



CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DE MISSOURI CENTRAL
FORMULARIO DE INSCRIPCION



INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac: / /	
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:				Hispano o de Origen Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, especifique (circular uno): Mexicano/ Mexicano Americano/ Chicano Puertorriqueño/ Cubano/ Otros	
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:		¿Necesita información sobre directivas anticipadas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
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.					
Aunque no somos una clínica gratuita, ofrecemos tarifas con descuento (nominales) a pacientes elegibles. Proporcionar lo siguiente puede ayudarnos a determinar la elegibilidad para dichos programas.					
Tamaño de la Familia					
1	\$0 - \$15,960	\$15,961 - \$23,940	\$23,941 - \$27,930	\$27,931 - \$31,920	\$31,921 y mas
2	\$0 - \$21,640	\$21,641 - \$32,460	\$32,461 - \$37,870	\$37,871 - \$43,280	\$43,281 y mas
3	\$0 - \$27,320	\$27,321 - \$40,980	\$40,981 - \$47,810	\$47,811 - \$54,640	\$54,641 y mas
4	\$0 - \$33,000	\$33,001 - \$49,500	\$49,501 - \$57,750	\$57,751 - \$66,000	\$66,001 y mas
5	\$0 - \$38,680	\$38,681 - \$58,020	\$58,021 - \$67,690	\$67,691 - \$77,360	\$77,361 y mas
6	\$0 - \$44,360	\$44,361 - \$66,540	\$66,541 - \$77,630	\$77,631 - \$88,720	\$88,720 y mas
7	\$0 - \$50,040	\$50,041 - \$75,060	\$75,061 - \$87,570	\$87,571 - \$100,080	\$100,080 y mas
8	\$0 - \$55,720	\$55,721 - \$83,580	\$83,581 - \$97,510	\$97,511 - \$111,440	\$111,440 y mas
Mi firma asegura y confirma que la informacion es exacta y verdadera de acuerdo a mi conocimiento:					
Firma del Paciente o Encargado:				Fecha:	

POLÍTICAS GENERALES Y CONSENTIMIENTOS

HORARIOS DE LAS 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. Si no se registra a tiempo, puede resultar en la necesidad de reprogramar.

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

CITAS PERDIDAS

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 llegar tarde que requiera una reprogramación.

Valoramos a la familia aquí y entendemos que a menudo es más fácil programar todas las citas el mismo día. Si pierde citas programadas para varios miembros de la familia, cada miembro de la familia solo recibirá citas en días diferentes en el futuro. Si un niño requiere tratamiento, es importante asistir a estas citas para que pueda recibir la atención necesaria. No traer a un niño para recibir tratamiento se considera negligencia. CHCCMO está obligado a informar casos sospechosos de negligencia.

En caso de que se pierdan excesivamente las citas, CHCCMO tiene derecho a otorgar atención en caso de emergencia o sin cita previa. Para pacientes dentales, consulte los Consentimientos dentales para obtener más información sobre las políticas específicas para la odontología.

ACUERDO FINANCIERO

Se espera el pago en el momento del servicio. Si se ha proporcionado seguro, por la presente autoriza a CHCCMO a divulgar la información médica necesaria para procesar sus reclamos. Además, también está autorizando el pago de los beneficios del seguro que se pagarán directamente a CHCCMO. Usted comprende que es responsable de los copagos, coseguros, deducibles o servicios no cubiertos.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Entiendo que mi proveedor recomendará un plan de tratamiento destinado a mejorar mi salud y bienestar. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir la atención que se considere aconsejable de un proveedor de CHCCMO. Dicho tratamiento puede incluir, entre otros, exámenes y pruebas de diagnóstico básicas. Entiendo que el incumplimiento del tratamiento recomendado podría resultar en un empeoramiento de mi condición o un mayor riesgo de complicaciones. Doy fe de que tengo la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica y actuar en nombre del paciente si el paciente es menor de edad o está incapacitado.

CONDUCTA DEL PACIENTE

CHCCMO se compromete a proporcionar un entorno seguro para todos los pacientes, empleados y visitantes. No se tolerará el comportamiento violento, agresivo o verbalmente abusivo y puede resultar en la expulsión de las instalaciones.

OBJETOS DE VALOR PERSONALES

Reconozco que CHCCMO no es responsable de ninguna propiedad personal traída a las instalaciones de CHCCMO.

He leído y entiendo completamente 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: _____

EVALUACIÓN INICIAL GINECOLÓGICA

Medicamentos

Farmacia preferida: _____

Enumere cualquier medicamento actual (incluso los medicamentos de venta libre, las vitaminas y el método anticonceptivo)

Alergias

 Sin alergias conocidas

Haga una lista de cualquier alergia y la reacción alérgica.

