

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PACIENTES NUEVOS

☐ Paso 1: Complete su Papeleo de Registración

Llene y firme todos los formularios requeridos que le hayan dado. Si necesita ayuda, avísenos.

☐ Paso 2: Díganos Cuáles son sus Preferencias y Necesidades

Por favor marque o llene la información que se aplique a usted:

- Preferencia de Género del Proveedor: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Sin preferencia
- Necesita Asistencia de Transportación: ☐ Si ☐ No
- Asistencia con comunicación (necesita intérprete): ☐ Si ☐ No
- Días/horas preferidas para citas:

- Proveedor de cuidados primarios y especialistas anteriores (liste todos):

☐ Paso 3: Entregue su Papeleo

Por favor, entregue sus formularios completos a un Representante de Servicios al Paciente o entréguelos a un Embajador de Pacientes. Nosotros nos aseguraremos de que todo esté en orden.

☐ Paso 4: Solicite sus Registros Médicos

Podemos ayudarle a solicitar sus registros de proveedores anteriores. No necesita cita para este paso, ¡solo pregúntenos cómo!





FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

NOMBRE COMPLETO			NOMBRE PREFERIDO	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	SSN#		GÉNERO AL NACER ☐ Masculino ☐ Femenino	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN)		CIUDAD POSTAL	ESTADO POSTAL	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE CASA		TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO DEL TRABAJO	
NOMBRES ADICIONALES/ANTERIORES (EJ. APELLIDO DE SOLTERA)		ESTADO CIVIL LEGAL ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Pareja		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (REQUERIDO PARA EL ACCESO AL PORTAL DEL PACIENTE)		EMPLEADOR:	☐ Tiempo completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Cuando me necesitan ☐ Estudiante	
FARMACIA ☐ Health Ministries Clinic Pharmacy ☐ Otra farmacia (especifique): _____				
TRANSPORTACIÓN ¿Necesita Asistencia de Transportación de ida y vuelta a sus citas en Health Ministries Clinic? ☐ Sí ☐ No				
RAZA (Marque todo lo que aplique)		VIVIENDA ¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE SIN HOGAR?		IDENTIDAD DE GÉNERO *
☐ Blanco		☐ Sí		☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Negro/Afroamericano		☐ No		☐ FAM ☐ MAF
☐ Indio Americano/Nativo de Alaska		Si es Sí: ¿Está usando algunos de los siguientes servicios?		☐ No binario ☐ Declinó especificar
☐ Otros Isleños del Pacífico		☐ Transitorio		☐ Otro (por favor especifique): _____
☐ Samoano		☐ Vivienda Compartida		ORIENTACIÓN SEXUAL * (No requerido si es menor de 18 años)
☐ Guamanés o Chamorro		☐ Calle		
☐ Asiático		☐ Otro (por favor especifique): _____		☐ Heterosexual
☐ Vietnamita		¿VIVE USTED EN UNA VIVIENDA PÚBLICA?		☐ Bisexual
☐ Filipino		☐ Sí ☐ No		☐ Lesbiana/Gay/Homosexual
☐ Coreano		POBLACIÓN (Marque todo lo que aplique)		☐ No sé
☐ Japonés		☐ Veterano		☐ Declinó especificar
☐ Asiático Indio		☐ Trabajador Agrícola		☐ Otro (por favor especifique): _____
☐ Chino		☐ Trabajador Migrante		PRONOMBRES PREFERIDOS Él Ella Ellos Otro (por favor especifique): _____
☐ Declinó Especificar		☐ Trabajador Estacional		
¿SE IDENTIFICA COMO HISPANO/LATINO?		IDIOMA PREFERIDO		<i>*La orientación sexual y la identidad de género pueden desempeñar un papel importante en la determinación de los resultados de salud. Si tiene alguna pregunta sobre la revelación de esta información, diríjase a recepción o consulte a su equipo de atención médica.</i>
☐ No		☐ Inglés		
☐ Sí, Mexicano, Mexicano Americano, Chicano		☐ Español		
☐ Sí, Puertorriqueño		☐ Necesita Intérprete		
☐ Sí, Cubano		☐ Otro: _____		¿CÓMO SE ENTERÓ DE HMC?
☐ Sí, Otro Hispano Latino				☐ Redes Sociales ☐ Folletos ☐ Google ☐ Amigos ☐ Otro: _____
☐ Marque si es el mismo que el paciente PARTE RESPONSABLE (PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO DE LA CUENTA DEL PACIENTE)				
NOMBRE COMPLETO			SSN#	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	EMPLEADOR		NÚMERO DE CONTACTO	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL



NOMBRE COMPLETO:		FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA):			
INFORMACIÓN DEL SEGURO (HMC NECESITARÁ UNA COPIA DE SU(S) TARJETA(S) DE SEGURO)					
SEGURO MÉDICO PRIMARIO:		SEGURO MÉDICO SECUNDARIO:			
COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO		COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO			
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA):		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA):			
# DE GRUPO	# DE PÓLIZA	# DE GRUPO	# DE PÓLIZA		
FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (SI ES DIFERENTE DE LA DE ARRIBA):		FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (SI ES DIFERENTE DE LA DE ARRIBA):			
RELACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA CON EL PACIENTE ☐ Uno mismo ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Otro _____		RELACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA CON EL PACIENTE ☐ Uno mismo ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Otro _____			
SEGURO DENTAL PRIMARIO					
COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL					
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA):					
FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (SI ES DIFERENTE DE LA DE ARRIBA):					
RELACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA CON EL PACIENTE ☐ Uno mismo ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Otro _____					
INGRESOS DEL HOGAR					
La siguiente información es usada para determinar si usted califica para tarifas y servicios con descuento. Esta información puede actualizarse en cualquier momento.					
¿Tiene seguro? ¡Usted todavía puede calificar para un descuento!					
Las escalas de descuentos también se aplican para posibles descuentos en la farmacia, junto con las citas médicas.					
Tamaño del Hogar	Ingreso Anual del Hogar				
	Escala A	Escala B	Escala C	Escala D	No Califica: (>200% de FPG)
1	☐ < \$15,650	☐ \$15,651-\$23,474	☐ \$23,475-\$27,387	☐ \$27,388-\$31,299	☐ > \$31,300
2	☐ < \$21,150	☐ \$21,151-\$31,724	☐ \$31,725-\$37,012	☐ \$37,013-\$42,299	☐ > \$42,300
3	☐ < \$26,650	☐ \$26,651-\$39,974	☐ \$39,975-\$46,637	☐ \$46,638-\$53,299	☐ > \$53,300
4	☐ < \$32,150	☐ \$32,151-\$48,224	☐ \$48,225-\$56,262	☐ \$56,263-\$64,299	☐ > \$64,300
5	☐ < \$37,650	☐ \$37,651-\$56,474	☐ \$56,475-\$65,887	☐ \$65,888-\$75,299	☐ > \$75,300
6	☐ < \$43,150	☐ \$43,151-\$64,724	☐ \$64,725-\$75,512	☐ \$75,513-\$86,299	☐ > \$86,300
7	☐ < \$48,650	☐ \$48,651-\$72,974	☐ \$72,975-\$85,137	☐ \$85,138-\$97,299	☐ > \$97,300
8	☐ < \$54,150	☐ \$54,151-\$81,224	☐ \$81,225-\$94,762	☐ \$94,763-\$108,299	☐ > \$108,300
☐ Más de 9 miembros en el hogar -Por favor, pregunte en la recepción para obtener información adicional					
☐ * NO CALIFICO PARA LA ESCALA DE DESCUENTO, Y/O ELIJO DECLINAR *					
☐ ** TESTIFICO QUE ESTOY POR ENCIMA DEL 200% DE LAS DIRECTRICES FEDERALES DE POBREZA (FPG)**					
HMC OFFICE USE ONLY (SÓLO PARA USO DE LA OFICINA DE HMC)					
If the above patient needed help filling out this form and the patient and/or legal representative is present					
Staff Name: _____		Staff Signature: _____		Date Completed: _____	



