

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE 2018

Nombre legal: Primer nombre Segundo nombre Apellido

Nombre de preferencia: _____ Fecha de nacimiento: _____

Raza: (marque UNA) Blanco Amerindio o Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano
 Nativo de Hawaii Otro Isleño del Pacífico Rehúso responder

Etnia: (marque UNA) No hispano/latino Hispano/Latino Rehúso responder

Idioma de preferencia: _____

Identidad de género: (marque UNA)

¿Qué sexo se le asignó al nacer en su certificado de nacimiento original?

Masculino Femenino Opto por no divulgarlo

¿Cuál es su identidad de género actual?

Masculino Femenino Transgénero masculino/F-a-M Transgénero femenino/M-a-F

Otra Opto por no divulgarla

Orientación sexual: (marque UNA) Heterosexual (no lesbiana o gay) Lesbiana o gay Bisexual Otra
 No sé Opto por no divulgarla

Pronombre de preferencia: Él Ella Ellos/Ellas Otro _____

Dirección postal: _____

Domicilio: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ N.º de Seguro Social: _____

Empleador: _____ Teléfono laboral: _____

¿Es un veterano militar de EE. UU.: (marque UNA) Sí No

MEJOR forma de contactarlo: (marque UNA) Carta Teléfono Electrónicamente Solo pacientes médicos del portal

Estado civil: (marque UNA) Casado Concubinato Soltero

Indique si tiene: (marque UNA) Cónyuge o concubino Tutor legal

Nombre _____ ¿Esta persona vive con usted? Sí No

Domicilio: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ N.º de Seguro Social: _____

Empleador: _____ Teléfono laboral: _____

MEJOR forma de contactar a esta persona: (marque UNA) Carta Teléfono Electrónicamente

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Su nombre: _____ Cant. de integrantes de su hogar _____

Ingresos anuales del hogar _____

Puede ser elegible para acceder a servicios con descuentos o a una escala de tarifas flexible si sus ingresos son del 250% o se encuentran por debajo del nivel federal de pobreza.

(Consulte la Tabla de nivel federal de pobreza en la página siguiente)

Consulte en la mesa de entrada por los servicios con descuentos o a una escala de precios flexible. También ofrecemos planes de pago.

Para obtener más información, llame al 970-677-3658.

A NADIE SE LE NEGARÁN SERVICIOS SOBRE LA BASE DE SU INCAPACIDAD PARA PAGAR.

SITUACIÓN HABITACIONAL: CON HOGAR SIN HOGAR (Si no tiene hogar, marque el casillero correspondiente en la próxima línea)
 Vivienda compartida Refugio de tránsito Calle Transitorio Desconocido

SITUACIÓN AGRÍCOLA:

- ¿Usted o algún miembro de su familia trabajó alguna vez en agricultura/cultivos, como empleo principal, en algún momento en los últimos 2 años, incluidos, entre otros, cultivos de campos, huertas, invernaderos, viveros, acuicultura, apicultura, granjas de árboles, trabajo con animales, como ganado, tambo, ovejas, aves de corral, criaderos de peces, etc.?
 Sí No (Si la respuesta es SÍ, siga con la pregunta 3; si la respuesta es NO, siga con la pregunta 2)
- ¿Usted o un miembro de su familia dejó de viajar para trabajar en agricultura debido a una discapacidad o su edad?
 Sí No
- ¿Usted o un miembro de su familia se mudó en los últimos dos años a otra área (hogar fijo o transitorio) para trabajar principalmente en agricultura? Sí No
- ¿Usted o un miembro de su familia trabajó en los últimos dos años principalmente en agricultura, de manera estacional, sin mudarse de su hogar? Sí No

Certifico que la información que antecede es precisa a mi leal saber y entender.

Firma del paciente o tutor

Fecha

Nombre en letra de imprenta del firmante

Si no es el paciente, relación con el paciente

Community Health Clinic y Community Dental Clinic reciben fondos de recursos locales, estatales y federales para asistir a los pacientes. Si sus ingresos son del 250% o se encuentran por debajo del nivel federal de pobreza, puede ser elegible para acceder a servicios con descuentos. Para obtener más información y verificar si es elegible o para presentar una solicitud, consulte a la recepcionista en la mesa de entrada o llame al 970-677-3658. También puede obtener una solicitud en línea en www.dovecreekclinic.org. También se encuentran disponibles planes de pago asequibles. Llame al 970-677-3658 para obtener más información.

