

# LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PACIENTES NUEVOS

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

## 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN)		CIUDAD POSTAL	ESTADO POSTAL	
TELÉFONO DE CASA		TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO DEL TRABAJO	
NOMBRES ADICIONALES/ANTERIORES (EJ. APELLIDO DE SOLTERA)		ESTADO CIVIL LEGAL <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Pareja		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (REQUERIDO PARA EL ACCESO AL PORTAL DEL PACIENTE)		EMPLEADOR:	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Cuando me necesitan <input type="checkbox"/> Estudiante	
FARMACIA <input type="checkbox"/> Health Ministries Clinic Pharmacy		<input type="checkbox"/> Otra farmacia (especifique): _____		
TRANSPORTACIÓN		¿Necesita Asistencia de Transportación de ida y vuelta a sus citas en Health Ministries Clinic? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
RAZA (Marque todo lo que aplique)		VIVIENDA ¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE SIN HOGAR?	IDENTIDAD DE GÉNERO *	
<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> FAM <input type="checkbox"/> MAF	
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska		<u>Si es Sí: ¿Está usando algunos de los siguientes servicios?</u>	<input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Declinó especificar	
<input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico		<input type="checkbox"/> Transitorio	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____	
<input type="checkbox"/> Samoano		<input type="checkbox"/> Vivienda Compartida	ORIENTACIÓN SEXUAL* (No requerido si es menor de 18 años)	
<input type="checkbox"/> Guamanés o Chamorro		<input type="checkbox"/> Calle		
<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____		
<input type="checkbox"/> Vietnamita		<u>¿VIVE USTED EN UNA VIVIENDA PÚBLICA?</u>		
<input type="checkbox"/> Filipino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Heterosexual	
<input type="checkbox"/> Coreano		<u>POBLACIÓN</u> (Marque todo lo que aplique)	<input type="checkbox"/> Bisexual	
<input type="checkbox"/> Japonés			<input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay/Homosexual	
<input type="checkbox"/> Asiático Indio		<input type="checkbox"/> Veterano	<input type="checkbox"/> No sé	
<input type="checkbox"/> Chino		<input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola	<input type="checkbox"/> Declinó especificar	
<input type="checkbox"/> Declinó Especificar		<input type="checkbox"/> Trabajador Migrante	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____	
<u>¿SE IDENTIFICA COMO HISPANO/LATINO?</u>		<input type="checkbox"/> Trabajador Estacional	<b>PRONOMBRES PREFERIDOS</b> Él      Ella      Ellos Otro (por favor especifique): _____	
<input type="checkbox"/> No		<u>IDIOMA PREFERIDO</u>	<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>	
<input type="checkbox"/> Sí, Mexicano, Mexicano Americano, Chicano				<input type="checkbox"/> Inglés
<input type="checkbox"/> Sí, Puertorriqueño		<input type="checkbox"/> Español		
<input type="checkbox"/> Sí, Cubano		<input type="checkbox"/> Necesita Intérprete		
<input type="checkbox"/> Sí, Otro Hispano Latino		<input type="checkbox"/> Otro: _____		