Autorización de Comunicación del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Autorizo a Health Ministries Clinic (HMC) a compartir mi información médica personal con el/los representante(s) indicados a abajo. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que una vez que la información sea revelada, puede ser divulgada por la(s) tercera(s) persona(s), y la información puede no estar protegida por las Leyes o Regulaciones Federales de Privacidad. Entiendo que este consentimiento permanecerá en efecto hasta que yo solicite una actualización. Esta Autorización es para uso, conforme a las Reglas de Privacidad de HIPPA, si usted está autorizando la revelación de información médica/salud a otro persona para que tenga acceso de forma continua para ayudar con su cuidado y mantener su información. Usted entiende que estos registros pueden contener información creada por otras personas o entidades, incluyendo médicos y otros proveedores de atención médica, así como información relacionada **sobre el uso de servicios de tratamiento de drogas y alcohol, tratamiento de VIH/SIDA, servicios de salud mental (excluyendo notas de psicoterapia), servicios de salud reproductiva y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.** Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento en persona en HMC. La revocación sólo será efectiva una vez recibida y registrada. Cualquier uso o revelación hecha antes de una revocación no se incluye como parte de la revocación. El propósito de este formulario es para que HMC comunique la información de atención médica del paciente a una tercera persona mencionada a abajo. Este formulario expirará un año después de la fecha de su firma, a menos que sea revocado previamente.

¿SI NO ESTÁ DISPONIBLE, PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DE VOZ?

☐ No, no deje mensajes de voz

☐ Sí, deje un mensaje de voz

SI NO ESTÁ DISPONIBLE, ¿CON QUIÉN PODEMOS COMUNICARNOS? **MARQUE TODO LO QUE APLIQUE.**

☐ Comuníquese SÓLO CONMIGO

☐ Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Relación con el Paciente: _____

☐ Cualquier Información

☐ Contacto de Emergencia

☐ Información de Citas

☐ Información de Facturas

☐ Resultados de Exámenes

☐ Farmacia

☐ Consentimiento para tratar a un menor * (Para pacientes menores de 18 años)

☐ Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Relación con el Paciente: _____

☐ Cualquier Información

☐ Contacto de Emergencia

☐ Información de Citas

☐ Información de Facturas

☐ Resultados de Exámenes

☐ Farmacia

☐ Consentimiento para tratar a un menor * (Para pacientes menores de 18 años)

☐ Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Relación con el Paciente: _____

☐ Cualquier Información

☐ Contacto de Emergencia

☐ Información de Citas

☐ Información de Facturas

☐ Resultados de Exámenes

☐ Farmacia

☐ Consentimiento para tratar a un menor * (Para pacientes menores de 18 años)

* Al seleccionar consentimiento para tratamiento, yo, como padre o guardián** del paciente menor de edad, acepto permitir que las siguientes personas marcadas arriba den su consentimiento para el tratamiento de dicho menor.

** Guardianes legales por favor traigan su documentación indicando su relación con el menor, si aplica.

Nombre del Paciente (Deletreado)

_____/_____/_____
Fecha

Firma del Paciente o Padre/Guardián

ACUERDO DE PAGO

Estoy de acuerdo que todos los pagos y copagos deben ser pagados a la hora del servicio. Entiendo que para poder ser elegible para la escala de descuento debo de proveer prueba de ingresos. Prueba puede consistir en mi declaración de impuestos anterior, (3) talones de cheques, informe de desempleo, etc. Esta información debe ser proveída a la hora de la visita para que la escala pueda ser ofrecida. Entiendo que, si mi cuenta tiene 90 días de atraso, recibiré una carta indicando que necesito hacer pagos en mi cuenta o seré sujeto a que mi cuenta atrasada sea cancelada como una deuda mala. Entiendo que pagos parciales serán aceptados al menos que se negocie lo contrario.

