

PAQUETE DE REGISTRO

Estimado paciente: Somos una clínica sin fines de lucro que proporciona servicios de salud de bajo costo en función de una escala de tarifas variable. Los costos de las consultas de los pacientes se determinan mediante una escala de tarifas variables que se calcula en función de los ingresos y el número de personas del hogar. Este consultorio atiende a todos los pacientes, independientemente de que no se encuentren en capacidad de pagar. Debido a los nuevos reglamentos sobre informes, ahora se requiere la siguiente información de cada paciente. Tenga en cuenta que toda la información es confidencial. Agradecemos su cooperación con estos nuevos requisitos de información; necesitaremos recopilar esta información anualmente.

Información del paciente:

Fecha de hoy: _____

Apellido:

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	
Dirección de correo electrónico:	Nro. de Seguro Social:	sexo de nacimiento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Vivienda: (marque una casilla)

<input type="checkbox"/> Albergue (refugios, instalaciones de acogida temporal nocturna, edificios militares)	<input type="checkbox"/> Vivienda compartida (vive con otras personas temporalmente y se muda a menudo)	<input type="checkbox"/> Residencia permanente (propia, departamento/habitación/casa en alquiler)
<input type="checkbox"/> Transitoria (centro, comunidad, hogar)	<input type="checkbox"/> Callejera (acera, automóvil, estacionamiento, entrada de edificio, edificio público o abandonado)	
<input type="checkbox"/> Otra (hotel, motel, ocupación diaria de habitación individual)		

Origen étnico: (marque una opción) **Hispano:** Sí No

Raza: (Marque todas las opciones que correspondan)

<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de las islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Otro/Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Asiático		

Identidad de género:

<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Transexual masculino/femenino a masculino	<input type="checkbox"/> Otro : _____
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Transexual femenino/masculino a femenino	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder

Orientación sexual:

<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> No sé
<input type="checkbox"/> Homosexual	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo

Información del cónyuge o padres/tutores (si corresponde):

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Idioma principal: _____

Seguro de salud: (marque una opción) Medicare Medi-Cal Ninguno Otro: _____

Contacto de emergencia:

Apellido: _____ Nombre: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

En casos de emergencia, Hurtt Family Health Clinic le proveerá su historia clínica a un hospital u otra institución médica si usted no puede tomar decisiones médicas por cuenta propia.

Si usted **no** desea que su historia clínica se envíe en su nombre, marque esta casilla:

En casos de emergencia, **no** deseo que mi historia clínica se envíe en mi nombre.

Síntomas actuales: Marque todos los síntomas que tenga actualmente. Si no tiene ninguno, marque esta casilla: Ninguno

<p>General</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Sudoración nocturna <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito <input type="checkbox"/> Pérdida o aumento de peso inesperados 	<p>Salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Preocupación extrema <input type="checkbox"/> Problemas para dormir <input type="checkbox"/> Problemas para pensar o concentrarse 	<p>Micción</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Micción frecuente durante el día (más de 6 veces al día) <input type="checkbox"/> Problemas para contener la orina o incontinencia <input type="checkbox"/> Dolor o ardor <input type="checkbox"/> Problemas para empezar o dejar de orinar <input type="checkbox"/> Despertarse para orinar más de 1 vez a la noche
<p>Sangre/Sistema linfático</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas 	<p>Sistema nervioso</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problemas para caminar <input type="checkbox"/> Problemas de coordinación <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayos o episodios de pérdida del conocimiento <input type="checkbox"/> Problemas de memoria <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Sacudidas <input type="checkbox"/> Problemas del habla <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Debilidad 	<p>Sistema reproductor</p> <p><i>Mujeres:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sangrado o manchado entre períodos <input type="checkbox"/> Períodos abundantes o dolorosos <input type="checkbox"/> Períodos irregulares <input type="checkbox"/> Secreción vaginal <p><i>Hombres:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problemas de próstata <input type="checkbox"/> Dolor o inflamación del escroto
<p>Huesos, articulaciones, músculos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Dolores musculares <input type="checkbox"/> Dolor de cuello <input type="checkbox"/> Articulaciones inflamadas, enrojecidas o dolorosas 	<p>Piel</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hemorragias o hematomas a partir de lesiones menores <input type="checkbox"/> Cambios en el cabello o las uñas <input type="checkbox"/> Cambios en los lunares <input type="checkbox"/> Sequedad <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Erupciones 	<p>Otros</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
<p>Cabeza, ojos, nariz y garganta</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor de oídos <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Hemorragia nasal <input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos <input type="checkbox"/> Problemas sinusales <input type="checkbox"/> Úlceras o irritación en la boca o la garganta <input type="checkbox"/> Problemas de los dientes o las encías <input type="checkbox"/> Problemas de visión 	<p>Estómago e intestinos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Heces negras <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Sangre en las heces fecales <input type="checkbox"/> Cambios en los hábitos intestinales <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dificultad o dolor al tragar <input type="checkbox"/> Acidez o indigestión <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Dolor rectal <input type="checkbox"/> Vómitos 	
<p>Corazón y circulación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor o presión en el pecho <input type="checkbox"/> Latidos del corazón rápidos o irregulares <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas al caminar <input type="checkbox"/> Hinchazón de los pies o los tobillos 		
<p>Pulmones</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tos con sangre <input type="checkbox"/> Falta de aire en reposo <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar al estar recostado <input type="checkbox"/> Falta de aire inesperada al realizar actividades <input type="checkbox"/> Silbidos al respirar 		

Afecciones presentes y pasadas: ¿Ha sufrido alguna de las siguientes afecciones? En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente. Si no ha sufrido ninguna, marque esta casilla: Ninguna

Huesos y articulaciones	Presente	Pasado
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractura o rotura de huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis o adelgazamiento de los huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabeza, oídos, ojos, nariz y garganta	Presente	Pasado
Cataratas o glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas auditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corazón y circulación	Presente	Pasado
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos hemorrágicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riñón y vejiga	Presente	Pasado
Problemas de los genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas del riñón o la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección del tracto urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pulmones	Presente	Pasado
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema, enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema nervioso y comportamiento	Presente	Pasado
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismo craneal, conmoción cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones o epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel	Presente	Pasado
Enfermedad de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estómago e intestinos	Presente	Pasado
Problemas de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis u otra enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras gástricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	Presente	Pasado
Niveles anormales de azúcar en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o resultado positivo en pruebas de VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (incluida durante el embarazo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de la glándula tiroides o bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasplante (indique de qué tipo):_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis o resultado positivo en pruebas de TB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras (explique):_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluación de depresión:

1. ¿Se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado durante el último mes? Sí No
2. ¿Ha sentido poco interés o agrado al hacer cosas durante el último mes? Sí No

Declaración de estado de salud actual:

1. Marque la casilla que describa mejor su estado de salud actual:
 Excelente Bueno Regular Deficiente
2. ¿Toma algún medicamento de venta con receta habitualmente? Sí No
Si la respuesta es sí, explique: _____

3. ¿Toma algún medicamento de venta sin receta, hierbas o suplementos habitualmente? Sí No
Si la respuesta es sí, explique: _____

4. ¿Sufre de alergias ambientales o a algún medicamento o alimento? Sí No
Si la respuesta es sí, explique: _____

5. ¿Realiza ejercicio de forma regular? Sí No
Si la respuesta es sí, indique con qué frecuencia: _____
6. ¿Está experimentando dolor oral actualmente? Sí No
Si la respuesta es sí, explique: _____

7. ¿Ha estado hospitalizado alguna vez? Sí No
Si la respuesta es sí, explique: _____

8. ¿Ha tenido cirugías? Sí No
Si la respuesta es sí, explique: _____

9. ¿Fuma, bebe o consume drogas recreativas? Sí No
Si la respuesta es sí, indique en qué cantidad y con qué frecuencia para cada una:

10. Fecha del último examen físico: _____
11. Fecha de la última vacuna contra el tétanos: _____
12. Fecha de la última colonoscopia: _____
13. Fecha del último examen de Papanicolaou: _____
14. Fecha de la última prueba de TB: _____
15. Fecha de la última mamografía: _____
16. Fecha de la última visita al dentista: _____

Antecedentes familiares:

¿Ha sufrido alguna vez algún miembro de su familia directa alguno de los siguientes problemas?
Marque todas las opciones que correspondan. Si no ha sufrido ninguno, marque esta casilla: Ninguno

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales/intestinales |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Trastornos mentales | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

Vacunas: Indique si ha recibido alguna de las siguientes vacunas:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> BCG (Vacuna contra la tuberculosis) | <input type="checkbox"/> Malaria |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Sarampión, paperas, rubeola |
| <input type="checkbox"/> Cólera | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Difteria | <input type="checkbox"/> Viruela |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Tétanos |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea |
| Si la respuesta es sí, ¿se completó una serie de 3 inyecciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Tifus |
| | <input type="checkbox"/> Fiebre amarilla |
| | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |

Es política de Hurtt Family Health Clinic realizar una prueba de VIH, a menos que decida no someterse a ella.
Si desea **no** someterse a la prueba, marque esta casilla:

- No deseo someterme a la prueba de VIH

Antecedentes ginecológicos: (Si es hombre continúe en la sección "Antecedentes sexuales")

- ¿Continúa menstruando? Sí No
Si la respuesta es no, explique: _____
- Si se ha sometido a una histerectomía, ¿se le han extirpado los ovarios? Sí No No sé
- ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____
- ¿Cuántos niños ha dado a luz? _____
- ¿Está embarazada o intentando quedar embarazada actualmente? Sí No No sé

Antecedentes sexuales:

- ¿Qué método anticonceptivo utiliza actualmente?
 No soy sexualmente activo/a Pareja del mismo sexo He pasado la menopausia
 No utilizo ningún método anticonceptivo
 Otro _____
 - ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades de transmisión sexual?
 Clamidia Sífilis Trichomonas EIP/Infección pélvica No lo sé
 Gonorrea Herpes Verrugas genitales Ninguna
-

*** OPCIONAL: Estilo de vida y salud:**

1. En el último año, ¿con qué frecuencia se ha saltado comidas o ha comido menos de lo que sabe que debería comer debido a que no contaba con alimentos o dinero suficiente para comprarlos?

- Nunca Mensualmente Todos los días o casi todos los días
 Menos de una vez al mes Semanalmente

2. ¿Tiene problemas para llevar a cabo sus actividades diarias (comprar alimentos, arreglos de transporte)?

- Sí No

Si la respuesta es sí, explique: _____

3. ¿Se encuentra bajo tensiones específicas? Sí No

Si la respuesta es sí, explique: _____

4. ¿Es su atención médica una carga financiera para usted? Sí No

*** OPCIONAL: Educación sobre la salud:**

1. ¿Desea recibir información por escrito acerca de algún tema relacionado con la salud? Sí No

Si la respuesta es sí, indique sobre qué tema: _____

2. ¿Cómo le gustaría informarse?

- Visualmente (imágenes/videos)
 Verbalmente (escuchando a personas, grabaciones)
 Interactivamente (práctica)

3. ¿Tiene valores o creencias que debamos considerar al planificar su atención? (p. ej., culturales o religiosas)

- Sí No

Si la respuesta es sí, explique: _____

He recibido, leído y aceptado los términos y condiciones adjuntos del paquete de registro y declaro haber completado la información incluida, en la medida de mis capacidades.

El paquete de registro incluye los siguientes documentos:

- **Autorización para Tratamiento**
- **Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA**
- **Declaración de Derechos del Paciente**
- **Responsabilidades del Paciente**
- **Consentimientos adicionales**
- **Información odontológica**

Firma (Paciente o persona autorizada)	Fecha	Relación, si no es el paciente

Solicitud de aplicación de escala de cargos Progresiva (Sliding Fee Application)

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número del Seguro Social: _____

Favor de verificar esta casilla y firmar esta solicitud, si no desea ser examinado para determinar si califica para ingresar al programa de descuentos según la escala de cargos progresiva (Sliding Fee Discount Program), y voluntariamente **renuncia** a participar en el mismo. Al marcar esta casilla, estará reconociendo que en caso de que un servicio prestado no esté cubierto por su seguro, usted será responsable del pago, en su totalidad, de los cargos relacionados con su consulta.