<input type="checkbox"/> Marque si es el mismo que el paciente		<b>PARTE RESPONSABLE (PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO DE LA CUENTA DEL PACIENTE)</b>		
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):				
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO (HMC NECESITARÁ UNA COPIA DE SU(S) TARJETA(S) DE SEGURO)</b>						
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		RELACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA CON EL PACIENTE				
<input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____				
<b>SEGURO DENTAL PRIMARIO</b>						
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 <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____						
<b>INGRESOS DEL HOGAR</b>						
La siguiente información es usada para determinar si usted califica para tarifas y servicios con descuento. Esta información puede actualizarse en cualquier momento.						
<b><u>¿Tiene seguro? ¡Usted todavía puede calificar para un descuento!</u></b>						
Las escalas de descuentos también se aplican para posibles descuentos en la farmacia, junto con las citas médicas.						
<b>Tamaño del Hogar</b>	<b>Ingreso Anual del Hogar</b>					
	<b>Escala A</b>	<b>Escala B</b>	<b>Escala C</b>	<b>Escala D</b>	<b>No Califica: (&gt;200% de FPG)</b>	
	1	<input type="checkbox"/> < \$15,960	<input type="checkbox"/> \$15,961-\$23,940	<input type="checkbox"/> \$23,941-\$27,930	<input type="checkbox"/> \$27,931-\$31,920	<input type="checkbox"/> > \$31,921
	2	<input type="checkbox"/> < \$21,640	<input type="checkbox"/> \$21,641-\$32,460	<input type="checkbox"/> \$32,461-\$37,870	<input type="checkbox"/> \$37,871-\$43,280	<input type="checkbox"/> > \$43,281
	3	<input type="checkbox"/> < \$27,320	<input type="checkbox"/> \$27,321-\$40,980	<input type="checkbox"/> \$40,981-\$47,810	<input type="checkbox"/> \$47,811-\$54,640	<input type="checkbox"/> > \$54,641
	4	<input type="checkbox"/> < \$33,000	<input type="checkbox"/> \$33,001-\$49,500	<input type="checkbox"/> \$49,501-\$57,750	<input type="checkbox"/> \$57,751-\$66,000	<input type="checkbox"/> > \$66,001
	5	<input type="checkbox"/> < \$38,680	<input type="checkbox"/> \$38,681-\$58,020	<input type="checkbox"/> \$58,021-\$67,690	<input type="checkbox"/> \$67,691-\$77,360	<input type="checkbox"/> > \$77,361
	6	<input type="checkbox"/> < \$44,360	<input type="checkbox"/> \$44,361-\$66,540	<input type="checkbox"/> \$66,541-\$77,630	<input type="checkbox"/> \$77,631-\$88,720	<input type="checkbox"/> > \$88,721
	7	<input type="checkbox"/> < \$50,040	<input type="checkbox"/> \$50,041-\$75,060	<input type="checkbox"/> \$75,061-\$87,570	<input type="checkbox"/> \$87,571-\$100,080	<input type="checkbox"/> > \$100,081
8	<input type="checkbox"/> < \$55,720	<input type="checkbox"/> \$55,721-\$83,580	<input type="checkbox"/> \$83,581-\$97,510	<input type="checkbox"/> \$97,511-\$111,440	<input type="checkbox"/> > \$111,441	
<input type="checkbox"/> <b>Más de 9 miembros en el hogar</b> -Por favor, pregunte en la recepción para obtener información adicional						
<input type="checkbox"/> * <b>NO CALIFICO PARA LA ESCALA DE DESCUENTO, Y/O ELIJO DECLINAR *</b>						
<input type="checkbox"/> ** <b>TESTIFICO QUE ESTOY POR ENCIMA DEL 200% DE LAS DIRETRICES FEDERALES DE POBREZA (FPG)**</b>						
<b>HMC OFFICE USE ONLY (SÓLO PARA USO DE LA OFICINA DE HMC)</b>						
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: _____		