PRESENTACION DE RECLAMOS DE SEGUROS

Autorizo a Health Ministries Clinic (HMC) a proveer información a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamientos. Entiendo que mi seguro será presentado como una cortesía y estoy de acuerdo en ser financieramente responsable de cualquier balance debido a Health Ministries Clinic, Inc. Entiendo que, si no proveo a HMC la información actual y exacta de mi seguro médico, todos los cargos serán mi responsabilidad o de la parte responsable. Todos los copagos y coseguros deben pagarse al momento del servicio. Estos pagos no garantizan el pago total. Los estados de cuenta serán enviados por correo por cargos que excedan el pago inicial realizado. Entiendo que seré responsable de cualquier cargo no pagado por mi seguro.

PACIENTES CON MEDICARE

Pacientes con Medicare o Medicaid, por favor, tenga en cuenta que puede haber un copago aplicable por los servicios prestados. Autorizo que los beneficios de Medicare sean hechos a mi o en mi nombre a Health Ministries Clinic, Inc. por cualquier servicio proveído a mí por Health Ministries Clinic, Inc. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a que revele a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagables a servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se efectúe el pago y autoriza la revelación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. En los casos asignados a Medicare, el médico o proveedor se compromete a aceptar la determinación del cargo de la compañía de Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable únicamente del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en el cargo determinado por la compañía de Medicare.

ACUERDO DE ASISTENCIA

Estoy de acuerdo en ponerme en contacto con HMC a través del teléfono, sitio web o portal del paciente antes de que necesite cancelar o reprogramar mi cita. Entiendo que todas las citas (ej. médicas, dentales y de salud conductual) se consideran como citas falladas si no me presento a la clínica para una cita programada. Una cita fallada será implementada cuando un paciente se presenta a su cita 10 minutos o más después de la cita. Entiendo que debo llegar 15 minutos antes de la hora de mi cita, para completar el proceso de registro requerido y pagar las tarifas en la recepción. Estoy de acuerdo en que si tengo dos (2) citas falladas dentro de un período de un año, se me pedirá que me reúna con un Coordinador de Cuidados de Pacientes y/o persona designada antes de programar otra cita. Entiendo que si tengo una tercera (3) cita fallada en un período de un año, me pueden informar que ya no tendré la habilidad de programar citas futuras o posiblemente ser puesto en "citas para el mismo día" por un mínimo de seis (6) meses. Entiendo que, si se me suspenden los privilegios de programación de citas, puedo solicitar que mi estatus sea revisado por el Director Ejecutivo y/o la persona designada. Reconozco y entiendo las expectativas sobre la necesidad de asistir a mis citas programadas y las posibles consecuencias si esto no ocurre.

TECNOLOGÍA ELECTRÓNICA DE INFORMACIÓN MÉDICA

HMC participa en la tecnología electrónica de información médica (TEIM). Esta tecnología permite que un proveedor o un plan de salud haga una sola solicitud a través de una Organización de Información de Salud (OIS), para obtener registros electrónicos de un paciente específico de otros participantes TEIM para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Las OIS están requeridas a usar medidas de protección adecuadas para evitar usos y revelaciones no autorizadas. Tiene dos opciones con respecto al TEIM. En primer lugar, puede permitir que personas autorizadas accedan a su información médica electrónica a través de una OIS. Si elige esta opción, no tiene que hacer nada. En segundo lugar, puede restringir el acceso a toda su información a través de una OIS (excepto por ley). Si desea restringir el acceso, debe presentar la información requerida en línea en <http://www.KanHIT.org> o completando y enviando por correo un formulario. No puede restringir el acceso sólo a determinada información; su elección es permitir o restringir el acceso a toda su información. Si tiene alguna pregunta sobre TEIM o OIS, visite <http://www.KanHIT.org>

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LOS SERVICIOS DE ESCRIBA Y TELESALUD

Entiendo que HMC provee servicios de telesalud y usa servicios de audio escriba. Doy mi permiso para que me audio graben durante mis visitas, en caso de que mi proveedor use dichos servicios. Reconozco que mi participación es voluntaria y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento presentando a HMC una notificación por escrito con 30 días de anticipación.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE Y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que HMC me ha dado el derecho de revisar y obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe cómo la información médica sobre mí puede ser usada y revelada, así como una descripción completa de los usos y revelaciones de mi información médica protegida y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que HMC se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso periódicamente, y que puedo ponerme en contacto con Health Ministries Clinic en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de estos documentos. Entiendo que, si tengo alguna pregunta con respecto a cualquiera de estos documentos, puedo ponerme en contacto con HMC. Se puede obtener una copia en papel en la recepción.

Reconozco que he leído, comprendo completamente y acepto los términos de las directrices y pólizas financieras indicadas arriba.

NOMBRE DEL PACIENTE (DELETREADO)	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE:
FIRMA DEL PACIENTE/PADRE O GUARDIÁN:	FECHA:

☐ Paciente/Padre o Guardián se niega aceptar el Aviso de Prácticas de Privacidad

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Health Ministries Clinic (HMC) es un centro de salud comunitario que existe para promover y mejorar la calidad de vida brindando atención de salud integrada. Cada paciente que confía su atención a HMC es tratado con dignidad, respeto y compasión. HMC reconoce que todos los pacientes tienen derechos fundamentales y se dedica a honrar estos derechos. Cada persona debe ser informada de los derechos y responsabilidades del paciente antes de que se le brinde atención médica.

DERECHOS DEL PACIENTE

Mientras los pacientes están bajo la atención de HMC, el personal se compromete a respetar la privacidad del paciente y su derecho a ser un socio activo en la toma de decisiones sobre su atención médica. Los pacientes tienen derecho a:

1. Ser tratado con cortesía, dignidad y respeto, teniendo en consideración preferencias personales, culturales, psicosociales, religiosas y espirituales, independientemente de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, orientación sexual, identidad de género o preferencia de lenguaje.
2. Esperar que las comunicaciones y los registros relacionados con su atención, incluyendo la fuente de pago, se mantengan confidenciales.
3. Esperar que las conversaciones o consultas se mantengan en privado; las personas que no participen directamente en la atención no estarán presentes sin el permiso del paciente o de su guardián.
4. Una comunicación eficaz que considere las necesidades de lenguaje, así como las deficiencias auditivas, visuales y del habla.
5. Solicitar información sobre tarifas y pólizas de pago.
6. Prácticas de facturación precisas y honestas.
7. Solicitar una estimación razonable del costo clínico de la atención y/o poder recibirlo antes del tratamiento.
8. Disponer de información completa sobre el estado de salud, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento.
9. Recibir información completa para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento.
10. Ser respetado en relación con el derecho a rechazar la atención, el tratamiento o los servicios conforme a la ley y reglamentos.
11. Elegir un proveedor que se alinee con las metas del tratamiento.
12. Tener acceso, solicitar enmiendas y obtener información sobre las revelaciones de la información de salud del paciente, conforme a la ley y reglamentos.
13. Expresar sugerencias o quejas a un miembro de la administración de la clínica.
14. Participar en las decisiones sobre su atención médica, a menos que sea médicamente no aconsejable.
15. Asignar legalmente a alguien para que ejerza los derechos indicados anteriormente en su nombre, si no puede ejercer dichos derechos por sí mismo.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Mientras sea paciente de Health Ministries Clinic se espera que los pacientes:

