

Formulario de registro de pacientes

Estimado paciente: 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. Necesitaremos recopilar esta información anualmente.

Información del paciente				
Apellido		Nombre		MI
Dirección		Apt./Unidad	Ciudad	Estado
Número de Seguro Social		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Dirección de correo electrónico	
Por favor marque el teléfono principal <input type="checkbox"/> teléfono residencial () <input type="checkbox"/> teléfono celular () <input type="checkbox"/> teléfono de trabajo ()				
Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____			¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza (marque todos los que correspondan) <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Nativo de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Samoano				
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Mexico Americano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			Sexo de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Identidad de Género: (¿Cómo Se Identifica Usted)? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Femenino a masculino/Transexual masculino/Hombre Trans <input type="checkbox"/> Género Queer <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> masculino a femenino/Transexual femenino/ Mujer Trans <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		Seguro médico: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____		¿Tiene una Directiva Avanzada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted un Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Eres trabajador agrícola? <i>En caso afirmativo, seleccione una clase de trabajo:</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trabajadores agrícolas migratorios <input type="checkbox"/> Trabajadores agrícolas estacionales			
¿Esta usted sin hogar?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, por favor seleccione una de las siguientes (correspondiente a este año):</i> <input type="checkbox"/> Residencia permanente (no tiene límites de tiempo, renta) <input type="checkbox"/> Transitoria (centro, comunidad, hogar) <input type="checkbox"/> Vivienda compartida (vive con otras personas temporalmente y se muda a menudo) <input type="checkbox"/> Albergue (refugios, instalaciones de acogida temporal nocturna, edificios militares) <input type="checkbox"/> Calle (acera, automóvil, estacionamiento, entrada de edificio, edificio público o abandonado) <input type="checkbox"/> Otra (hotel, motel, ocupación diaria de habitación individual)				
¿Eres un estudiante de OCRM?: <i>En caso afirmativo, seleccione uno de los siguientes programas:</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alumni Housing <input type="checkbox"/> Hope Family Housing <input type="checkbox"/> Pearl House (non-Hurtt) <input type="checkbox"/> Sea Glass (Hope Harbor) <input type="checkbox"/> Village of Hope <input type="checkbox"/> Double R Ranch <input type="checkbox"/> House of Hope <input type="checkbox"/> Rip Tide (Hope Harbor) <input type="checkbox"/> Strong Beginnings <input type="checkbox"/> Tustin Veterans Outpost				
Farmacia				
Nombre de farmacia preferida:			Dirección de farmacia:	
Información del cónyuge o del padre/tutor (Si corresponde):				
Apellido		Nombre		Fecha de nacimiento
Por favor marque el teléfono principal <input type="checkbox"/> teléfono residencial () <input type="checkbox"/> teléfono celular () <input type="checkbox"/> teléfono de trabajo ()				
Contacto de emergencia:				
Apellido		Nombre		Número de teléfono ()
		Relación con el paciente		
Autorización para Divulgación de Información Médica y Asignación de Beneficios				
Por la presente, autorizo la divulgación de información médica o cualquier otra información necesaria a mi(s) compañía(s) de seguros, o agente de la misma, para satisfacer el procesamiento de reclamos. También autorizo el pago de beneficios médicos a Hurtt Family Health Clinic por los servicios prestados. Soy financieramente responsable por el pago de servicios no cubiertos por mi seguro.				

He recibido, leído y aceptado los términos y condiciones adjuntos del Paquete de Registro y reconozco que he llenado la información incluida en la mejor forma de mis capacidades.

El paquete de registro incluye los siguientes documentos:

Autorización para el tratamiento
Aviso de privacidad de la HIPAA

Carta de Derechos del Paciente
Responsabilidades del paciente

Directiva anticipada
Consentimientos adicionales

Firma:	Relación con el paciente	Fecha:
--------	--------------------------	--------

This area for office use only:

- Initial Annual Review
 Update/Reason for Update: Income Marital Status Address Family Size Work Status Insurance Coverage

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Patient is eligible for Column of Sliding Fee Scale Table which means he/she is responsible for_of clinic charges.
Verificado con (escoja una de las opciones): <input type="checkbox"/> Licencia de Manejar <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Tarjeta de Residencia <input type="checkbox"/> Otro _____		Lugar de Nacimiento: (ciudad, estado y pais)	
Nombre del Padre/Madre o Guardian:		Relacion con el paciente:	
Domicilio: (Verificado por: <input type="checkbox"/> Licencia de Manejar del Estado <input type="checkbox"/> Factura de Servicios <input type="checkbox"/> Acuerdo de Renta/Alquiler)			
Numero de Telefono de Casa:		Numero de Telefono de Celular:	
Numero de personas viviendo en el hogar? ? (Solo incluya a los miembros de familia los cuales son responsables el uno por el otro, tal como esposos, hijos dependientes y los padres de los hijos dependientes)			
NOMBRE:	EDAD:	# DE SEGURO SOCIAL:	
NOMBRE:	EDAD:	# DE SEGURO SOCIAL:	
NOMBRE:	EDAD:	# DE SEGURO SOCIAL:	
NOMBRE:	EDAD:	# DE SEGURO SOCIAL:	
Ingreso Bruto del Paciente:	Ingreso Bruto del Esposo/a:	Ingreso Bruto Total del Hogar:	
<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
Fuente de Ingresos: <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Empleado Independiente <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social <input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario del Seguro <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Carta de familiar o amigo que apoya financieramente al paciente <input type="checkbox"/> Otro _____			
Que comprobante uso para verificar los ingresos? <input type="checkbox"/> Talon de Cheque <input type="checkbox"/> Taxes <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> No tengo forma de presentar Comprobante de mis Ingresos y certifico que este es el INGRESO DE MI HOGAR, de acuerdo a mi conocimiento: _____			
<p>Al firmar abajo, reconozco que el Programa de Descuento no es una aseguranza medica sino mas bien un programa interno para nuestros pacientes que no tienen aseguranza y que no son elegibles para aseguranza medica publica.</p> <p>Referente a los descuentos por servicios, estoy al tanto de lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> Los descuentos para servicios y recetas medicas estan basados en <u>el ingreso del hogar</u>. Los documentos correspondientes deben ser presentados antes de que podamos dar consideracion a su aplicacion. Los descuentos seran aplicados por servicios prestados de acuerdo a cuando fue <u>recibida</u> la aplicacion; siempre y cuando los documentos correspondientes sean presentados en 30 dias de la fecha de la aplicacion. Entiendo que para continuar en este programa tengo que aplicar anualmente. <p>Estoy de acuerdo en que toda la informacion anotada arriba es verdadera segun mi conocimiento. Entiendo que el dar informacion falsa o el no proveer cualquier documento requerido durante 30 dias del dia de mi visita medica a la clinica hara que mi aplicacion sea rechazada.</p>			
Firma del Paciente/Padre o Guardian:		Relacion con el Paciente:	Fecha:
Recibida por Personal del la clinica:			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.

Hurtt Family Health Clinic le preguntará el motivo de su solicitud, y haremos lo posible para adaptarnos a todas las solicitudes razonables.

Hurtt 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 ampliada

Por favor liste las personas que desee que tengan acceso a su información de facturación, consultas o salud como su cónyuge, cuidador u otro miembro de la familia. Esto excluye la información que está protegida por las leyes estatales y federales.

Apellido	Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono ()

Si no desea agregar ninguna autorización extendida, marque la casilla a continuación:

- Yo (el paciente) no autorizo a divulgar información a nadie (esto excluye la información que está protegida por las leyes estatales y federales).

Restricciones a los métodos de comunicación

Nuestros métodos de comunicación con usted pueden ser a través de correo, correo electrónico seguro y teléfono, incluyendo dejar mensajes en su contestador automático / correo de voz. Indique a continuación las formas en que 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:

<input type="checkbox"/> Intercambio de información médica (HIE)	<input type="checkbox"/> Coordinación de historias clínicas por parte de terceros	<input type="checkbox"/> Portal para pacientes	<input type="checkbox"/> Otro (especifique):
--	---	--	--

Firma (paciente o representante legal)

Fecha

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de molde: _____
(paciente o representante legal)

Intercambio de información médica (HIE)**AUTORIZACIÓN PARA QUE EL AGENTE CONSIENTE AL TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR**

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

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

quirúrgico y cuidados de hospital a _____ siendo aconsejado por un médico y
(nombre completo del menor)

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 presentado antes de la fecha a continuación. Permanece vigente hasta que se revoque por escrito.