## 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 recibirla 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 médicaamente 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 HMC 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, notifíquenlo 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

**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, talón de cheque (3), 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 mí 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 divulgue 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 divulgación 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 tendrá 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 divulgaciones 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 divulgada, así como una descripción completa de los usos y divulgaciones 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 HMC 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.

**Por la presente, reconozco que he leído, entiendo completamente y acepto los términos de las directrices y pólizas financieras indicadas arriba.**

**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

- Consiento que me estoy presentando a HMC para examinación, diagnóstico y/o tratamiento de mi condición médica, dental o de salud conductual.
- Doy mi consentimiento y autorizo a mi proveedor/profesional(es) de la salud o personas designadas a ordenar y/o realizar todos los exámenes, pruebas, procedimientos y cualquier tipo de cuidados que se considere necesario o aconsejable para el diagnóstico y tratamiento de mi condición médica, dental, o de salud conductual.
- Este consentimiento es válido para cualquier visita que yo haga a HMC, a menos que yo lo revoque por escrito.

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

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

## 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 parent 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**

## HISTORIAL MÉDICO (CONFIDENCIAL)

Proveedor de Cuidados Primarios: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Razón de la visita: \_\_\_\_\_

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

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

**Medicamento(s):**

**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 ciclo menstrual: / /

Fecha del Último Papanicolaú:

Resultado:

Fecha de la Última Mamografía:

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

Lista 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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anterior	Tipo: _____	#Años: _____	# Cigarillos/Día: _____
¿Qué tan pronto después de despertarse fuma?: _____		Le interesa dejar el tabaco:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Pensando en ello	
Exposición pasiva al tabaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Uso Drogas Ilícitas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anterior	Tipo: _____	#Años: _____	#/Día: _____ Año Dejó: _____
Uso de Alcohol	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Social	Cuántas bebidas por ocasión: _____		
Activo Sexualmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna enfermedad de Transmisión sexual en el pasado? En caso de que si, especifique: _____		
Consumo de Cafeína	<input type="checkbox"/> Té <input type="checkbox"/> Soda <input type="checkbox"/> Café	# de tazas al día: _____		
Ejercicio	<input type="checkbox"/> 2-3x/Semana <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Nunca			

**Inmunizaciones**

Tdap	<input type="checkbox"/> He recibido la vacuna de Tdap	Hep B	<input type="checkbox"/> He recibido la serie de vacunas contra la Hep B
Gripe	<input type="checkbox"/> He recibido la vacuna de la Gripe este año	Culebrilla	<input type="checkbox"/> He recibido la serie de 2 vacunas contra la Culebrilla
Covid	<input type="checkbox"/> He recibido la vacuna del COVID este año	Neumonia	<input type="checkbox"/> He recibido la vacuna de Neumonia

Paciente/Guardián (Nombre Deletreado)

Relación

Paciente/Guardián (Firma)

## HISTORIAL MÉDICO PEDIÁTRICO

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Historial Médico

¿Qué edad tenía la madre cuando nació el niño/a? \_\_\_\_\_

¿Qué embarazo fue este niño/a para la madre? \_\_\_\_\_

¿Usó la madre alguna de estas sustancias durante el embarazo?

Alcohol—¿Cuánto? \_\_\_\_\_

Drogas ilícitas -¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Tabaco-¿Cuánto? \_\_\_\_\_

¿Nació este niño/a a término completo?  Sí  No, ¿qué tan temprano/tarde? \_\_\_\_\_

¿Cuánto pesó el niño/a al nacer? \_\_\_\_\_

¿Estaba el niño/a sano al nacer?  Sí  No, especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado el niño/a alguna vez?

Edad del niño/a

Razón de hospitalización

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido el niño/a alguna vez una cirugía?

Edad del niño/a

Tipo

Razón de la cirugía

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene este niño/a historial de lo siguiente?

Alergias

Convulsiones

Otro: \_\_\_\_\_

Asma

Eczema - Dermatitis Atópica

ADD/ADHD

Infecciones de Oído Recurrentes

**Liste todas las reacciones a medicamentos, alimentos y otros agentes.  N/A**

Alergia	Reacción	Efecto Secundario

¿Este niño/a toma algún medicamento regularmente?  Sí  No

Medicamento	Dosis/Frecuencia	Razón

**Inmunizaciones:**

¿Están las inmunizaciones al día?  **Sí**  **No**, especifique: \_\_\_\_\_

**Por favor, facilite una copia del registro.**

**Desarrollo**

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su niño/a?

---



---



---

Si está en edad escolar: Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

**Historial Social**

Por favor, liste todas las personas que viven con el niño/a.

Nombre	Edad	Relación con el niño/a
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Tiene mascotas en la casa?  **Sí**  **No**

¿Cuántos? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de mascota (s)? \_\_\_\_\_

¿Hay alguien que fume en casa? \_\_\_\_\_

¿Sólo fuma afuera?

**Historial Familiar**

¿Algún miembro de la familia del niño/a (padre, hermano) tiene alguno de los siguientes?

- Alergias \_\_\_\_\_
- Asma
- ADD/ADHD
- Defectos de Nacimiento
- Discapacidad Intelectual
- Muerte antes de los 21 años; Edad \_\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_
- Eczema – Dermatitis Atópica
- Convulsiones
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

¿Qué preocupaciones le gustaría consultar con el médico hoy? \_\_\_\_\_

Certifico que la información indicada arriba es correcta a mi mejor conocimiento. No responsabilizare a mi médico o al personal de la clínica de los errores u omisiones que pueda haber cometido al completarla.

Firma del Paciente o Guardián

Fecha

Nombre del Paciente o Guardián deletreado

Relación

**HMC OFFICE USE ONLY**

This section is to be filled out by HMC staff. IF, the above patient needed help filling this form out and the patient and/or legal representative is present.

Staff Name: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Date Completed: