



PATIENT INFORMATION					
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac: / /	Numero de Seguro Social:
Dirección:		Ciudad, Estado:		Código Postal:	Condado:
Teléfono de casa: ( )		Teléfono Celular: ( )		Correo electrónico:	
Raza (Circular uno) Blanco/ negro o afroamericano/ multirracial/ indio americano o nativo de Alaska/ asiático/ indio asiático/ Hawaiano o isleño del Pacífico/ Otro isleño del Pacífico no hawaiano/ Chino/ Filipino/ Coreano/ Vietnamita/ Otro asiático/ Guameño o Chamorro/ Samoano/ Otros:				Origen etnico: Hispano o de Origen Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros:			Necesita interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Es Usted Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Médico Primario:			Dentista:		
INFORMACION DEL ENCARGADO / PARTIDARIO					
Nombre del responsable:		Fecha de Naci: / /	Relacion / parentesco de la parte responsable al Paciente: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Padre / Encargado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Otro:		
Dirección (Si es diferente a la del Paciente):			Ciudad, Estado:		Código Postal:
Teléfono de casa: ( )		Teléfono Celular: ( )		Es esta persona un paciente aqui? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
CONTACTO DE EMERGENCIA					
Nombre de amigo o familiar que no habite con usted:		Relacion con el Paciente:	Teléfono de casa: ( )	Teléfono Celular: ( )	
INFORMACION DE SEGURO MEDICO					
(Proporcione informacion completa de su Seguro Medico sin importar el tipo de servicio utilizado. Proporcionar TODAS las tarjetas a la recepcionista.)					
Seguro médico Primario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Nombre del suscriptor:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
Seguro médico Secundario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Subscriber Name:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
Seguro Dental Primario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Nombre del suscriptor:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
Seguro Dental Secundario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Nombre del suscriptor:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
COMO UNA INSTALACION FEDERAL, ESTAMOS OBLIGADOS A HACER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS					
INGRESO ANUAL – Por favor circule, junto al tamaño de su familia, el Rango de Ingresos que mejor ADAPTE a su hogar.					
Tamaño de la Familia					
1	\$0 - \$14580	\$14581-\$21870	\$21871-\$25515	\$25516-\$29160	\$29161 y mas
2	\$0 - \$19720	\$19721-\$29580	\$29581-\$34510	\$34511-\$39440	\$39441 y mas
3	\$0 - \$24860	\$24861-\$37290	\$37291-\$43505	\$43506-\$49720	\$49721 y mas
4	\$0 - \$30000	\$30001-\$45000	\$45001-\$52500	\$52501-\$60000	\$60001 y mas
5	\$0 - \$35140	\$35141-\$52710	\$52711-\$61495	\$61496-\$70280	\$70281 y mas
6	\$0 - \$40280	\$40281-\$60420	\$60421-\$70490	\$70491-\$80560	\$80561 y mas
7	\$0 - \$45420	\$45421-\$68130	\$68131-\$79485	\$79486-\$90840	\$90841 y mas
8	\$0 - \$50560	\$50561-\$75840	\$75841-\$88480	\$88481-\$101120	\$101121 y mas
<p><b>Para pacientes de 12 años y más</b></p> <p><b>IDENTIDAD DE GENERO – Cual es su sentimiento interno de su genero? Piensa de usted mismo como:</b>  <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino (Mujer a Hombre) <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino (Hombre a Mujer) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Niego a Responder</p> <p><b>ORIENTACION SEXUAL – Como identifica su atraccion fisica y emocional hacia los demas? Piensa de Usted mismo como:</b>  <input type="checkbox"/> Heterosexual (no gay o lesbiana) <input type="checkbox"/> Homosexual (Gay o lesbiana) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo mas <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Niego a Responder</p>					
Mi firma asegura y confirma que la informacion es exacta y verdadera de acuerdo a mi conocimiento:					
Firma del Paciente o Encargado:				Fecha:	

# POLITICA GENERAL Y CONSENTIMIENTO

## HORA DE LA CITAS

Es importante que se presente a todas las citas a tiempo. Todos los pacientes nuevos deben registrarse al menos 30 minutos antes de su cita. Todos los pacientes establecidos deben registrarse al menos 15 minutos antes de su cita. Esto dará tiempo para completar todo el papeleo necesario y permitirá que el personal lleve al paciente a la sala de examen a la hora real de la cita. Esto permitirá una visita mucho más fluida y oportuna. El no registrarse a tiempo resultará en la necesidad de ser reprogramado.

**Todos los menores (niños de 17 años o menos) deben estar acompañados por un padre o tutor legal en todas las citas.**

## CITAS PERDIDAS

El Centro de Salud Comunitario del Centro de Missouri está dedicado a servir a los miembros de nuestra comunidad. Nuestra política de citas perdidas se aplica estrictamente ya que realmente deseamos brindar atención oportuna y de calidad a nuestros pacientes, pero esto se vuelve difícil cuando los pacientes pierden las citas programadas. Una cita perdida incluye cualquier cita para la cual el paciente no se presente en la clínica/ubicación designada, una cita no cancelada/reprogramada con al menos 24 horas de anticipación y que se presente tarde a una cita que requiera una reprogramación.

Valoramos la familia y entendemos que a menudo es más fácil programar todas las citas el mismo día. Si pierde las citas programadas para varios miembros de la familia, cada miembro de la familia tendrá citas en diferentes días en el futuro. Si un niño requiere tratamiento, es importante asistir a estas citas para que pueda recibir la atención necesaria. La falta de traer a un niño para el tratamiento se considera negligencia. CHCCMO está obligado a informar casos sospechosos de negligencia.

## *MEDICINA FAMILIAR / PEDIATRIA / OBSTETRICIA / GINECOLOGIA / SALUD MENTAL*

En el caso de un exceso de citas perdidas, CHCCMO tiene derecho a brindar atención de emergencia o sin cita previa únicamente.

## *DENTAL*

Después de perder la cita inicial, cualquier cita futura se cancelará y se reprogramará una a la vez. Cualquier paciente que acumule 2 citas perdidas dentro de un período de 6 meses no podrá programar una cita por un período de 6 meses. Durante ese tiempo, ese paciente puede buscar atención solo a través de "citas para el mismo día"; deberá llamar a la oficina el día que desea buscar atención para ver si hay vacantes disponibles para que podamos ayudarlo.

Si un paciente es reincorporado para ser visto después de su período de 6 meses o programado para una visita el mismo día y acumula otra cita perdida, entonces no podrá programar una cita por 1 año y será visto solo para necesidades dentales emergentes bajo nuestro programa limitado.

## ACUERDO FINANCIERO

Se espera el pago en el momento del servicio. Si se ha proporcionado un seguro, por la presente autoriza a CHCCMO a divulgar la información de salud necesaria para procesar sus reclamos. Además, también está autorizando el pago de los beneficios del seguro directamente a CHCCMO. Usted comprende que es responsable de cualquier copago, coseguro, deducible o servicio no cubierto.

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir atención considerada aconsejable de parte de un proveedor de CHCCMO. Tal tratamiento puede incluir, pero no se limita al examen y pruebas de diagnóstico básico. Doy fe que tengo la autoridad legal para tomar decisiones sobre el cuidado de salud y actuar en nombre del paciente, si el paciente es un menor o incapacitado.

## OBJETOS PERSONALES DE VALOR

Reconozco que CHCCMO no es responsable de cualquier propiedad personal que lleve dentro de las instalaciones del CHCCMO.

***He leído y entiendo las políticas y consentimientos incluidos en este formulario.***

\_\_\_\_\_  
FIRMA del Paciente, Padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
FECHA

# CONSENTIMIENTO DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

El Intercambio de Información de Salud (HIE) permite que múltiples proveedores de servicios de salud vinculen los registros médicos electrónicos. Cuando vaya a un proveedor de salud, Community Health Center of Central Missouri puede compartir y/u obtener mis registros médicos a través del HIE. Todos los proveedores deben tener suficiente información personal para demostrar que tienen una relación de tratamiento con usted como paciente antes de que HIE le brinde acceso a la información. Un HIE es importante porque compartir información mejora la atención médica.

Community Health Center of Central Missouri se asocia con los siguientes HIE:

- Tiger Institute Health Information Alliance
- Carequality/SureScripts

Puedes elegir si quieres participar en el HIE. La atención que recibe de los proveedores de CHCCMO no depende de si decide participar en el HIE. Con este formulario puedes elegir entre 2 opciones:

## Opción 1 - Optar por participar

Por la presente autorizo al Centro de Salud Comunitario de Missouri Central a LIBERAR y OBTENER todos mis registros médicos e información médica, incluyendo cualquier condición física o mental, condición psicológica, evaluación psiquiátrica y tratamiento, psicoterapia, asesoramiento, adicción de drogas, estado de infección, VIH / SIDA, pruebas genéticas o tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, aunque dicha información está protegida por la ley federal, por encima de HIE antes mencionados.

El propósito de esta divulgación es con fines de tratamiento, los servicios de salud y la continuidad de la asistencia médica. Autorizo específicamente la divulgación de la información de mi médico hacia y de parte de los HIE mencionados anteriormente en un formato electrónico.

## Opción 2 - Optar por no participar

Al firmar este formulario, usted reconoce que comprende las siguientes declaraciones:

- Entiendo que estoy firmando este formulario porque no quiero que mis registros de salud se compartan con mis proveedores y miembros del equipo de atención médica a través de los HIE mencionados anteriormente.
- Entiendo que este formulario de exclusión voluntaria solo se aplica a los HIE mencionados anteriormente en los que participa Community Health Center of Central Missouri y NO cubre ni afecta mi exclusión voluntaria de ningún otro HIE.
- Puedo optar por unirme a los HIE en los que participa Community Health Center of Central Missouri en cualquier momento firmando un formulario de solicitud de suscripción de HIE.
- Entiendo que al optar por no participar en los HIE anteriores, mis proveedores no tendrán acceso inmediato a información crítica sobre mi salud accesible a través de estos HIE. Esto puede afectar la capacidad de mi proveedor para ver una imagen completa de mi salud, lo que podría limitar su capacidad para tomar las mejores decisiones posibles sobre mi atención.
- Esta solicitud puede tardar hasta 3-5 días hábiles en surtir efecto.

**Optar – Elijo optar por el HIE; Doy mi consentimiento para que CHCCMO comparta toda la información de salud a través del HIE. Esta autorización es válida hasta que sea revocada por mí por escrito, y será efectiva en la fecha de recepción.**

**Optar por no participar: elijo optar por no participar en el HIE; Estoy solicitando que no se comparta ninguna de mi información de salud a través del HIE.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
ATESTIGUADO POR

\_\_\_\_\_  
FECHA

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

## ACUERDO HIPAA

Entiendo que bajo la Ley y Portabilidad de Seguro de Salud (“HIPAA”) de 1996, tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida (PHI). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducta, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en el tratamiento de forma directa e indirecta
- Obtener el pago de terceros pagadores
- Llevar a cabo las operaciones de cuidados de salud, tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas

Entiendo que puedo solicitar una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi PHI. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Enumere a continuación las personas con las que le gustaría que CHCCMO pueda hablar sobre su atención, tratamiento, pago o citas (o las de sus dependientes). Para los menores, asegúrese de que todos los tutores legales estén en la lista. Cualquier persona que no figure en este formulario no podrá acceder a ninguna información sobre su atención médica. CHCCMO les pedirá a estas personas que se identifiquen antes de compartir cualquier PHI.

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi permiso para que el personal del Centro de Salud de la Comunidad para analizar toda la información médica con:

Nombre	Relación con paciente

Nombre (Imprimir): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nac

## HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

### Medicamentos

Farmacia de Preferencia: \_\_\_\_\_

Liste los medicamentos actuales (incluyendo sin receta, vitaminas, y anticonseptivos)

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Está actualmente siendo tratado por otro proveedor con cualquiera de estos medicamentos?  Sí  No

Si afirmativo, indique el proveedor (s): \_\_\_\_\_

### alergias

Ninguna Alergia

Liste cualquier alergia y su reacción alérgica.

---

---

---

---

---

### Historial médico

Seleccione la casilla de verificación junto a cualquiera de las siguientes condiciones si usted tiene un historial, e indique el año que fue diagnosticado/a.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> alergias _____                       | <input type="checkbox"/> Diabetes _____                    | <input type="checkbox"/> Osteoporosis _____           |
| <input type="checkbox"/> Anemia _____                         | <input type="checkbox"/> Colesterol alto _____             | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon _____   |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad _____                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula _____   | <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo _____   |
| <input type="checkbox"/> Artritis _____                       | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido _____               | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral _____       |
| <input type="checkbox"/> Asma _____                           | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, migraña _____    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides _____ |
| <input type="checkbox"/> Hipertrofia Prostática Benigna _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de Corazon _____        | <input type="checkbox"/> Otro: _____                  |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre _____             | <input type="checkbox"/> Hep/enfermedad del Hgado _____    | <input type="checkbox"/> Otro: _____                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____                         | <input type="checkbox"/> Hipertension _____                |   |
| <input type="checkbox"/> EPOC _____                           | <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Depresión _____                      |  |   |

### Historia quirúrgica

Seleccione la casilla de verificación para cualquier cirugía que haya tenido y el año que se realizo.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Corazón, stent (malla) _____        | <input type="checkbox"/> vesícula biliar removida _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía Articulacion (ORIF) _____ |
| <input type="checkbox"/> Apéndice Removido _____             | <input type="checkbox"/> Colon Removido _____           | <input type="checkbox"/> tiroidectomía _____               |
| <input type="checkbox"/> La artroscopia _____                | <input type="checkbox"/> Cirugía del colon _____        | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía _____              |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda _____            | <input type="checkbox"/> Derivación Gastrica _____      | <input type="checkbox"/> Otro: _____                       |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre _____         | <input type="checkbox"/> Reparacion de Hernia _____     | <input type="checkbox"/> Otro: _____                       |
| <input type="checkbox"/> Derivación Cardíaca _____           | <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera _____      | <input type="checkbox"/> Otro: _____                       |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco _____           | <input type="checkbox"/> Histerectomía _____            | <input type="checkbox"/> Otro: _____                       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Tunel Carpiano _____ | <input type="checkbox"/> reemplazo de rodilla _____     |  |
| <input type="checkbox"/> _____                               | <input type="checkbox"/> LASIK _____                    |  |
| <input type="checkbox"/> La extracción de cataratas _____    |   |  |

Continuado en la página siguiente ....

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nac

## Familia

Padre Vivo Fallecido - ¿Causa? \_\_\_\_\_

Madre Viva Fallecida - ¿Causa? \_\_\_\_\_

**Algunos de sus parinete ha tenido?(Marque y Mencione quién)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD / ADHD _____             | <input type="checkbox"/> Deficiencia Auditiva _____               |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo _____            | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón _____              |
| <input type="checkbox"/> alergias _____               | <input type="checkbox"/> Alta presion sanguinea _____             |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer _____              | <input type="checkbox"/> Enfermedad del intestino irritable _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma _____                   | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje _____        |
| <input type="checkbox"/> Sangre Trastorno _____       | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental _____                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____                 | <input type="checkbox"/> Migrañas _____                           |
| <input type="checkbox"/> Depresión _____              | <input type="checkbox"/> Obesidad _____                           |
| <input type="checkbox"/> De desarrollo Retrasar _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis _____                       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____               | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon _____               |
| <input type="checkbox"/> Eczema _____                 | <input type="checkbox"/> convulsiones _____                       |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto _____        | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral _____                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad genética _____    | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides _____           |

## Diagnóstico / Estudios

*Si usted ha tenido alguna de las siguientes, indicar la fecha más reciente / año realizado y donde se llevo a cabo.*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> mamografía _____             | <input type="checkbox"/> La colonoscopia _____ |
| <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____           |

**Solo mujeres:** Último Periodo menstrual \_\_/\_\_/\_\_

## Social

**Uso de Tabaco**(Marque uno) Ex-Fumador Nunca usado Uso actual

*Indicar forma de tabaco y la frecuencia utilizada como, diario, ocasional (omitir si no es un usuario activo)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> cigarrillos _____ Cuantos paquetes por día? ____ | <input type="checkbox"/> Masticación ____ |
| <input type="checkbox"/> cigarello _____                                  | <input type="checkbox"/> Sin humo _____   |
| <input type="checkbox"/> Cigarro ____                                     | <input type="checkbox"/> Rapé _____       |
| <input type="checkbox"/> Pipa _____                                       | <input type="checkbox"/> Otro: _____      |
| <input type="checkbox"/> Cigarrillo electrónico                           |   |

**Uso de Alcohol** No Sí - Frecuencia: Diariamente Semanal Mensual De vez en cuando Raramente

**Consumo de drogas Recreativas** No Sí - Marijuana La metanfetamina Cocaína Heroína Los opiáceos Otro: \_\_\_\_\_

## Historia confidencial

*\* Requerido por el gobierno federal, estamos obligados a hacer las siguientes preguntas para los propositos de presentacion de informes. Esto es sólo para uso estadístico y su información personal no será revelada a ningún tercero. Esta sección es opcional.*

**Identidad de Género - ¿Cuál es su sentido interno de su genero? Piensa de usted mismo como:**

- Masculino
- Femenina
- Transgénero masculina / femenina a Masculino
- Transgénero Femenino / Masculino a Femenina
- Otro
- Me niego a reportar

**Orientación Sexual - Cómo identifica su atracción física y emocional hacia los demás? Piensa de usted mismo como:**

- Heterosexual (no gay o lesbianas)
- Homosexual (Gay o lesbian)
- Bisexual
- Algo Más
- No se
- Me niego a reportar