Firma (paciente o representante legal)

Fecha

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de molde: _____
(paciente o representante legal)

Cuestionario de Salud

Condiciones de salud actuales e historiales:

¿Alguna vez has tenido alguno de los siguientes? Por favor, marque la casilla de verificación para indicar que sí. Si ninguno, marque aquí: Ninguno

Huesos y articulaciones	Presente	Pasado	Pulmones	Presente	Pasado
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractura o hueso roto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema, enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis o adelgazamiento de los huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabeza, Oreas, Ojos, Nariz y Garganta	Presente	Pasado	Sistema nervioso y comportamiento	Presente	Pasado
Cataratas o glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión en la cabeza, conmoción cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas auditivos	<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"/>
Corazón y Circulación	Presente	Pasado	Piel	Presente	Pasado
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos hemorrágicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Coágulo de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estómago e intestino	Presente	Pasado
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis u otra enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras gástricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Problemas del ritmo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Riñones y vejiga	Presente	Pasado	Otro	Presente	Pasado
Problemas genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niveles anormales de azúcar en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o prueba positiva del VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas renales o vesicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (incluso durante el embarazo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección del tracto urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de la glándula tiroides o bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Trasplante (indique que): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prueba de tuberculosis o tuberculosis positiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Otro (explique): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario de Salud

Complete esta lista de verificación antes de ver a su proveedor o enfermera. Sus respuestas nos ayudarán a brindar la mejor atención.

Historia social		
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado(a)		#Hijos _____ #Abortos _____
Consumo de tabaco:	<input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Tabaco en polvo (el rapé)	<input type="checkbox"/> Fecha que dejo el consumir tabaco: _____
	<input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Tabaco mascado	<input type="checkbox"/> Paquetes/día _____
	<input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> # de años _____
Cafeína: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Café: Tazas/día _____ <input type="checkbox"/> Bebidas energéticas/día _____	Alcohol: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> bebidas/día _____ ¿Es el alcohol una preocupación para usted/otros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El consumo de drogas: ¿Ha consumido alguna vez drogas no legalizadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marihuana <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vapear <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez ha usado agujas para inyectarse drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Actividad sexual: Sexualmente activo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actualmente no Pareja sexual actual <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Método anticonceptivo: _____ <input type="checkbox"/> No es necesario ¿Alguna vez ha tenido una infección de transmisión sexual (ITS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está interesado en hacerse una prueba de detección de una infección de transmisión sexual (ITS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Cirugías	Tipo de cirugías	Fecha de la cirugía
Abdominal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Apéndice	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Ortopédico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
ginecología	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
uroológico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Reemplazo de rodilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Reemplazo de cadera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Reemplazo de válvula cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____

Pruebas pasadas	Fecha del examen	Otras preocupaciones:
Densidad ósea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Peso: ¿Es su peso una preocupación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dieta: ¿Cómo califica su dieta? Ejercicio: ¿Haces ejercicio regularmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué tipo de ejercicio? _____ ¿Cuánto tiempo? (minutos) _____ ¿Con qué frecuencia? _____ # ___/semana ¿Actualmente está tomando/planea tomar bisfosfonatos (osteoporosis/densidad mineral ósea baja)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
colonoscopia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Mamografía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Prueba de Papanicolaou (mujeres)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Examen de próstata (hombres)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Pruebas pulmonares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Pruebas de estrés	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Bienestar mental	
¿Se ha sentido decaído, deprimido o sin esperanza durante el último mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿A menudo tuvo poco placer en hacer cosas durante el último mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Califique su nivel de estrés general	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto

Cuestionario de Salud

Medicamento	Dosis	Veces/Día	Medicamento	Dosis	Veces/Día

Alergias o reacciones: A medicamentos, alimentos, ambiente u otro agente.

 Sin alergias o reacciones conocidas a ningún medicamento

Medicamento, comida, otro	Reacción o efecto secundario	Fecha en que ocurrió

Historia familiar: Adoptado(a) Historia familiar desconocida

Historia Familiar <i>Marque todo lo que corresponda</i>	Trastorno de salud mental	Alcohol	CANCER					Diabetes	Hipertensión	Colesterol alto	Causa de la muerte	Otro
			De Mama	De Colon	Próstata	Uterino	de pulmón					
Padre												
Madre												
Abuelo materno												
Abuela materna												
Abuelo paterno												
Abuela paterna												
Hermanos												
Hermanas												

Materiales de Información:

La siguiente información es para todos los pacientes de Hurtt Family Health Clinic

1. Autorización para el tratamiento
2. Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA
3. Declaración de Derechos del Paciente
4. Responsabilidades del paciente
5. Directiva anticipada
6. Consentimientos adicionales

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

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

El propósito de la atención médica es:

1. Tratar enfermedades, lesiones y discapacidades mediante el examen, las pruebas y el uso de procedimientos según sea necesario, en ayuda de diagnóstico o tratamiento.
2. Obtener la información necesaria para el diagnóstico y examen de pacientes.
3. Prevenir o minimizar la discapacidad física y mental residual.
4. Ayudar a los pacientes a alcanzar su máximo potencial dentro de sus capacidades.
5. Acelerar la convalecencia y reducir la longitud de la recuperación funcional.