Renuncio a beneficiarme del programa de descuentos según la escala de cargos progresiva (Sliding Fee Scale Discount Program) y acepto plenamente la declaración que antecede.

La presente solicitud requiere que el paciente informe acerca del tamaño e ingresos de su familia. Para completar su solicitud, favor de facilitar a su representante de servicios a los pacientes la siguiente documentación de respaldo:

Tarjeta de identidad emitida por el gobierno del jefe de la familia; los documentos aceptados incluyen:

- Licencia de conducir o tarjeta de identidad de CA Tarjeta de identidad consular (CID) Pasaporte

Prueba de dirección con el nombre y la dirección del jefe de la familia; los documentos aceptados incluyen:

- Factura de la electricidad Factura del teléfono residencial Registro o seguro del automóvil
 Recibo del alquiler Contrato de alquiler

Prueba de ingresos para calcular el ingreso bruto anual. Los documentos aceptados incluyen:

- Talones de pago Documentación de ingresos para trabajadores independientes (profesionales, por ejemplo) Declaración de dificultad financiera permanente
 Declaración del impuesto sobre la renta federal/estatal Estados de cuenta bancarios Declaración patronal (firmada por el empleador)
 Comprobante de sueldos recibidos y retención de impuestos (W-2)
 Ingresos en el extranjero

Cantidad de miembros de la familia: _____

La cantidad total de miembros de una familia incluye los parientes inmediatos cohabitantes en una misma vivienda (por ejemplo, la madre, el padre, los hijos) además de cualquier persona que viva en la casa y contribuya a cubrir los gastos de la familia.

Total, de ingresos anuales de la familia: \$ _____

El total de ingresos incluye todos los sueldos, las pensiones del Seguro Social, las prestaciones por desempleo, las pensiones alimenticias, así como las pensiones laborales.

Firma: _____ Fecha: _____

Permiso para divulgar información

Tal como lo estipula la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act), usted tiene el derecho de solicitar que las comunicaciones relativas a su información personal de salud se realicen mediante canales confidenciales. Si solicita recibir comunicaciones confidenciales sobre su información personal de salud a través de medios alternativos, debe proporcionar una dirección alternativa u otro medio para contactarlo. ***Debe proporcionar algún medio de contacto.***

Hurt Family Health Clinic no le preguntará el motivo de su solicitud, y haremos lo posible para adaptarnos a todas las solicitudes razonables.

Hurt Family Health Clinic también utiliza entidades externas para divulgar cierta información personal de salud, como en la coordinación de historias clínicas por parte de terceros, los intercambios de información de salud (health information exchanges, HIE) con hospitales y proveedores médicos locales y el portal para pacientes.

Esta solicitud prevalece sobre cualquier otra solicitud previa para la comunicación de información enviada antes de la fecha que se indica a continuación

Autorización extendida

Enumere las personas que desee que tengan acceso a su información de facturación, consultas o salud (a excepción de la información que está protegida por las leyes estatales y federales), como su cónyuge, su cuidador u otro familiar:

Nombre (nombre y apellido)

Relación

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Restrictions on Communication Methods

Podemos comunicarnos con usted mediante correo postal, correo electrónico seguro y teléfono, lo que comprende dejar mensajes en su contestador automático o correo de voz. Indique a continuación los medios por los cuales NO desea recibir comunicaciones:

- No deseo recibir llamadas en estos números de teléfono): _____
- No deseo recibir mensajes ni correos de voz en estos números de teléfono: _____
- No deseo recibir correos en las siguientes direcciones: _____
- Coordinación de historias clínicas por parte de terceros
- Intercambio de información médica (HIE)
- Portal para pacientes
- Otros (especifique): _____

