dificultad para hablar? Si No

¿El niño tiene impedimentos físicos, mentales o emocionales? Si No

¿El niño experimenta sangrado excesivo cuando se corta?..... Si No

¿Ha tenido el niño algún problema con el tratamiento dental en el pasado?..... Si No

¿Alguna vez se ha expuesto el niño a radiografías dentales (rayos-X)? Si No

¿Alguna vez a sufrido el niño de alguna lesión en la boca, la cabeza o los dientes?..... Si No

¿Ha tenido el niño algún problema con la el desprendimiento de dientes?..... Si No

¿Ha recibido el niño algún tratamiento de Ortodoncia? Si No

¿Se chupa el pulgar, los dedos o usa chupón? Si No

¿A qué edad dejó de amamantar al niño? _____

¿El niño participa en actividades recreativas activas? Si No

NOTA: Se alienta tanto al médico como al paciente a discutir todos y cada uno de los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento.

Certifico que he leído y entiendo lo anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hay, sobre las consultas expuestas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista o otro miembro de su personal por cualquier acción que tomen o no tomen debido a errores o omisiones que pueda haber realizado al completar este formulario.

Firma del Padre / Tutor Legal

Fecha



Registro De Pacientes Nuevos y Evaluación Del Historial De Salud

Historial Del Paciente

Instrucciones: Porfavor llene todas las secciones.

**** PORFAVOR TRAIGA TODAS LAS BOTELLAS DE MEDICAMENTOS A CADA CITA ****

Nombre Del Paciente: _____ Fecha: _____ Fecha De Nacimiento: _____

¿Actualmente usted tiene alguna condición médica?

Liste todos los **medicamentos** recetados que tome actualmente:

| Medicamentos: | Dosis: | Frecuencia: | Fecha Iniciada: |
|---------------|--------|-------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Liste todos los medicamentos **sin receta** que tome regularmente, incluya vitaminas y suplementos herbales.

| Medicamentos: | Dosis: | Frecuencia: | Fecha Iniciada: |
|---------------|--------|-------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Mujeres: ¿Está embarazada o cree que podría estar embarazada? Si No

Mujeres: ¿Toma pastillas anticonceptivas? Si No

¿Alguna vez ha tomado medicamentos para la prevención de la pérdida ósea como Fosamax, Actonel, Boniva o otros medicamentos similares? Si No

¿Tiene alergia al látex/cinta? Si No

Liste cualquier alergia adicional que pueda tener:

Liste las hospitalizaciones y cirugías anteriores, incluidas las fechas y la información del hospital:

¿Ha viajado recientemente fuera de los EE. UU. (Indique los países y las fechas a continuación)? Si No



¿Como se enteró de nosotros?

¡Complete el siguiente formulario y díganos cómo se enteró de Community First Health Centers!

Nombre: _____

Fecha: _____

¿Qué otros (si los hay) programas de Community First Health Centers utiliza?

- Atención Medica Servicios Dentales Asesoramiento En Salud Conductual
 Programa de Salud Maternal y Infantil Atención Medica Para Gente Sin Hogar Mujeres, Bebes y Niños (WIC)

Esta interesado en obtener mas información sobre otros servicios de Community First Health Centers?

- Atención Medica Servicios Dentales Asesoramiento En Salud Conductual
 Programa de Salud Maternal y Infantil Atención Medica Para Gente Sin Hogar Mujeres, Bebes y Niños (WIC)

Hubo alguien que lo refirió a nosotros que podamos agradecerle?

- Otro empleado de Community First Health Centers Amigo/ Familiar
 Otra agencia (Porfavor Indique quien): _____ Nadie (Porfavor complete la sección B)

A. Si alguien lo recomendó con nosotros, porfavor proporcione la siguiente información para que podamos agradecerle.

Nombre: _____ Numero de teléfono: _____

Dirección: _____

B. Si comento que "Nadie", como se entero de nosotros?

- Evento Comunitario Internet/Sitio Web Facebook Periódico Cartelera
 Cartel Tarjeta Postal Otro (Detalles): _____

Exclusivo Para Pacientes Dentales

¿Actualmente ve a un Medico en Community First Health Centers?

Si No

Si, si indique qué a que Doctor mira usted? _____

Scanned into Chart Translation provided



Derechos y Responsabilidades del Paciente

Para Sus Archivos

En Community First Health Centers vemos la atención médica como una asociación entre usted y su médico. Respetamos sus derechos, valores y dignidad. También le pedimos que reconozca las responsabilidades que conlleva ser paciente de Community First Health Centers. Revise los derechos y responsabilidades de los pacientes de Community First Health Centers que se detallan a continuación.