Todos los procedimientos se le explicarán a fondo antes de que se le pida que los realice. Se espera que coopere plenamente con el examen y detenga cualquier prueba o procedimiento antes de experimentar cualquier aumento en su nivel actual de dolor o malestar. Existen ciertos riesgos inherentes con la atención médica; si tiene alguna inquietud sobre su tratamiento propuesto según lo descrito por su proveedor, hágales saber antes del examen o procedimiento. El médico o proveedor que lo atiende tomará todas las precauciones para asegurarse de que usted está protegido de cualquier situación potencialmente peligrosa. Nunca se verá obligado a realizar ningún procedimiento que no desee realizar. De acuerdo con la información anterior, usted acepta cooperar plenamente y participar en todos los procedimientos de atención médica y cumplir con el plan de atención tal como se establece.

****Aviso a los pacientes: Para su seguridad personal, no utilice ningún equipo sin un miembro del personal presente.***

AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Usos y divulgaciones:

1. **TRATAMIENTO:** Usaremos y divulgaremos su información para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto podría incluir la coordinación de la gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica protegida, según sea necesario a una agencia de salud en el hogar que le proporcione atención. Otro ejemplo incluye proporcionar información a un médico a quien se le ha referido para asegurar 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, la obtención de la aprobación para una estancia hospitalaria puede requerir que su información sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso hospitalario.
3. **OPERACIONES DE CUIDADO DE SALUD:** Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, con el fin de apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades

incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias y la realización o organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a estudiantes de escuelas de

medicina que ven pacientes en nuestra oficina. Asimismo, podemos usar la hoja del Formulario de registro de pacientes firmado en el inicio de sesión, donde se le pedirá que indique a su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera y llamarlo para recordarle su cita.

- Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización: según lo exija la ley, cuestiones de salud pública según lo exija la ley, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), 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. Uso y divulgaciones requeridos; bajo la ley, debemos hacer divulgaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de la Sección 164.500.
- Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos SOLAMENTE se harán con su consentimiento o autorización por escrito o la oportunidad de objetar a menos que LO REQUIERA LA LEY. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica de los médicos haya tomado una acción en función del uso o divulgación indicado en la autorización.

Por el presente doy mi consentimiento para el uso y divulgación de todos los datos médicos sobre mí o mis hijos menores de edad para usos permitidos por la ley, incluso para los siguientes propósitos:

- Revisión por parte de médicos, hospitales, otros proveedores de atención médica y su personal que nos trata.
- Revisión por parte de las aseguradoras, administradores y otras personas que puedan pagar el costo de nuestro tratamiento.
- Revisión por parte de los funcionarios de atención médica cuando los estatutos, reglamentos o deberes profesionales así lo requieran.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

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

- Comprender y utilizar estos derechos, si por alguna razón necesita ayuda con esto, le proporcionaremos asistencia.
- Recibir tratamiento sin discriminación en cuanto a raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad u orientación sexual.
- Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente limpio y seguro.
- Ser informado del nombre y la posición del proveedor de atención médica que estará a cargo de su atención.
- Conocer el nombre, la posición y la función de cualquier personal involucrado en su cuidado y rechazar el tratamiento, examen u observación por parte de esa persona.
- Recibir atención en un ambiente para no fumadores.
- Privacidad y confidencialidad de toda la información y registros con respecto a su cuidado.
- Participar en todas las decisiones sobre su tratamiento.
- Rechazar el tratamiento, examen u observación y que se le diga qué efecto puede tener esto en su salud.
- Obtener una copia de sus registros médicos dentro de un período de tiempo razonable
- Negarse a participar en la investigación. Al decidir si participar o no, usted tiene derecho a una explicación completa.
- Recibir toda la información que necesita para dar su consentimiento informado para cualquier tratamiento de procedimiento propuesto. Esta información incluirá los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento.
- Reciba atención urgente si la necesita.
- Quejarse, sin temor a represalias, sobre la atención y los servicios que está recibiendo y hacer que Hurtt Family Health Clinic le responda, y si lo solicita, proporcionarle una respuesta por escrito. Si no está satisfecho con la respuesta, Hurtt Family Health Clinic debe proporcionarle los números de teléfono de médicos alternativos para que pueda transferir su atención médica.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

El personal de Hurtt Family Health Clinic se esfuerza por brindarle a usted, el paciente, la mejor atención posible. A continuación, se presentan algunas cosas que puede hacer para ayudarnos a lograr ese objetivo:

- Llegar a tiempo para las citas programadas. Si no puede hacer la cita, llame con 24 horas de anticipación para cancelar y reprogramar. Si llegas después de la cita programada, es posible que te pidan que esperes la próxima cita disponible o que te reprogrames.

2. Entregue a su proveedor de atención médica toda la información que se necesita para determinar el mejor tratamiento para usted; llene los formularios de forma completa y precisa.
3. Proporcione información de contacto correcta y completa.
4. Sea abierto y honesto con su proveedor de atención médica.
5. Llame a su proveedor de atención médica de inmediato si su afección empeora o no sigue el curso esperado
6. Consulte bien con su proveedor antes de que se quede sin su suministro actual de medicamentos.
7. Use medicamentos recetados y de venta libre según las instrucciones. Nunca debe compartir los medicamentos recetados para usted con otras personas.
8. Trate a otros pacientes en Hurtt Family Health Clinic con la misma cortesía y respeto que usted esperaría de ellos. Por favor, respete el derecho a la privacidad de los demás, ya que le pediría que se respete su propio.
9. Llegue a su cita sobrio y preparado. Si llega o te presentas bajo la influencia de cualquier sustancia ilícita, es posible que te pidan que te vayas y reprogrames tu cita para otro día.

DIRECTIVA DE CUIDADO DE SALUD AVANZADA (AHCD)

Un AHCD es una manera de dar a conocer sus deseos de atención médica si usted no puede hablar por sí mismo o prefiere que otra persona hable por usted. Un AHCD puede cumplir una o ambas de estas funciones:

1. Poder notarial para el cuidado de la salud (para nombrar a un agente)
2. Instrucciones para el cuidado de la salud (para indicar sus deseos)

Si desea completar un AHCD o desea información adicional, hágale saber al representante de Servicios al Paciente y se le proporcionará un paquete de AHCD y una hoja de preguntas frecuentes.

Si actualmente tiene un AHCD, proporcione una copia para sus registros médicos tan pronto como sea posible.

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

DOCUMENTOS LEGALES APLICABLES PARA MENORES

Para todos los pacientes menores (menores de 18 años), se pedirá a los tutores legales que muestren documentación para demostrar que existe una relación legal. Esto es tanto para la seguridad del niño y tutor y para asegurarse de que el padre o tutor legalmente designado es responsable de tomar decisiones médicas en nombre del menor. Se requieren documentos legales aplicables relacionados con la custodia, el divorcio, la separación, la adopción o el cambio de nombre de un padre o hijo.

Todos los menores deben tener un certificado de nacimiento en el archivo antes de ser vistos por un proveedor.

CONSERVACIÓN LIMITADA

Las tutelas limitadas son para adultos con discapacidades del desarrollo que no pueden tomar decisiones médicas en su propio nombre. Si un paciente no puede tomar decisiones médicas en su propio nombre debido a una discapacidad del desarrollo, se requerirá documentación legal que designe al conservador. La prueba de tutela debe presentarse en el momento del registro y antes de que el paciente pueda ser atendido por un proveedor. La documentación debe incluir el derecho del conservador a dar su consentimiento para el tratamiento médico en nombre del paciente.

Aviso de CAIR

Las inmunizaciones o vacunas previenen las enfermedades graves. Las pruebas de detección de tuberculosis (TB) ayudan a determinar si usted puede tener una infección de TB y pueden ser necesarias para la escuela o el trabajo. Llevar el control de las vacunas/pruebas de TB que usted recibió puede resultar difícil. Es especialmente difícil si más de un médico las realizó. En la actualidad, los médicos usan un sistema de computación seguro denominado registro de inmunizaciones para llevar el control de las vacunas y pruebas de TB. Si cambia de médico, su médico nuevo puede usar el registro para consultar los antecedentes de vacunas/pruebas de TB. Usted tiene derecho a limitar quién puede acceder a sus registros en el Registro de Inmunizaciones de California (CAIR)

Hechos dentales

Lee la hoja de datos dentales adjunta.