1. Provean, de acuerdo con su mejor conocimiento, información precisa sobre quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos.
2. Notifiquen cambios inesperados en su salud a la enfermera o al proveedor.
3. Hagan preguntas para obtener un entendimiento mejor (tratamientos, procedimientos, medicamentos, etc.)
4. Sean considerado con los demás pacientes y con el personal de la clínica.
5. Sean socios en su atención.
6. Asistan a las citas programadas y/o cancelarlas/reprogramarlas lo antes posible para dar a los demás la oportunidad de ser atendidos.
7. Informen al proveedor de atención médica si se sienten incómodos con un plan de tratamiento recomendado.
8. Provean información financiera y de seguros correcta necesaria para determinar la habilidad de pago de los servicios.
9. Hagan esfuerzos razonables para pagar los servicios en el momento de la visita, o de acuerdo con su plan de pago. Si esto no es posible, notifique a HMC.
10. Provean la información necesaria para ayudar con servicios de asistencia.
11. Notifiquen a HMC los cambios relacionados con su situación financiera o su seguro médico.
12. Respeten los derechos y la propiedad de otros pacientes, y el personal y otras personas dentro de las instalaciones de HMC.
13. Conozcan las normas y reglamentos que se aplican mientras sea paciente en la clínica.
14. Entiendan que el comportamiento agresivo (incluyendo, pero no limitado a la agresión física, acoso verbal, lenguaje abusivo, lenguaje sexual dirigido a otros, amenazas) puede resultar en la expulsión de HMC.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS PÓLIZA INDICADAS Y ME COMPROMETO A CUMPLIRLAS.

Nombre del Paciente (deletreado)

____/____/_____
Fecha de Nacimiento

Nombre del Paciente o Padre/Guardián

____/____/_____
Fecha

HISTORIAL MÉDICO (CONFIDENCIAL)

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Proveedor de Cuidados Primarios: _____ Fecha: ____/____/____

Razón de la visita: _____

Historial Médico (Marque las condiciones que tiene o ha tenido en el pasado)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ Anemia | ☐ Enfermedad del Hígado | ☐ Presión Arterial Alta | ☐ Trastorno Alimentario |
| ☐ Artritis | ☐ Varicela | ☐ Enfermedad del Corazón | ☐ Depresión/Ansiedad |
| ☐ Asma | ☐ Enfermedad Renal | ☐ Problemas de Tiroides | ☐ Adicción a las Drogas |
| ☐ Diabetes | ☐ Bronquitis Crónica | ☐ Problemas Estomacales/Intestinales | ☐ Alcoholismo |
| ☐ Enfisema | ☐ Migrañas | ☐ Demencia/Pérdida de Memoria | ☐ SIDA/VIH Positivo |
| ☐ Epilepsia | ☐ Hemorragia Rectal | ☐ Marcapasos | ☐ Intento de Suicidio |
| ☐ Gota | ☐ Problemas de Próstata | ☐ Trasplante de Órganos | ☐ Violencia Doméstica |
| ☐ Hernia | ☐ Colesterol Alto | ☐ Válvulas Cardíacas Artificiales | ☐ Cáncer de _____ |
| ☐ Dolor de Pecho | ☐ Esclerosis Múltiple | ☐ Transfusión de Sangre | ☐ Condición Mental: _____ |
| ☐ Hepatitis | ☐ Tuberculosis (TB) | ☐ Trastorno Hemorrágico | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Derrame Cerebral | ☐ Bulto en el Seno | ☐ Neumonía | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Osteoporosis: en caso de que sí, indique el medicamento: _____ | | | ☐ Otro: _____ |

Medicamento(s):

Liste todos los medicamentos, con y sin receta	Dosis	Frecuencia

Alergias ¿ES ALERGICO AL LATEX? ☐ No ☐ Sí En Caso de que sí, reacción _____

Alergias (Medicamentos o Ambiental)	Reacción

Historial Ginecológico

Edad en que comenzó su ciclo menstrual: _____
 Fecha del Último Papanicolaou: _____
 Fecha de la Última Mamografía: _____

Fecha del último ciclo menstrual: ____/____/____
 Resultado: _____
 Resultado: _____

Historial Obstétrico (Por favor, complete por cada embarazo, aunque haya sido un aborto espontáneo o provocado).