Derechos Del Paciente:

- Atención médica, de alta calidad, sin discriminación, que sea compasiva y respete la dignidad personal, los valores y las creencias.
- Participar y tomar decisiones sobre su atención y manejo del dolor, incluida la denegación de la atención en la medida permitida por la ley. Los proveedores de atención (médicos, enfermeras, etc.) explicarán las consecuencias médicas de rechazar el tratamiento recomendado.
- Que la enfermedad, el tratamiento, el dolor, las alternativas y los resultados se expliquen de manera comprensible, con servicios de interpretación según sea necesario.
- Conocer el nombre y la función de su proveedor de atención (médico, enfermera, etc.).
- Que los tratamientos, comunicaciones y registros médicos se mantengan privados en la medida permitida por la ley.
- Tener acceso a registros médicos en un plazo razonable, en la medida permitida por la ley.
- Ser informado sobre las transferencias de atención a otra organización o proveedor de salud y las alternativas a esa transferencia.
- información sobre la continuación de su atención médica al final de cada visita.
- Conocer las políticas que pueden afectar su atención o tratamiento.
- Participar o negarse a participar en la investigación y que la disminución en cualquier momento no comprometerá su acceso a la atención, el tratamiento o los servicios.
- tratamientos privados y confidenciales, comunicaciones y registros médicos en la medida permitida por la ley.
- Recibir información sobre Directivas Avanzadas (testamento vital, poder de atención médica o abogado, o directivas anticipadas de salud mental) y que se respeten sus Directivas Avanzadas en la medida permitida por la ley.
- Información completa sobre los cargos por servicios y asesoramiento sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para la atención médica.
- Acceso a agencias de servicios de defensa y protección y un derecho a estar libre de abuso/negligencia.
- Foro para atender inquietudes, quejas y garantizar que compartir inquietudes y quejas no comprometerá el acceso a la atención, el tratamiento y los servicios.
 - **Si tiene alguna inquietud con respecto a la seguridad o la calidad de su atención, no dude en hablar sobre esto con su médico o el Gerente de práctica de la clínica. También puede comunicarse con el Jefe de Operaciones al 586-749-5197.**

Responsabilidades del paciente:

- Asociarse con su médico / equipo de atención médica domiciliaria para establecer una relación de colaboración para abordar los problemas de salud personal y comportamiento de la salud del paciente, proporcionando la mayor información posible sobre su salud, historial médico y beneficios de seguro.
- Mantener las citas programadas o cancelar dentro de las 24 horas, si es posible.
- Comunicarse primero con su Doctor para todos sus problemas médicos, que no sean emergencias que se consideren potencialmente mortales o con el potencial de dañar permanentemente el estado de salud.
- Informar cambios en la condición o síntomas, y mantener actualizado el historial médico, incluyendo la información sobre todos los medicamentos sin receta y suplementos dietéticos (como vitaminas, suplementos herbales).
- Hacer preguntas si no comprende las instrucciones médicas, compartir inquietudes o si no puede seguir su plan de atención.
- Identificar y trabajar hacia objetivos de la vida personal y establecer planes de gestión de la atención, incluidos objetivos y responsabilidades de autogestión.
- Cumplir con sus obligaciones financieras con la instalación
- Actuar de manera respetuosa y segura para otros pacientes, el personal y la propiedad de la instalación. Seguir las normas y reglamentos de las políticas de las instalaciones.



Uso y Divulgación de información de salud protegida Para Sus Archivos

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Por ley para mantener la privacidad de la información de salud protegida y para notificarle sobre sus obligaciones legales y prácticas de privacidad. Community First Health Centers debe cumplir con los términos de la notificación actualmente vigente, pero Community First Health Centers se reserva el derecho de cambiar los términos. Si hay un cambio, Community First Health Centers le proporcionará una notificación escrita y revisada tan pronto como sea posible por correo o entrega en mano.

Como paciente de Community First Health Centers, la información sobre usted debe usarse y divulgarse a otras partes para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones incluyen, pero no se limitan a, la divulgación de información contenida en registros financieros y/o registros médicos, incluyendo información sobre enfermedades transmisibles como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), drogas/abuso de alcohol, diagnóstico psiquiátrico y registros de tratamiento y/o resultados de pruebas de laboratorio, farmacia y recetas, historial médico, progreso del tratamiento y/o cualquier otra información relacionada, para:

- Su compañía de seguros, plan de salud autofinanciado o de terceros, Medicare, Medicaid o cualquier otra persona o entidad que pueda ser responsable de pagar o procesar el pago de cualquier parte de su factura por servicios;
- Cualquier persona o entidad afiliada o representativa para fines de administración, facturación y gestión de calidad y riesgo;
- Cualquier hospital, hogar de ancianos u otro centro de atención médica en el que pueda ser admitido;
- Cualquier centro de vida asistida o cuidado personal del cual usted sea residente;
- Cualquier médico que le brinde atención;
- Farmacias y recetas, que ha usado en el pasado;
- Miembros de la familia y otros cuidadores que forman parte de su plan de atención domiciliaria para el servicio;
- Organismos de acreditación, incluida la información contenida en el Conjunto de datos OASIS a la agencia estatal que actúa como representante del programa Medicare / Medicaid;
- Contactarlo para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre otras actividades de salud que brindamos;
- Contactarlo para recaudar fondos para Community First Health Centers
- Otros proveedores de atención médica para iniciar el tratamiento.

Se permite a Community First Health Centers usar o divulgar información sobre usted sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias;

1. En situaciones de tratamiento de emergencia, si Community First Health Centers intenta obtener el consentimiento tan pronto como sea posible después del tratamiento;
2. Cuando existan barreras sustanciales para comunicarse con usted y Community First Health Centers determine que el consentimiento se infiere claramente de las circunstancias;
3. Cuando la ley requiera que Community First Health Centers brinde tratamiento y no podamos obtener el consentimiento;
4. Cuando la ley exija el uso o la divulgación;
5. Para ciertas actividades de salud pública;
6. Cuando Community First Health Centers crea razonablemente que, usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica ante una autoridad gubernamental autorizada;
7. Actividades de supervisión de la atención médica;
8. Ciertos procedimientos administrativos judiciales;
9. Ciertos propósitos de aplicación de la ley;
10. A médicos forenses, directores de funerarias o en ciertas circunstancias;
11. Para fines de donación de órganos, ojos o tejidos;
12. Para ciertos fines de investigación;
13. Para evitar una seria amenaza a la salud y la seguridad;



Community First Health Centers is permitted to use or disclose information about you without consent or authorization in the following circumstances, Cont'

14. Para funciones gubernamentales especializadas, incluidas actividades militares y de veteranos, actividades de seguridad nacional e inteligencia, servicios de protección para el Presidente y otros, determinaciones de idoneidad médica, instituciones correccionales y situaciones de custodia;
15. Para fines de compensación laboral.

Se permite a Community First Health Centers usar o divulgar información sobre usted sin su consentimiento o autorización, siempre que se le informe por adelantado y se le dé la oportunidad de aceptar, prohibir o restringir la divulgación en las siguientes circunstancias:

1. El uso de un directorio de personas atendidas por Community First Health Centers;
2. Un miembro de la familia, pariente, amigo o otra persona identificada, la información relevante sobre la participación de dicha persona en su atención o el pago de la atención. Otros usos y divulgaciones se realizarán solo con su autorización por escrito. Esa autorización puede ser revocada, por escrito, en cualquier momento, excepto en situaciones limitadas.

Sus Derechos

Usted tiene el derecho, conforme a ciertas condiciones, a:

1. Solicitar restricciones en ciertos usos o divulgaciones de su información;
2. Sin embargo, a Community First Health Centers no se le requiere estar de acuerdo con la restricción solicitada;
3. Recibir comunicación confidencial de su información médica;
4. Examinar y copiar su información médica;
5. Corregir su información médica en caso necesario;
6. Recibir una cuenta de divulgaciones;
7. Obtener una copia de este aviso, si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente.

Quejas

Usted puede quejarse con Community First Health Centers y al Departamento de Salud y Recursos Humanos de la Secretaria de Los Estados Unidos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. No habrá represalias contra usted por haber levantado una queja. La queja deberá ser presentada por escrito a Community First Health Centers y debe indicar los incidentes específicos en términos del tema, fecha y otros acontecimientos relevantes. Una queja a la Secretaria debe conformarse con los estándares especificados en la sección 45 CFR 160.306.

Para más información en relación de cómo hacer una queja a Community First Health Centers, por favor contacte
Renee Mardis, Jefa De Operaciones@586-270-8055 ext. 249

He leído o me han explicado este Aviso. Entiendo este aviso y he tenido la oportunidad de hacer preguntas respecto a la información proporcionada.

Este aviso es efectivo a partir de **Marzo 2016**.