Firma del paciente/persona responsable

Fecha

Nombre del paciente/persona responsable (en letra de molde)

Relación con el paciente



Autorización de Tratamiento Médico (Menores)

AUTORIZACIÓN PARA QUE EL AGENTE CONSIENTE AL TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR

Autorizo _____ a dar su consentimiento para una radiografía, examen,
(nombre completo de un adulto al que se le ha confiado el cuidado de un menor)

inmunizaciones, anestesia, todos servicios médicos, dentales y de salud mental, o diagnóstico o

tratamiento quirúrgico y cuidados de hospital a _____ siendo
(nombre completo del menor)

aconsejado por un médico y cirujano con licencia y proporcionado por ese médico o bajo la supervisión

de ese médico, sin afecto de donde se proporciona el tratamiento.

Esta autorización se realiza bajo el Código Familiar §6910.

Esta autorización reemplaza cualquier solicitud previa de autorización para tratar a un menor presentada antes de la fecha a continuación. Permanece vigente hasta que se revoque por escrito.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (Letras de Molde): _____

Por favor, especifique relación al menor:

Padre con custodia legal

Guardián con custodia legal

Otro: _____

REQUISITOS PARA REGISTRARSE EN LA CLÍNICA

✓ **Identificación**

Las formas de identificación aceptadas incluyen: Licencia de conducir, identificación de California, pasaporte, tarjeta de residencia, identificación escolar, etc.

✓ **Su tarjeta del seguro**

El registro en la clínica no tiene NINGÚN COSTO. Si no tiene ninguna cobertura de seguro médico/de salud, tenga en cuenta que deberá pagar en efectivo o con cheque cada visita a proveedores y todos los exámenes de laboratorio. Si tiene copagos, tenga en cuenta que deberá pagar en efectivo, con cheque o crédito cada visita a proveedores y todos los exámenes de laboratorio.

<u>MATERIALES DE INFORMACIÓN:</u>
--

Para todos los pacientes de Hurtt Family Health Clinic:

- **Autorización para Tratamiento**
- **Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA**
- **Declaración de Derechos del Paciente**
- **Responsabilidades del Paciente**
- **Consentimientos adicionales**
- **Información odontológica**

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

La atención médica es un servicio de atención al paciente que se proporciona en respuesta a una amplia gama de necesidades de asistencia médica de pacientes de todas las edades, sin distinción de género, color, raza, credo, origen nacional o discapacidad, cinco días a la semana. Hurtt Family Health Clinic utiliza prácticas basadas en la evidencia para tomar decisiones sobre el tratamiento y el fin de proporcionar atención médica de alta calidad para todos los pacientes.

La finalidad de la atención médica es:

- Tratar enfermedades, lesiones o discapacidades mediante exámenes, pruebas y el uso de procedimientos, según sea necesario, para facilitar el diagnóstico y el tratamiento.
- Obtener la información necesaria para diagnosticar y examinar a los pacientes.
- Prevenir o minimizar la discapacidad residual física y mental.
- Ayudar a los pacientes a alcanzar su potencial máximo dentro de sus capacidades.
- Acelerar la convalecencia y reducir la duración de la recuperación funcional.

Todos los procedimientos se le explicarán en detalle antes de solicitarle que se los realice. Se espera que usted coopere plenamente en los exámenes y que detenga toda prueba o tratamiento antes de experimentar aumentos en su nivel de dolor o malestar actual. Existen ciertos riesgos inherentes a la atención médica. Si tiene alguna inquietud acerca de los tratamientos recomendados descritos por su proveedor, hágaselas saber antes de la realización del examen o procedimiento. El médico o proveedor a cargo tomarán todas las precauciones necesarias para garantizar que esté protegido de situaciones potencialmente peligrosas. Nunca se lo obligará a someterse a procedimientos a los cuales no desee someterse. En base a la información citada anteriormente, usted acepta cooperar plenamente y participar en todos los procedimientos de atención médica y cumplir con el plan de atención tal como está establecido.

***Notificación a los pacientes**

Por su seguridad personal, no utilice ningún equipo sin la presencia de un miembro del personal.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Este aviso describe la manera en que se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a ella. Por favor, léalo detenidamente.

Usos y divulgaciones:

1. **TRATAMIENTO:** Utilizaremos y divulgaremos su información para proveer, coordinar y administrar su atención médica y todo servicio relacionado. Esto podría incluir la coordinación y la administración de su atención médica con terceros. Por ejemplo, podríamos divulgar su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de atención médica en el hogar que le brinde atención. Otro ejemplo incluye el suministro de información a los médicos a los cuales se lo haya derivado para garantizar que cuente con la información correcta para su diagnóstico.
2. **PAGO:** Su información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, es posible que la obtención de autorización para una hospitalización requiera que se divulgue su información al plan de salud para obtener la autorización para el ingreso hospitalario.
3. **TAREAS OPERATIVAS DE ATENCIÓN MÉDICA:** Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para facilitar la realización de las actividades comerciales del consultorio de su médico. Estas actividades incluyen, a mero título enunciativo, actividades de evaluación de la calidad, de evaluación de los empleados, formación de estudiantes de medicina, acreditación y la realización u organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a los estudiantes de escuelas de medicina que atienden pacientes en nuestro consultorio. Asimismo, podemos utilizar una hoja de registro en el mostrador de admisión en donde se le pedirá que indique quién es su médico. También podemos llamarlo por su nombre en las salas de espera y comunicarnos con usted para recordarle sus citas.
4. Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida sin su autorización en las siguientes situaciones: según lo exija la ley, asuntos de salud pública según lo exija la ley, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration), procedimientos judiciales, aplicación de la ley, jueces de instrucción, directores de funerarias, y para la donación de órganos, investigación, actividades criminales y militares, seguridad nacional, compensación a los trabajadores, reclusos. Usos y divulgaciones requeridos: La ley nos exige que le revelemos su información a usted y a la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Secretary of the Department of Health & Human Services) cuando así lo requiera para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.
5. Todos los demás usos y divulgaciones permitidos y requeridos se realizarán ÚNICAMENTE con su consentimiento o autorización por escrito o la oportunidad de oponerse, a menos que los EXIJA la LEY. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que su médico o el consultorio médico hayan actuado en conformidad con el uso o la divulgación que se indican en la autorización.

Por el presente, doy mi consentimiento para la utilización y la divulgación de toda la información médica sobre mí o mis hijos menores de edad, para los usos permitidos por la ley, incluidos los siguientes propósitos:

1. Revisión por parte de doctores, hospitales, otros proveedores de servicios de la salud y su personal que nos atienden.
2. Revisión por parte de aseguradores, administradores y otros que puedan pagar los costos de nuestro tratamiento.
3. Revisión por parte de autoridades de servicios de salud cuando así lo requieran estatutos, reglamentos o el deber profesional.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

Como paciente de Hurtt Family Health Clinic, usted tiene el derecho, de conformidad con la ley de California, de:

1. Comprender y utilizar estos derechos. Si por algún motivo necesita ayuda al respecto, le brindaremos asistencia.
2. Recibir tratamiento sin discriminación de raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad u orientación sexual.
3. Recibir atención con consideración y respeto en un entorno limpio y seguro.
4. Estar informado acerca del nombre y el puesto del proveedor de servicios de la salud que estará a cargo de su atención.
5. Conocer el nombre, el puesto y la función de todo el personal involucrado en su atención y tener la posibilidad de rehusarse a recibir su tratamiento, exámenes u observación.
6. Recibir atención en un ambiente donde no se fume.
7. Privacidad y confidencialidad de toda la información y todos los registros relacionados con su atención.
8. Participar en todas las decisiones acerca de su tratamiento.
9. Rehusarse a recibir tratamiento, exámenes u observación y que se le expliquen los efectos que esto podría tener en su salud.
10. Obtener una copia de su historia clínica dentro de un período de tiempo razonable.
11. Rehusarse a participar en investigaciones. Al decidir si desea participar o no, tiene derecho a recibir una explicación detallada.
12. Recibir toda la información que necesite para dar su consentimiento informado para la realización de cualquier procedimiento o tratamiento propuesto. Esta información debe incluir los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento.
13. Recibir atención de urgencia en caso de necesitarla.
14. Quejarse, sin temor a sufrir represalias, de la atención y los servicios que recibe y obtener una respuesta de Hurtt Family Health Clinic y, si usted así lo requiriera, obtener una respuesta por escrito. Si usted no está satisfecho con la respuesta, Hurtt Family Health Clinic debe brindarle los números telefónicos de médicos alternativos de manera que pueda transferir su atención médica.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

El personal de Hurtt Family Health Clinic se esfuerza por proporcionarle a usted, el paciente, la mejor atención posible. A continuación, se describen algunas cosas que usted puede hacer para ayudarnos a alcanzar esa meta:

1. Llegar a tiempo a sus citas programadas. En caso de no poder asistir a una cita, por favor llame con 24 horas de anticipación para cancelar o volver a programar su cita. Si llega tarde a su cita programada, es posible que se le solicite que espere a la próxima cita disponible o que vuelva a programar su cita.
2. Brindarle a su proveedor de servicios de la salud toda la información necesaria para determinar el mejor tratamiento para usted; completar los formularios en su totalidad y con precisión.
3. Proporcionar información de contacto correcta y completa.
4. Ser abierto y honesto con su proveedor de servicios de la salud.
5. Comunicarse con su proveedor de servicios de la salud de inmediato si su afección empeora o no sigue el curso previsto.
6. Consultar a su proveedor con suficiente antelación antes de que se le termine su suministro de medicamentos actual.
7. Utilizar los medicamentos con receta y de venta libre siguiendo las indicaciones que se le hayan dado. No debe compartir nunca los medicamentos que se le hayan recetado con otras personas.
8. Tratar a los demás pacientes de Family Health Clinic con la misma cortesía y el mismo respeto que esperaríamos de ellos. Por favor, respete el derecho de privacidad de los demás de la misma manera en la que solicitaría que se respete el suyo propio.
9. Asista a sus citas sobrio y preparado. Si usted asiste o se presenta bajo la influencia de cualquier sustancia ilícita, se le puede solicitar que se retire y vuelva a programar su cita para otro día.

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

DOCUMENTOS LEGALES APLICABLES A MENORES

Para todos los pacientes menores (menores de 18 años de edad), se les solicitará a los tutores legales que presenten documentación que demuestre que existe una relación legal. Esto es tanto para la seguridad del niño como para la del tutor, y también para garantizar que el padre o tutor designado legalmente sea responsable de tomar decisiones médicas en nombre del menor. Se requieren los documentos legales aplicables correspondientes a custodia, divorcio, separación, adopción, o cambio de nombre de un padre o niño.

Todos los menores deben tener un certificado de nacimiento registrado para poder ver a un proveedor.

TUTELA LIMITADA

La tutela limitada es para adultos con trastornos del desarrollo que no pueden tomar decisiones médicas por su cuenta. Si un paciente no puede tomar decisiones médicas por su cuenta debido a un trastorno del desarrollo, se requerirá la documentación legal que designe al tutor. Se debe presentar la constancia de tutela al momento del registro y es un requisito para que un proveedor pueda ver al paciente. La documentación debe incluir el derecho del tutor de dar su consentimiento para el tratamiento médico en nombre del paciente.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS SOBRE ATENCIÓN MÉDICA (AHCD, por sus siglas en inglés)

Las AHCD son una manera de hacer saber su voluntad en el caso de que no pueda hablar por sí mismo o prefiera que otra persona hable en su nombre. Las AHCD pueden servir para una o ambas de estas funciones:

- Poder para la Atención Médica (para designar a un representante)
- Instrucciones para la Atención Médica (para indicar su voluntad)

Si desea completar AHCD u obtener información adicional, comuníquese a su representante de Servicios al Paciente y se le proporcionará un paquete de AHCD y una hoja de preguntas frecuentes.

Si actualmente ya tiene AHCD, proporcione una copia para que se incluya en su historia clínica lo antes posible.