Tipo de Parto (Aborto Espontáneo, Aborto, Parto Vaginal, Cesárea)	Fecha	Complicaciones	Edad

Liste cualquier problema ginecológico en el pasado (por ejemplo, endometriosis, bulto en el pecho, ciclos irregulares, sangrado abundante, dolor pélvico crónico.) _____

Historial Quirúrgico y Hospitalización

Liste el Tipo de Cirugía o Motivo de Hospitalización	Mes/Año de la Cirugía

Historial Médico Familiar (Por favor, complete la información de salud sobre su familia y marque si su familia ha sido diagnosticada o tratada por lo siguiente)

Relación	Edad	Estado de Salud	Edad de Muerte	Cáncer	Diabetes	Hipertensión	Enfermedad del Corazón	Enfermedad de Tiroides	Enfermedad del Pulmón	Otro
Padre										
Madre										
Hija										
Hijo										
Hermanos										

Historial Social

Usa Tabaco ☐ Sí ☐ No ☐ Anterior Tipo: _____ #Años: _____ # Cigarillos/Día: _____

¿Qué tan pronto después de despertarse fuma?: _____ Le interesa dejar el tabaco: ☐ No ☐ Sí ☐ Pensando en ello

Exposición pasiva al tabaco ☐ Sí ☐ No

Uso Drogas Ilícitas ☐ Sí ☐ No ☐ Anterior Tipo: _____ #Años: _____ #/Día: _____ Año Dejó: _____

Uso de Alcohol ☐ No ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Social Cuántas bebidas por ocasión: _____

Activo Sexualmente ☐ Sí ☐ No ¿Alguna enfermedad de Transmisión sexual en el pasado? En caso de que si, especifique: _____

Consumo de Cafeína ☐ Té ☐ Soda ☐ Café # de tazas al día: _____

Ejercicio ☐ 2-3x/Semana ☐ Diario ☐ Ocasional ☐ Nunca

Inmunizaciones

Tdap ☐ He recibido la vacuna de Tdap

Gripe ☐ He recibido la vacuna de la Gripe este año

Covid ☐ He recibido la vacuna del COVID este año

Hep B ☐ He recibido la serie de vacunas contra la Hep B

Culebrilla ☐ He recibido la serie de 2 vacunas contra la Culebrilla

Neumonía ☐ He recibido la vacuna de Neumonía

Paciente/Guardían (Nombre Deletreado)

Relación

Paciente/Guardían (Firma)

Autorización para Revelar Información de Salud Protegida (PHI)

SECCIÓN 1 – Datos Demográficos Del Paciente

Nombre	Inicial	Apellido	
Apellido de Soltera u otro nombre usado		Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

SECCIÓN 2 – Identificación de la Entidad/Personas /Clase de Personas autorizadas para recibir PHI

Revelar Información DESDE:

Instalación: _____

Revelar Información A:

Instalación: _____

Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono Fax

Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono Fax

SECCIÓN 3 – Propósito

A solicitud del individuo, el propósito de esta revelación es:

- ☐ Continuación de Cuidados Médicos
- ☐ Cambio de Proveedores
- ☐ Otros: _____

SECCIÓN 4 – Marque la descripción de la Información de Salud Protegida que será revelada:

Registros Más Recientes (últimos 18 meses)

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Bienestar/Exámenes Físicos | ☐ Imágenes | ☐ Mamografía |
| ☐ Examen de la Vista para Diabéticos | ☐ Inmunizaciones | ☐ Lista de Medicamentos |
| ☐ Reportes de Laboratorio | ☐ Colonoscopia | ☐ Otros |

☐ SOLO la información especificada: _____

Especifique las fechas del tratamiento: ____/____/____ a ____/____/____

SECCIÓN 5– Expiración

Esta autorización permanecerá en efecto hasta la fecha de _____ (o la ocurrencia de un evento específico) en cuyo momento esta autorización para revelar la información de salud identificada expira, pero a más tardar un año a partir de la fecha indicada abajo. Si se deja en blanco, la autorización permanecerá en efecto durante 60 días después de la fecha indicada abajo.

- ☐ No ☐ Si, Autorizo la revelación de información relacionada a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- ☐ No ☐ Si, Autorizo la revelación de información relacionada a servicios de salud conductual o mental, y tratamiento del abuso de alcohol y drogas.
- ☐ No ☐ Si, Autorizo la revelación de información relacionada a la salud reproductiva.

SECCIÓN 6 – Declaración de Entendimiento

Yo, el abajo firmante, he leído lo anterior y autorizo la revelación de dicha información médica tal y como se describe. Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria y puedo rechazar firmarla.
- El tratamiento no está condicionado a la ejecución de esta autorización.
- Si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las normas Federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede ser revelada de nuevo y deja de estar protegida por dichas normas.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la persona indicada a continuación, enviando por correo o entregando personalmente una notificación por escrito a la siguiente: Privacy Officer, Health Ministries Clinic, 720 Medical Center Dr., Newton, KS 67114
- Si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto sobre las revelaciones ya realizadas en relación con esta Autorización.
- Autorizo el uso o la revelación de la Información Médica Protegida (PHI) según lo descrito arriba y puedo recibir una copia de este formulario.
- Pueden aplicarse cargos por la preparación y el envío de copias de los registros, incluyendo un cargo por mano de obra y materiales de hasta \$18.97 por solicitud, un cargo por copia de hasta \$0.63 por las primeras 250 páginas y \$0.45 por las páginas adicionales, y el costo razonable de todas las duplicaciones de registros que no puedan duplicarse rutinariamente en una fotocopidora estándar.

Nombre Deletreado de la Persona o del Representante Legal

Fecha

Firma de la Persona o del Representante Legal

Relación con Paciente

Número de Teléfono

AUTODECLARACIÓN DE INGRESOS FAMILIARES

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Cuenta del Paciente: _____ Fecha de Servicio: _____

Health Ministries Clinic requiere que cada paciente que aplique para el Programa de Escala de Descuentos declare el número de miembros de la familia en su hogar y los ingresos de la familia. Esta información es necesaria para determinar si el paciente califica para el Programa basado en las regulaciones del gobierno federal.

Health Ministries Clinic requiere que el paciente aporte una prueba de los ingresos familiares. Los documentos que típicamente cumplen con este requisito incluyen la última declaración de impuestos del IRS, una carta de su empleador indicando su salario neto, un talón de cheque, una carta de la Administración del Seguro Social indicando la cantidad de su beneficio, o un estado de cuenta bancario que muestre los depósitos de ingresos.

Hay circunstancias en las que el paciente no puede aportar el documento requerido como prueba de ingresos. En esas situaciones, el paciente puede llenar este formulario como una autodeclaración del tamaño de la familia y los ingresos. Este formulario firmado por el paciente o garante es aceptado por Health Ministries Clinic como prueba de ingresos de la familia.

Los ingresos familiares se definen como los ingresos imponibles en la declaración de impuestos del IRS o el salario neto en el talón de cheques de los miembros de la familia.

☐ Como garante del paciente indicado arriba, Yo auto declaré que mi familia tiene _____ miembros que dependen de nuestros ingresos familiares. Declaro que nuestros ingresos familiares son de \$ _____ semanales, o de \$ _____ quincenales, o de \$ _____ mensuales, o de \$ _____ anuales.

☐ Renuncio a mi derecho a aplicar para el Programa de Escala de Descuentos para la visita médica de hoy. Esta renuncia es efectiva por un año. Entiendo que puedo revocar esta renuncia en cualquier momento en el futuro y aplicar para el Programa de Escala de Descuentos.

Pacientes Adicionales de Health Ministries Clinic Bajo los Mismos Ingresos Familiares :

Nombre	Fecha de Nacimiento	# de Cuenta	Nombre	Fecha de Nacimiento	# de Cuenta
1		6			
2		7			
3		8			
4		9			
5		10			

Prometo que mi autodeclaración es precisa y sincera.

Firma del Paciente/Guardián : _____

Fecha : _____

Empleado de HMC : _____
 (HMC Employee) (Print Name) Deletree su Nombre

Fecha : _____
 (Date)