

Centro de salud comunitario Sharon

Sharon, Pensilvania 16146

Proporcione la siguiente información completa y proporciónenos una identificación con fotografía.

**Información para el paciente**

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_ Apodo/preferencia \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Mejor número para comunicarnos con usted durante el día:  Casa  Trabajo  Celular

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Acceso a la impresora  Sí  No

Sexo:  Masculino  Femenino Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Raza:  Caucásico  Afroamericano  Asiático  Indio americano  Nativo de Alaska  Otro

Etnicidad:  Hispano o latino  No hispano o latino  Asiático  Otro \_\_\_\_\_

¿Es usted un veterano?:  Sí  No

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Idioma preferido \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Cónyuge  Hijo  Pariente  Pareja  Otro \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria (PCP) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información del seguro**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor principal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor principal: \_\_\_\_\_ N.º de identificación/N.º de grupo \_\_\_\_\_

**Si el paciente es menor de edad, se deberá completar lo siguiente**

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**El Centro de Salud Comunitario Sharon ofrece un programa de tarifas variables para pacientes que pagan por cuenta propia o no tienen seguro. Solicite información sobre el programa y una solicitud en la recepción.**

**Registros de farmacia**

Sharon Community Health Center necesita su permiso para acceder a su registro de farmacia. Esto no solo es para confirmar que nuestros registros de medicamentos sean precisos, sino también para garantizar que no haya contradicciones entre los medicamentos recetados por el médico.

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo de SCHC: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Historial médico**

¿Fuma usted?             Sí  No – Si es así, ¿cuánto fuma al día? \_\_\_\_\_

¿Ha fumado alguna vez?  Sí  No – Si es así, ¿cuánto fuma al día? \_\_\_\_\_

¿Bebe usted?             Sí  No – si es así, ¿qué tipo y en qué cantidad? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

¿Está inscrito en un programa de marihuana medicinal?     Sí  No – si es así, ¿cuánto tiempo lleva inscrito? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, proporcione su tarjeta de programa para colocar una copia en su historial.

Medicamentos/suplementos/vitaminas actuales:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Historial quirúrgico: Incluya el año:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos, alimentos, medioambiente y sustancias químicas:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Marque todo lo que corresponda en relación con su historia personal y familiar en el cuadro a continuación. **Si una condición se aplica a un miembro de la familia, escriba a qué miembro de la familia se aplica.**

Condición	Tú	Familia	Condición	Tú	Familia	Condición	Tú	Familia
Reflujo ácido/ERGE			Dolor de cabeza/migraña			Osteoartritis		
Alcoholismo			Infarto de miocardio			Osteoporosis		
Aneurisma			Hepatitis			Artritis reumática		
Ansiedad			Hipertensión			Alergias estacionales		
Asma			Colesterol alto			Convulsiones		
Coágulos de sangre			Nefropatía			Apnea del sueño		
Cáncer			Cálculos renales			ETS/VIH		
Depresión			Problemas de hígado			Ataque		
Enfisema/EPOC			Lupus			Abuso de sustancias		

Gota			Obesidad			Problemas de tiroides		
------	--	--	----------	--	--	-----------------------	--	--

Complete el cuadro a continuación en relación con la detección/prevención:

<b>Prueba de detección/prevención</b>	<b>Año</b>	<b>Prueba de detección/prevención</b>	<b>Año</b>	<b>Prueba de detección/prevención</b>	<b>Año</b>
Control de colesterol		Examen físico		Para mujeres: prueba de densidad ósea	
Colonoscopia		Vacuna contra la neumonía		Para mujeres: Mamografía	
Control de diabetes		Vacuna contra el tétano		Para mujeres: Prueba de Papanicolaou	
Vacuna contra la gripe		Para hombres: examen de próstata			

Por favor complete la siguiente información si tiene o ha tenido algún síntoma en el último año:

Sistema corporal	Síntomas
<b>Dermatología/Piel</b> (Ej: eczema, sarpullido, lunares irregulares, piel descolorida)	
<b>Cabeza, orejas, nariz y garganta</b> (Por ejemplo: Zumbido de oídos, problemas sinusales, llagas en la boca)	
<b>Cardiovascular</b> (Ej: dolor en el pecho, problemas cardíacos, desmayos)	
<b>Respiratorio</b> (Ej: sibilancia, dificultad para respirar, ronquidos)	
<b>Gastrointestinal</b> (Ej: Dolor de estómago, náuseas, vómitos, estreñimiento)	
<b>Genitourinario</b> (Ej.: infecciones de riñón/vejiga, dolor al orinar)	
<b>Linfático/Hematológico</b> (Ej: hematomas con facilidad, sangrado con facilidad, ganglios inflamados)	
<b>Músculoesquelético</b> (Ej: articulaciones hinchadas, espasmos musculares, calambres musculares)	
<b>Endocrino</b> (Ej: problemas de tiroides, diabetes)	
<b>Psiquiátrico/Neurológico</b> (Ej: dolores de cabeza, mareos, temblores, falta de equilibrio)	
<b>Específico para mujeres y hombres</b> (Ej: períodos irregulares, embarazo, problemas de próstata)	
<b>Otro</b>	

### NUESTRAS POLÍTICAS DE OFICINA

Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una buena relación médico-paciente. Al informarle con anticipación sobre algunas de nuestras políticas, se facilita una buena comunicación y nos permite lograr nuestro objetivo. Lea atentamente cada sección. Si tiene alguna pregunta, no dude en consultar a un miembro de nuestro personal.

#### POLÍTICA HIPAA:

Nos preocupamos por proteger su privacidad. Si bien la ley nos exige que le proporcionemos esta información, comprenda que hemos respetado y siempre respetaremos la privacidad de su información médica. Es posible que su proveedor de atención médica y los miembros del personal necesiten usar su nombre, dirección, número de teléfono y sus registros clínicos para comunicarse con usted con recordatorios de citas, información sobre alternativas de tratamiento u otra información relacionada con la salud que pueda ser de su interés. Puede restringir las personas a las que se divulga su información médica. Complete la siguiente información sobre a quién autoriza a recibir su información médica.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

La siguiente información puede ser divulgada a los nombres mencionados anteriormente. (Marque todas las opciones que correspondan):

Toda la información     Solo resultados     Estado de la cita

La información médica protegida puede divulgarse a través de  Correo de voz residencial  Correo de voz móvil  Correo de voz del trabajo

**SEGÚN LOS REGLAMENTOS FEDERALES, ESTAMOS OBLIGADOS A PREGUNTAR LO SIGUIENTE**

<b>Orientación sexual:</b>	<b>Identidad</b>	<b>de género : Sexo al nacer:</b>
<input type="checkbox"/> Heterosexual o heterosexual	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Mujer
<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Transgénero Hombre/Mujer a Hombre	<input type="checkbox"/> Indefinido
<input type="checkbox"/> Algo más	<input type="checkbox"/> Transgénero femenino/masculino a femenino	
<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Género queer	
<input type="checkbox"/> Elija no revelar	<input type="checkbox"/> Elija no revelar	

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES**

Por la presente doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de información en mi historial médico para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica; entiendo que este consentimiento es voluntario. Entiendo que la información en mi historial médico puede ser utilizada y divulgada a personas distintas de Sharon Community Health Center para llevar a cabo su responsabilidad con mi tratamiento médico/de salud, en el pago de los servicios de atención médica prestados y en actividades relacionadas con la atención médica. Sharon Community Health Center me niego a proporcionar servicios médicos/de atención médica si no firmo este consentimiento.

Entiendo que hay información adicional sobre las Prácticas de Privacidad del Centro de Salud Comunitario Sharon relacionadas con mi historial médico disponible en el Aviso de Prácticas de Privacidad integral del SCHC; se me ha proporcionado una copia del mismo y la he leído o no deseo leer antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que puedo solicitar que Sharon Community Health Center restrinja cómo o a quién se utilizan o divulgan mis registros médicos, pero que SCHC puede rechazar la restricción que solicito. Sin embargo, si SCHC acepta la restricción, está obligado a cumplirla al divulgar información en mi registro médico.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando a Sharon Community Health Center por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en las acciones que SHCH tomó antes de recibir la notificación.

Nombre impreso del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Además, comprendo y acepto que soy personalmente responsable del pago de todos los servicios que se me presten. También comprendo que si suspendo o finalizo mi atención, todos los honorarios por los servicios profesionales prestados vencerán y deberán pagarse de inmediato. Acepto pagar todos los saldos que superen los 90 días a partir de la fecha de vencimiento original. Certifico que la información que estoy proporcionando es correcta según mi leal saber y entender. No responsabilizaré a mi proveedor ni a ningún otro miembro del personal por los errores u omisiones que pueda haber cometido al completar este formulario.

Por la presente autorizo a Sharon Community Health Center (y/o a quien sea designado) a administrar el examen y tratamiento que considere necesario.

Entiendo la información anterior y garantizo que este formulario se completó según mi leal saber y entender.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo de SCHC: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### CONTRATO DEL PACIENTE

Valoramos el tiempo que hemos reservado para verlo y tratarlo. Si no puede asistir a su cita, le agradeceríamos que nos lo notifique lo antes posible. Requerimos un aviso de al menos 2 horas para cancelar su cita. Menos de esa cantidad de tiempo Si llega tarde a su cita (10 minutos), se le marcará como no presentado.

Usted acepta cumplir con todos y cada uno de los planes de tratamiento y regímenes de medicación prescritos por el proveedor.

Usted acepta ser cortés y respetuoso con los demás pacientes y el personal.

Usted acepta completar todas las pruebas de diagnóstico, incluida una prueba de drogas en orina cuando se prescriba.

Es su responsabilidad mantener nuestra oficina actualizada con su información de seguro corregida. Usted es responsable de todos los copagos, deducibles y coaseguros. El pago se requiere al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Si no participamos en su plan de seguro, se espera que pague el total al momento de la prestación del servicio. El pago por cuenta propia debe realizarse en su totalidad al momento del servicio. Infórmese sobre nuestro programa de tarifas variables. Los cargos no pagados durante más de 90 días pueden resultar en la cancelación de todos los servicios a menos que se hayan hecho otros arreglos. Llame si tiene alguna pregunta sobre su factura. La mayoría de los problemas se pueden resolver de manera rápida y sencilla y evitarán malentendidos. Si tiene problemas para pagar su factura, coméntelo con nosotros. Se pueden hacer arreglos de pago con el gerente de la oficina.

#### ENTIENDO QUE SE ME DARA DE ALTA DEL CENTRO DE SALUD COMUNITARIO SHARON POR LAS SIGUIENTES RAZONES:

**\*Consumo de drogas ilícitas.**

**\*No completar pruebas de laboratorio, exámenes de detección de drogas en orina, planes de tratamiento o uso adecuado de medicamentos recetados.**

**\*No notificar al personal y/o al proveedor sobre su inscripción en un programa de marihuana medicinal y aceptar a sabiendas los medicamentos recetados por el proveedor.**

**\*Abuso verbal del personal, otros pacientes o cualquier interrupción de las operaciones del Centro de Salud Comunitario Sharon.**

**\*Incumplimiento de citas programadas.**

**\*Obtención de medicamentos recetados de otros/múltiples proveedores (Dr.shopping).**

También comprendo que Sharon Community Health Center **NO** reemplazará ningún medicamento ni receta que se pierda o sea robado debido a mi negligencia. Este contrato será parte permanente de mi historial médico y puedo solicitar una copia para mi uso personal.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo SHCH: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES**

Por la presente doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información de mi historial médico con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que este consentimiento es voluntario. Entiendo que la información de mi historial médico puede usarse y divulgarse a personas distintas de Sharon Community Health Center para llevar a cabo su responsabilidad en relación con mi tratamiento médico/de salud, en el pago de los servicios de atención médica prestados y en actividades relacionadas con las operaciones de atención médica.

Iniciales: \_\_\_\_\_

Entiendo que hay información adicional sobre las prácticas de privacidad del Centro de Salud Comunitario Sharon relacionadas con mis registros médicos disponible en el Aviso de Prácticas de Privacidad integral del SCHC; se me ha proporcionado una copia del mismo y la he leído o no deseo leer antes de firmar este consentimiento.

Iniciales: \_\_\_\_\_

Entiendo que los cambios en las prácticas de privacidad de Sharon Community Health Center darán lugar a modificaciones en el Aviso de prácticas de privacidad y que los avisos actualizados estarán disponibles en el mostrador de recepción de Sharon Community Health Center en 94 W. Connelly Blvd., Sharon, PA 16146.

Iniciales: \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo solicitar que Sharon Community Health Center restrinja cómo o a quién se utilizan o divulgan mis registros médicos; pero SCHC puede rechazar la restricción que solicito. Sin embargo, si SCHC acepta las restricciones, está obligado a cumplirlas al divulgar información en mis registros médicos.

Iniciales: \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, notificando a Sharon Community Health Center por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en las acciones que Sharon Community Health Center tomó antes de recibir la notificación.

Iniciales: \_\_\_\_\_

Entiendo que este consentimiento se aplica al uso y divulgación de información únicamente para fines de tratamiento, pago u operación y que Sharon Community Health Center puede negarse a brindarme servicios médicos/de atención médica si no lo firmo.

Iniciales: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

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

Firma del paciente/tutor (si corresponde) \_\_\_\_\_

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



CENTRO DE SALUD COMUNITARIO SHARON

ACUERDO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE SUSTANCIAS CONTROLADAS A LARGO PLAZO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

El uso de \_\_\_\_\_ (enumere los medicamentos) puede causar adicción y es solo una parte del tratamiento para \_\_\_\_\_ (diagnóstico).

Los objetivos de este medicamento son:

[ ] para mejorar mi capacidad de trabajar y funcionar en casa

[ ] para ayudar a mi \_\_\_\_\_ (diagnóstico) tanto como sea posible sin causar efectos secundarios peligrosos.

Me han dicho que:

- Si bebo alcohol o consumo drogas callejeras, es posible que no pueda pensar con claridad y que tenga sueño, lo que podría correr el riesgo de sufrir lesiones personales.
- Podría volverme adicto a este medicamento.
- Si yo o alguien de mi familia tiene antecedentes de problemas con las drogas o el alcohol, existe una mayor probabilidad de adicción.
- Si necesito dejar de tomar este medicamento, debo hacerlo lentamente o podría enfermarme gravemente.

Estoy de acuerdo con lo siguiente:

- **No beberé alcohol, ni consumiré marihuana ni ninguna otra droga ilícita.**
- **Soy responsable de mis medicamentos. No compartiré, venderé ni intercambiaré mis medicamentos. No tomaré los medicamentos de otras personas.**
- **No aumentaré mi medicación hasta que hable con mi proveedor o enfermera.**
- **Es posible que no se reemplace mi medicamento si se pierde, se lo roban o se agota antes de lo recetado.**
- **Mantendré las citas programadas por mi proveedor (por ejemplo, manejo del dolor, tratamiento de abuso de sustancias, atención primaria, salud mental).**
- **Acepto dar una muestra de sangre, orina o saliva cuando me lo pidan para realizar una prueba de consumo de drogas.**
- **Acepto estar presente si me llaman dentro de las 24 horas para un recuento aleatorio de pastillas o un análisis de drogas en orina .**

Recargas

Es mi responsabilidad hacer un seguimiento de mis medicamentos. No se realizarán recargas anticipadas ni de emergencia. Las recargas se realizarán solo durante el horario de oficina habitual. No se realizarán recargas por la noche, días festivos o fines de semana. Debo llamar al menos con tres (3) días hábiles de anticipación para solicitar una recarga de mi medicamento. **¡No se harán excepciones!** La enfermera me informará cuando se realice la recarga.

Farmacia

Solo utilizaré una (1) farmacia para mis medicamentos. Mi proveedor puede hablar con el farmacéutico sobre mis medicamentos. La farmacia que utilizaré es \_\_\_\_\_.

Otros medicamentos

**Si otro proveedor me da un medicamento de sustancia controlada (por ejemplo, dentista, proveedor de sala de emergencias, hospital), debo llevar este medicamento a mi proveedor en el frasco original, incluso si no quedan pastillas.**

#### Privacidad

Mientras tomo el medicamento, es posible que mi proveedor deba comunicarse con otros proveedores o familiares para obtener información sobre mi atención o el uso de este medicamento. Se me pedirá que firme una autorización en ese momento.

#### Terminación del Acuerdo

Si no cumplo con alguna de las reglas, o si mi proveedor decide que este medicamento me está haciendo más daño que bien, mi proveedor puede suspender el medicamento de manera segura. El incumplimiento de las reglas anteriores dará lugar a la cancelación de los servicios. He hablado sobre este acuerdo con mi proveedor y comprendo las reglas anteriores.

#### Responsabilidades del proveedor

Como su proveedor, acepto realizar controles periódicos para ver qué tan bien está funcionando el medicamento.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

[ ] Este documento ha sido analizado y firmado por el proveedor y el paciente. Se le entregará una copia de este acuerdo al paciente y se colocará una copia en su historial clínico.