También se ofrece el servicio de Extensión Comunitaria e Inscripción para brindar asistencia en la adquisición de seguros privados y el acceso a Medicaid y Medicare. Como parte de nuestro personal, contamos con Asesores de Solicitud Certificados para asistir en la inscripción a través de Connect for Health Colorado y otros programas. Está a disposición de pacientes y no pacientes de la clínica. Llame al 970-677-3657 para obtener más información o programar una cita.

GUÍA DE NIVEL FEDERAL DE POBREZA 2017

Esta página es solo para fines informativos.

Integrantes del hogar	48 estados contiguos y D.C. Guía de Pobreza (Anual)							
	100%	133%	138%	150%	200%	250%	300%	400%
1	\$12,140	\$16,146	\$16,753	\$18,210	\$24,280	\$30,350	\$36,420	\$48,560
2	\$16,460	\$21,892	\$22,715	\$24,690	\$32,920	\$41,150	\$49,380	\$65,840
3	\$20,780	\$27,637	\$28,676	\$31,170	\$41,560	\$51,950	\$62,340	\$83,120
4	\$25,100	\$33,383	\$34,638	\$37,650	\$50,200	\$62,750	\$75,300	\$100,400
5	\$29,420	\$39,129	\$40,600	\$44,130	\$58,840	\$73,550	\$88,260	\$117,680
6	\$33,740	\$44,874	\$46,561	\$50,610	\$67,480	\$84,350	\$101,220	\$134,960
7	\$38,060	\$50,620	\$52,523	\$57,090	\$76,120	\$95,150	\$114,180	\$152,240
8	\$42,380	\$56,365	\$58,484	\$63,570	\$84,760	\$105,950	\$127,140	\$169,520

Sume \$4,320 por cada persona adicional a 8

Si los ingresos de su hogar se clasifican dentro de estas categorías, puede ser elegible para acceder a servicios con descuentos o a una escala de tarifas flexible. Solicite más información en la mesa de entrada o llame al 970-677-3658.

- **Hogar:** El hogar consta de todas las personas que ocupan una unidad habitacional (casa o departamento), independientemente de si son parientes o no. Si una familia y una persona que no es pariente, o dos personas no emparentadas, viven en la misma unidad habitacional, constituyen dos unidades familiares, pero solo un hogar.
- **Familia:** Un grupo de dos personas o más (una de las cuales es la dueña de casa) relacionadas por consanguinidad, matrimonio o adopción y que viven juntas; todas estas personas (incluidos los miembros emparentados de una subfamilia) se consideran miembros de una familia.
- **Los ingresos incluyen:** ganancias, indemnización por desempleo, indemnización del trabajador, Seguridad Social, Ingresos de Seguridad Complementarios, asistencia pública, pago de veteranos, beneficios a sobrevivientes, ingresos jubilatorios o de pensión, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de sucesión, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de menores, asistencia proveniente de una fuente externa al hogar, y otras fuentes varias. Los beneficios no dinerarios (como vales de comida y subsidios de vivienda) no cuentan.

Community Health Clinic y Community Dental Clinic reciben fondos de recursos locales, estatales y federales para asistir a los pacientes. Si sus ingresos son del 250% o se encuentran por debajo del nivel federal de pobreza, puede ser elegible para acceder a servicios con descuentos. Para obtener más información y verificar si es elegible o para presentar una solicitud, consulte a la recepcionista en la mesa de entrada o llame al 970-677-3658. También puede obtener una solicitud en línea en www.dovecreekclinc.org. También se encuentran disponibles planes de pago asequibles. Llame al 970-677-3658 para obtener más información.

Información de seguro y pagos

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Tiene seguro médico u otra cobertura de salud?

SÍ Tengo seguro médico u otra cobertura de salud. *Por favor, muestre sus tarjetas en la mesa de entrada en este momento.*

1. ¿Qué tipo de seguro médico u otra cobertura de salud tiene? (Marque todas las que correspondan)

Privado (incluye empleados del gob. y veteranos) Medicare Medicaid CHP+ CICP Escala de tarifas flexible

2. Tiene cobertura de medicamentos con receta (marque UNA): Sí No

3. **Por favor, lea el siguiente texto:** Yo, el abajo firmante, certifico que yo, o mi dependiente, contamos con seguro médico u otra cobertura de salud, y cedo directamente a Community Health Clinic todos los beneficios de seguro, si los hubiera, que de lo contrario recibiría yo por los servicios prestados. Por el presente, autorizo a Community Health Clinic a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los documentos relativos al seguro.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de imprenta de la persona que firmó arriba: _____

Relación con el paciente, si no es el paciente:

(Marque UNA): Madre Padre Tutor legal Representante legal

4. Si tiene Medicare, lea y firme esta autorización de Medicare:

SOLICITO QUE EL PAGO DE BENEFICIOS AUTORIZADOS de Medicare se me efectúe a mí o en mi nombre a Community Health Clinic por los servicios que me brindó el proveedor de la clínica. Autorizo a cualquier portador de información médica sobre mi persona a que divulgue a la Administración Financiera de Atención Médica y sus representantes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios prestados. Entiendo que con mi firma exijo la formalización del pago y autorizo la divulgación de información médica necesaria para pagar el reclamo. Si se indicó "otro seguro médico" en el ítem 9 del formulario HCGS-1500, o en otro lugar en otros formularios de reclamos aprobados o reclamos presentados electrónicamente, con mi firma autorizo la divulgación de información a la compañía aseguradora o agencia indicada. En los casos asignados a Medicare, Community Health Clinic acepta la determinación de cargos del prestador de servicios de Medicare como el cargo total; el paciente es responsable solo de los deducibles, coseguros y servicios sin cobertura. El coseguro y el deducible se basan en la determinación de cargos del prestador de servicios de Medicare.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de imprenta de la persona que firmó arriba: _____

Relación con el paciente, si no es el paciente:

(Marque UNA): Madre Padre Tutor legal Representante legal

NO NO TENGO seguro médico u otra cobertura de salud. Si no tiene seguro médico, ¿le gustaría recibir información de otros programas? Sí NO (Por favor, lea el siguiente texto):

Yo, el abajo firmante, certifico que yo, o mi dependiente, no contamos con seguro médico u otra cobertura de salud. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos. Por el presente, autorizo a Community Health Clinic a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de servicios.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de imprenta de la persona que firmó arriba: _____

Relación con el paciente, si no es el paciente: (Marque UNA): Madre Padre Tutor legal Representante legal

495 W 4th Street – P.O. Box 576
 Dove Creek, CO 81324
www.dovecreekclinic.org
 Atención médica: 970-677-2291 – Atención dental: 970-677-3644 – Fax: 970-677-2540

495

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿Quién es responsable financieramente del pago de servicios prestados a este paciente?

El paciente Otro Si marcó El paciente firme al pie y continúe con la página siguiente. Si marcó Otro, complete esta página.

Nombre del responsable financiero: _____

¿El paciente vive con esta persona? SÍ NO

Relación con el paciente: Padre Madre Tutor legal Otro: _____

Si la información de contacto del paciente DIFIERE a la de esta persona, complete la información de contacto de esta última.

Dirección postal: _____

Domicilio: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ N.º de Seguro Social: _____

Empleador: _____ Teléfono laboral: _____

MEJOR forma de contactar a esta persona: (marque una) Carta Teléfono Electrónicamente

Esta persona puede contactar a la Clínica, o ser contactada por la Clínica, para: (Marcar todas las opciones que correspondan o Todas las anteriores)

- Emergencia Programar mis citas Hablar sobre mis afecciones médicas y dentales
- Retirar mis medicamentos Retirar mis registros médicos y dentales Manejar los procesos de facturación
- TODAS las anteriores

¿Hay otro responsable financiero? Complete la siguiente información sobre dicha persona.

Nombre del responsable financiero: _____

¿El paciente vive con esta persona? SÍ NO

Relación con el paciente: Padre Madre Tutor legal Otro: _____

Si la información de contacto del paciente DIFIERE a la de esta persona, complete la información de contacto de esta última.

Dirección postal: _____

Domicilio: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ N.º de Seguro Social: _____

Empleador: _____ Teléfono laboral: _____

MEJOR forma de contactar a esta persona: (marque una) Carta Teléfono Electrónicamente

Esta persona puede contactar a la Clínica, o ser contactada por la Clínica, para: (Marcar todas las opciones que correspondan o Todas las anteriores)

- Emergencia Programar mis citas Hablar sobre mis afecciones médicas y dentales
- Retirar mis medicamentos Retirar mis registros médicos y dentales Manejar los procesos de facturación
- TODAS las anteriores

Certifico que lo anterior es verdadero y correcto según mi leal saber y entender.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de imprenta de la persona que firmó arriba: _____

Relación con el paciente, si no es el paciente: (Marque UNA): Madre Padre Tutor legal Representante legal

Comprensión de la Forma en que la Clínica Administra Su Cuenta

Sírvase leer y colocar sus iniciales en cada ítem para demostrar su comprensión:

Descuentos y Formas de Pago

- Comprendo que recibiré un 10 % de descuento por pagar en efectivo al momento de la prestación del servicio.
- Comprendo que no me pueden negar atención debido a mi incapacidad de pago y que me solicitarán verificación de mi incapacidad de pago.
- Comprendo que me pueden ofrecer un plan de pago a corto plazo para mi cuenta.
- Comprendo que podría ser elegible para servicios con descuentos y que debo contactar al Técnico de Elegibilidad de la Clínica para averiguar qué debo hacer para poder acceder a estos costos reducidos.

¿Qué sucede si no pago?

- Comprendo que recibiré hasta 3 resúmenes de cuenta y, si mi cuenta sigue impaga, me enviarán el resumen por correo certificado.
- Comprendo que si mi cuenta sigue impaga dentro del plazo de 15 días del correo certificado; transferirán mi cuenta a una agencia externa para su cobro.
- Comprendo que si mi resumen de cuenta vuelve a la clínica por no poder entregarse al destinatario, transferirán mi cuenta de inmediato a una agencia externa para su cobro.
- Comprendo que seré responsable de todos los costos, incluidos los honorarios de abogados y costos judiciales, si mi cuenta es transferida a una agencia de cobro externa.
- Comprendo que me cobrarán \$25 por todos los cheques devueltos. Se aplicarán cargos adicionales conforme a lo permitido por CRS 13-21-109.

Reintegros

- Comprendo que si la Clínica me emite un cheque de reintegro, tengo que cobrar este cheque dentro de los 6 meses de su emisión o, de lo contrario, después de que la Clínica haya intentado contactarse conmigo por todos los medios de contacto que yo haya autorizado a la Clínica, el cheque de reintegro se considerará una donación a la Clínica.
- Comprendo que si la Clínica me emite un cheque de reintegro que es devuelto a la Clínica como “imposible de entregar”, después de que la Clínica haya intentado contactarse conmigo por todos los medios de contacto autorizados por mí para la Clínica, el cheque de reintegro se considerará una donación a la Clínica.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de imprenta de la persona que firmó arriba: _____

Relación con el paciente, si no es el paciente:

(Marque UNA): Madre Padre Tutor legal Representante legal

Permisos de Contacto de la Clínica

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

¿Qué miembro de su familia o amigo podría contactar a la Clínica o ser contactado por la Clínica?

Si deja este espacio en blanco, no podremos contactar a su familia o amigos en caso de emergencia.

Si deja este espacio en blanco, no podemos aceptar llamadas de su familia o amigos para los siguientes servicios:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

- Emergencia
 Programar mis citas
 Hablar sobre mis afecciones médicas y dentales
 Retirar mis medicamentos
 Retirar mis registros médicos y dentales
 Manejar los procesos de facturación
 TODAS las anteriores

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

- Emergencia
 Programar mis citas
 Hablar sobre mis afecciones médicas y dentales
 Retirar mis medicamentos
 Retirar mis registros médicos y dentales
 Manejar los procesos de facturación
 TODAS las anteriores

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

- Emergencia
 Programar mis citas
 Hablar sobre mis afecciones médicas y dentales
 Retirar mis medicamentos
 Retirar mis registros médicos y dentales
 Manejar los procesos de facturación
 TODAS las anteriores

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

- Emergencia
 Programar mis citas
 Hablar sobre mis afecciones médicas y dentales
 Retirar mis medicamentos
 Retirar mis registros médicos y dentales
 Manejar los procesos de facturación
 TODAS las anteriores

¿Tiene un cuidador?

Si alguien le ayuda en su hogar con la administración de medicamentos, los cuidados diarios, la toma de decisiones, o si alguien tiene un poder legal para actuar en su nombre, complete lo siguiente:

¿Quién le da medicamentos o le brinda otra atención médica diariamente?

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

¿Quién le ayuda a bañarse, vestirse, comer o lavarse los dientes, etc., diariamente?

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

¿Quién le ayuda a tomar decisiones médicas o dentales?

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

¿Quién tiene un poder legal (POA) para poder actuar en su nombre? Proporcione EVIDENCIA LEGAL DEL POA

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

POR FAVOR, proporcione evidencia de la tutela o custodia legal de todos los tutores/custodios legales mencionados arriba.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Yo soy: El paciente
 Cónyuge o concubino del paciente
 Madre, padre o tutor legal del paciente.

Aviso de Privacidad – Permisos de Divulgación – Permiso de Contacto Personal

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Aviso de privacidad: Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad y la Política de Inasistencia

(Marque UNA) Recibí o NO recibí:

Una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para Community Health Clinic y Community Dental Clinic, y una copia de la Política de Inasistencia. Acepto que Community Health Clinic y Community Dental Clinic se reserven el derecho de modificar tanto las Prácticas de Privacidad descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad como la Política de Inasistencia.

2. Permisos de divulgación: Consentimiento del paciente para el uso y la divulgación de información de salud protegida

(Marque UNA) Autorizo o NO autorizo:

A cualquier proveedor u organización actual o anterior a solicitar, divulgar o utilizar Información de Salud Protegida con Community Health Clinic y Community Dental Clinic para los fines del tratamiento médico y dental, facturación y seguro.

Puede incluir, o no, información relativa a salud mental, enfermedades de transmisión sexual y/o abuso de drogas y/o alcohol.

3. Permisos de contacto personal: Cómo me puede contactar la Clínica

Comprendo que Community Health Clinic y Community Dental Clinic pueden tener la necesidad de contactarme eventualmente por cuestiones relacionadas con mi tratamiento, pagos y otros servicios de atención médica, como **recordatorios de citas, resultados de laboratorio** e ítems del seguro, entre otras.

Community Health Clinic y Community Dental Clinic pueden contactarme de las siguientes maneras:

Por teléfono: (Marque UNA por cada categoría)

Particular Mensaje detallado Dejar solo un mensaje para llamar al n.º de teléfono de la Clínica Ningún mensaje

Celular Mensaje detallado Dejar solo un mensaje para llamar al n.º de teléfono de la Clínica Ningún mensaje

Laboral Mensaje detallado Dejar solo un mensaje para llamar al n.º de teléfono de la Clínica Ningún mensaje

Mensaje de texto Mensaje detallado Dejar solo un mensaje para llamar al n.º de teléfono de la Clínica Ningún mensaje

Carta dirigida a mí a mi dirección postal.

Comunicación Electrónica a través del Portal Web de la Clínica

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si el paciente es un menor, yo soy su (marque UNA): Madre Padre Tutor legal

Autorización de Uso y Divulgación de Información de Salud

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Mejor Teléfono de contacto: _____

Cuéntenos acerca de otros proveedores de atención médica a los que ha consultado, de modo que podamos solicitar sus registros médicos, si es necesario, para comprender mejor su historia clínica.

Seleccione una opción a continuación	¿Cuál es su Proveedor de Atención Médica (Primaria) habitual?	Qué debe completar
<input type="checkbox"/> Paciente nuevo o no se ha atendido aquí en los últimos 2 años	<input type="checkbox"/> Community Health Clinic o Community Dental Clinic	Complete TODAS 1-4 abajo
	<input type="checkbox"/> Otra persona	Complete 1 únicamente
<input type="checkbox"/> Atendido en esta clínica dentro de los últimos 2 años	<input type="checkbox"/> Community Health Clinic o Community Dental Clinic	Complete 2-4 abajo
	<input checked="" type="checkbox"/> Otra persona	Complete 1 únicamente

1. ¿Cuál es/era su anterior Proveedor de Atención Médica (Primaria) habitual? (Médico, auxiliar médico o enfermera profesional)

Nombre del médico o la clínica:	Dirección/Ciudad/Teléfono	Firma del paciente

2. ¿Se atiende con especialistas? Sí No

Nombre de la clínica o médicos especialistas actuales:	Ciudad/Estado/Teléfono	Firma del paciente

3. ¿Se ha atendido con algún especialista, al que ya no consulta, en el último año? Sí No

Nombre de la clínica o médicos especialistas anteriores:	Ciudad/Estado/Teléfono	Firma del paciente

4. SI ES MUJER, ¿se hizo un examen ginecológico de control (prueba de Papanicolaou) o vio a un obstetra/ginecólogo? Sí No

Nombre de la clínica o médico de control ginecológico más reciente:	Ciudad/Estado/Teléfono	Firma del paciente



495 W 4th Street – P.O. Box 576
Dove Creek, CO 81324
www.dovecreekclinic.org
Atención médica: 970-677-2291 – Atención dental: 970-677-3644 – Fax: 970-677-2540

495

Autorización de Uso y Divulgación de Información de Salud

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Comprendo que existen pautas federales y de Colorado sobre mi derecho a la confidencialidad y protección de mi información de salud personal identificable (Título 42 del Código de Reglamentos Federales Parte 2, Leyes Revisadas de Colorado 25.1, Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud [HIPAA, por sus siglas en inglés]). Excepto en situaciones donde la ley lo exige o permite, no se puede divulgar información sobre mi persona a otras personas u organismos ajenos al equipo de tratamiento sin mi permiso por escrito. Por el presente, autorizo a Community Health Clinic, Community Dental Clinic y sus proveedores a enviar, recibir, utilizar o divulgar mi información médica a los proveedores que mencioné en la primera página de este formulario de Autorización de Uso y Divulgación de Información de Salud.

(Por favor, marque uno)

Deseo INCLUIR EXCLUIR cualquier registro relacionado con el trastorno por abuso de sustancias

Otra información importante:

1. El tratamiento realizado por Community Health Clinic y Community Dental Clinic no depende de la firma de esta autorización, a menos que el tratamiento sea exigido por un tribunal o un tercero autorizado.
2. Esta autorización caducará en un año. Puedo revocar mi autorización por escrito en cualquier momento.
3. **Comprendo que estos registros podrían contener documentación sobre VIH, enfermedades de transmisión sexual e información de drogas y/o alcohol.**
4. Se pueden utilizar copias de este formulario en lugar del original. Se aceptarán firmas recibidas por fax.
5. Community Health Clinic y Community Dental Clinic no pueden garantizar que los receptores de la información divulgada a través de esta autorización no revelen dicha información a un tercero. El receptor puede estar obligado a acatar, o no, las leyes federales que protegen la información médica.

Firma del paciente

Fecha

Firma del testigo

Firma del representante

Fecha

Si es el representante, relación con el paciente

REVOCACIÓN: Revoco mi autorización para este uso y divulgación de mi información de

Firma del paciente/representante

Fecha

Firma del testigo

HISTORIA CLÍNICA

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

		Si la respuesta es "Sí", explique brevemente:
¿Está siendo atendido por un médico actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez estuvo internado o tuvo una operación importante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez sufrió una lesión grave en la cabeza o el cuello?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Consume marihuana para fines médicos o recreativos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Consume alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Consume alguna otra droga ilegal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está haciendo una dieta especial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Toma suplementos, como vitaminas, etc.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Mujeres únicamente: <input type="checkbox"/> ¿Está embarazada/intentando quedar embarazada? <input type="checkbox"/> ¿Está amamantando?		
<input type="checkbox"/> ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?		

Determinados problemas médicos o medicamentos pueden afectar su salud y los tratamientos que brindamos. Responda las siguientes preguntas.

¿Tiene, o tuvo, alguna de las siguientes?

SIDA/VIH positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mareos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en articulaciones mandibulares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alzheimer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamientos de radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes genitales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infarto/Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Culebrilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se le forman hematomas fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sinusitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina bífida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad estomacal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad intestinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Boquera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ampollas de fiebre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno cardíaco congénito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urticaria o sarpullido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Esteroides/Medicamentos con prednisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pulsaciones irregulares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas renales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores o bultos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Drogadicción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quedarse sin aliento fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfisema/EPOC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Hemorragia excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Otra enfermedad grave no mencionada (explicar):

A mi leal saber y entender, respondí de manera precisa las preguntas de este formulario. Comprendo que brindar información incorrecta sobre el paciente puede ser peligroso para la salud del paciente. Informaré al consultorio médico cualquier cambio de estado médico.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si el paciente es un menor, yo soy su (MARQUE UNA) Madre Padre Tutor legal