Historia ginecológica

Edad del primer período: Primer día del último período: _____

Los períodos vienen todos los días y generalmente duran días. _____

¿Sangrado excesivo? Sí No En caso afirmativo, explique: _____Etapa menopáusica: Premenopáusica (sin síntomas de la menopausia) Perimenopáusica (algunos síntomas de la menopausia) Postmenopáusica – Edad/Año _____Último Papanicolaou: __ ¿Tiene dificultades con los exámenes pélvicos? Sí NoÚltima mamografía: _____ Se realizar autoexámenes de mama? Sí No

Anticonceptivo/Historia sexual

Por favor, revise cualquier método anticonceptivo que haya usado en el pasado:

- Píldoras anticonceptivas Dispositivo intrauterino
 Depo-Provera Ligadura
 Planificación Familiar Natural Método de interrupción
 La pareja se sometió a una vasectomía Otros, sírvase explicar:
 Condones

¿Estás tomando anticonceptivos actualmente? Sí (especifique el tipo): _____ No¿Desea el control de la natalidad hoy? Sí (especifique el tipo): _____ No

Las respuestas a las siguientes preguntas ayudarán a su proveedor a brindar la atención adecuada e identificar los riesgos potenciales de cáncer de cuello uterino. Deje cualquier pregunta en blanco si no se siente cómodo respondiéndola.

¿Eres o has sido sexualmente activo? Sí No En caso afirmativo, ¿han sido sus parejas: hombres mujeres ambos

Número de parejas en el último año _____ Número total de parejas en su vida _____

¿Hay algún aspecto de su estilo de vida sexual que pueda tener relación con su cuidado, es decir, orientación sexual, nueva pareja en los últimos tres meses, o más de una pareja en los últimos tres meses, etc.? Sí No¿Su pareja tiene algún síntoma de una infección? Sí No

Historial de embarazo (Si nunca ha estado embarazada, omita esta sección)

Número total de embarazos _____ Número de partos _____ Abortos _____ Abortos espontáneos _____

Historia de Ginecología

¿Alguna vez ha tenido, o tiene alguno de los siguientes:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Clamidia | <input type="checkbox"/> Útero fibroide | <input type="checkbox"/> Ligadura bilateral de trompas |
| <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> Esterilidad | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre |
| <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Quiste ovárico | <input type="checkbox"/> Implante de Senos |
| <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou anormal | <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria pélvica | <input type="checkbox"/> Reducción de Senos |
| <input type="checkbox"/> Quiste de la glándula de Bartolino | <input type="checkbox"/> Síndrome de ovario poliquístico | <input type="checkbox"/> Dilatación y Legrado |
| <input type="checkbox"/> Bulto en el seno | <input type="checkbox"/> Útero prolapsado | <input type="checkbox"/> Histerectomía |
| <input type="checkbox"/> Cistocele | <input type="checkbox"/> Infección vaginal recurrente | <input type="checkbox"/> Extirpación de fibromas uterinos |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Ooforectomía bilateral | <input type="checkbox"/> Cirugía de vejiga |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria | <input type="checkbox"/> Otro: | |

Historia clínica

¿Alguna vez ha tenido, o tiene alguno de los siguientes:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Golpe |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Trastorno mental | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (incluir tipo) _____ | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar/TVP | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (incluir tipo) _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de hipercoagulabilidad | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo | |

Historia Quirúrgica

¿Alguna vez le han realizado lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angioplastia | <input type="checkbox"/> Bypass gástrico |
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia |
| <input type="checkbox"/> Artroscopia | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda | <input type="checkbox"/> Otro: |

Antecedentes familiaresPadre Vivo y bien Fallecido – ¿Causa? _____Madre Viva y bien Fallecido - ¿Causa? _____**¿Alguna vez ha tenido algún pariente consanguíneo? (Verifique y enumere quién)**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Diabetes (incluir tipo) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Nefropatía |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (incluir tipo) | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> Células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Coagulopatía | <input type="checkbox"/> Dilatación y Legrado |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Otro: | |

Historia Social**Consumo de tabaco** (marque uno) Ex-fumador Nunca usado Usuario actual Masticador**Consumo de alcohol** No Sí - Frecuencia Diario Semanal Mensual Ocasionalmente Raramente**Consumo de drogas recreativas** No Sí - Marihuana Metanfetamina Cocaína Heroína Opiáceos Otros: