FAMILY HEALTHCARE OF HAGERSTOWN

201 S. Cleveland Avenue
Hagerstown, MD 21740
301.745.3777 – www.familyhch.org

_____ Medicina Familiar
_____ Wells House
_____ Clínica Dental/ Móvil
Escuela a la que asiste el niño _____

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Género al nacer [ ] Masculino [ ] Femenino [ ] No diferenciado	¿Quién es su Proveedor Médico?

Dirección de la Casa:	Ciudad	Estado	Código Postal

Dirección de Correo:	Ciudad	Estado	Código Postal

Dirección de Correo Electrónico:	¿Es usted transgénero? [ ] Sí [ ] No Si la respuesta es Sí: [ ] De Hombre a Mujer [ ] De Mujer a Hombre

Teléfono Celular:	Teléfono de la Casa:	¿Cuál es su estado civil? (Marque uno)		
		[ ] Casado	[ ] Divorciado	[ ] Separado Legalmente
		[ ] Viudo	[ ] Pareja de Hecho	[ ] Anulación
¿Es estudiante? [ ] Tiempo Completo [ ] Tiempo Parcial [ ] No es estudiante	¿Fumador? [ ] Sí [ ] No	[ ] Interlocutoria	[ ] Poligamia	[ ] Desconocido

¿Usted trabaja? [ ] Sí [ ] No Si la respuesta es Sí, ¿Quién es su empleador? ¿Cuál es su Ocupación?

Seleccione una: [ ] Asiático [ ] Nativo de Hawái [ ] Otras Islas del Pacífico [ ] Negro/ Afroamericano [ ] Indígena Americano/ Nativo de Alaska [ ] Blanco [ ] Más de una raza [ ] Declina especificar

Seleccione una: [ ] No es Hispano/Latino [ ] Hispano/Latino [ ] Declina Especificar [ ] Desconocido/No reportado

Lenguaje preferido:	¿Necesita a un intérprete? [ ] Sí [ ] No

CONTACTOS DE EMERGENCIA POR SI NO PUEDO SER LOCALIZADO:

Fecha:	Contacto de Emergencia/Designado: (Cónyuge, Amigo, Tutor Legal, o Padre (si el paciente es menor de edad))	
	Relación:	Número de Teléfono
Fecha:	Contacto de Emergencia/Designado: (Cónyuge, Amigo, Tutor Legal, o Padre (si el paciente es menor de edad))	
	Relación:	Número de Teléfono:

GARANTE/ RESPONSABLE:

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Dirección:	Ciudad	Estado	Código Postal

Número de Teléfono:	Relación con el paciente:	Género: [ ] Masculino [ ] Femenino	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO:

Nombre de la Compañía del Seguro:		Póliza #
Nombre del Titular de la Póliza	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:	No. S.S. del Titular de la Póliza:
Empleador:		No. de Grupo

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL:

Nombre de la Compañía del Seguro:		Póliza #
Nombre del Titular de la Póliza	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:	No. S.S. del Titular de la Póliza:
Empleador:		No. de Grupo

¿Tiene un proveedor con el que le gustaría programar una cita? Si es así, ¿quién? _____

- Autorizo a Family Healthcare of Hagerstown a divulgar cualquier información relacionada con mi tratamiento, exámenes y/o resultados clínicos a los Contactos de Emergencia mencionados anteriormente.
- Autorizo a Family Healthcare of Hagerstown a dejar mensajes en cualquier número de teléfono proporcionado, relacionados con recordatorios de citas y/o resultados o información clínica.
- Mi firma a continuación indica que toda la información proporcionada en este formulario es auténtica y correcta.

_____ Paciente/Padre/Tutor Legal

_____ Fecha

Walnut Street Community Health Center, Inc. opera como Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe fondos a través de Salud y Servicios Humanos (HHS) y es una entidad subvencionada bajo 42 del Código de los Estados Unidos 254b. El FHH está acreditado por los Servicios de Salud Pública (PHS) Federal en relación con ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con reclamaciones de salud según 42 del Código de Estados Unidos 233(g)-(n). Esto incluye reclamos por negligencia médica para sí mismo y los individuos bajo esta cobertura. El FHH es una organización sin fines de lucro según la sección 501(c)3 del Código del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

FAMILY HEALTHCARE OF HAGERSTOWN

Family Healthcare of Hagerstown
201 S. Cleveland Avenue
Hagerstown, MD 21740
301.745.3777 - www.familyhch.org

Centro Médico Comunitario
Información de UDS (Sistema de Datos Uniforme)

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

Para continuar ofreciendo la variedad de servicios que ofrecemos en Family Healthcare of Hagerstown y continuar recibiendo la financiación mediante subvenciones, se nos requiere que recolectemos información de cada persona que reciba atención. La información es informada como un número total y no es informada sobre pacientes individuales:

1) ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____
   ¿Cuáles son los ingresos anuales de todos los familiares en su hogar? _____

2) ¿Alguna vez usted o alguien en su familia realizó trabajo agrícola (granja) en los últimos 3 años?
   ❑Sí ❑No

3) De ser así, ¿era trabajo agrícola migrante en el cual viajaba de pueblo en pueblo sin establecer una residencia permanente?
   ❑Sí ❑No

4) De ser así, ¿era trabajo agrícola estacional en el cual viajaba y trabajada por estación y ha establecido una residencia en la misma área?
   ❑Sí ❑No

5) ¿Está usted sin hogar?
   ❑Sí ❑No

6) De ser así, ¿dónde se quedó/durmió anoche?
   ❑Compartiendo hogar ❑Refugio
   ❑Calle (incluyendo auto u otro vehículo) ❑Transitorio (incluyendo hotel/motel)
   ❑Desconocido

7) ¿Vive en una vivienda pública?
   ❑Sí ❑No

8) ¿Es usted un veterano?
   ❑Sí ❑No

9) ¿Cuál es su profesión o trabajo? _____

Gracias por brindar esta información imporante. Esta asegurará que podamos brindarle servicios y programas valiosos en el futuro.

Iniciales del Personal de FHH: _____

Walnut Street Community Health Center, Inc. opera en el mercado como Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe financiación mediante Servicios de Salud y Servicios Humanos (HHS) y es un beneficiario bajo el título 42 U.S.C. 254b. FHH tiene un estado considerado como Servicios de Salud Pública Federal (PHS) relacionado a ciertos reclamos de salud y relativos a la salud bajo el título 42 U.S.C. 233(g)-(n). Esto incluye los reclamos de negligencia médica para sí mismo y sus individuos con cobertura. FHH es una organización sin fines de lucro bajo la sección 501(c)3 del Código IRS. Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

FAMILY HEALTHCARE OF HAGERSTOWN

201 South Cleveland Avenue, Hagerstown, MD 21740
301.745.3777 ~ www.familyhch.org

Formulario de consentimiento

Consentimiento para tratamiento:

Doy mi consentimiento para el tratamiento y los procedimientos que se pueden llevar a cabo durante mi cita. Tengo derecho a tomar decisiones informadas acerca de mi atención sanitaria, incluyendo negarme a un tratamiento o procedimiento. Entiendo que alumnos de medicina pueden participar en mi atención médica.

Consentimiento para compartir informes médicos/datos de salud personales

Entiendo que mis informes médicos y/o los datos de salud personales relacionados pueden ser compartidos con los diferentes departamentos del centro de Salud Familiar de Hagerstown y también con instituciones que ayuden en mi atención sanitaria. Solo se compartirá esta información para ayudar en la evaluación y en la gestión de mis cuidados sanitarios. Algunos ejemplos podrían ser información relacionada con/de farmacias, laboratorios, y derivación a especialistas.

Entiendo que en cualquier momento durante el curso de mi tratamiento médico, si se requiere una derivación a un especialista, ciertos resultados de laboratorio y/o detalles del informe médico podrían ser enviados al especialista. Eso solamente se realizará para ayudar en mi evaluación integral.

Hemos decidido participar en el Sistema de Información Regional de Chesapeake para Nuestros Pacientes, Inc. (CRISP por sus siglas en inglés), un intercambio de información de salud a nivel estatal. Tal como establece la ley, sus datos de salud serán compartidos en este intercambio con el fin de proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y ayudar a los profesionales de la salud y a los funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Puede «optar por no participar» y desactivar cualquier acceso a sus datos de salud disponibles a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando y enviando un formulario de *No Participación* a CRISP por correo, fax o a través de su página www.crisphealth.org

Confidencialidad

Entiendo que el centro de Salud Familiar de Hagerstown adopta unas políticas muy estrictas en lo relacionado con la privacidad y confidencialidad de mis datos de salud. Se me ha informado de los Avisos acerca de las Prácticas de Privacidad.

Autorización y asignación de seguro médico:

Entiendo que todos los costes se deben pagar en el momento en que se prestan los servicios profesionales/médicos. Autorizo al centro de Salud Familiar de Hagerstown y a todas sus entidades a proporcionar información a mis compañías de seguros acerca de mi enfermedad y tratamientos. Para los servicios proporcionados y presentados a mi compañía de seguros, autorizo por la presente el pago de beneficios médicos a Walnut Street Community Health Center, Inc., que opera bajo el centro de Salud Familiar de Hagerstown. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro, incluyendo copagos y otros honorarios.

Entiendo que hay un programa de Ayuda Económica para las personas que cumplen con los requisitos.

Acuse de recibo de las directrices, derechos y responsabilidades del paciente:

He recibido las directrices de información al paciente y los derechos y responsabilidades del paciente, y estoy de acuerdo en cumplir con las políticas del centro de Salud Familiar de Hagerstown.

Voluntades anticipadas

Las Voluntades anticipadas consisten en un formulario que usted completa indicando hasta qué punto quiere recibir tratamiento, en el supuesto que llegue en un momento en que sea incapaz de responder. ¿Tiene Voluntades anticipadas? ❑ Sí ❑ No

¿Quién cuida del paciente en el día a día? ❑ Yo mismo/el paciente ❑ Familiar ❑ Otra persona

Si es otra persona, por favor facilite su nombre u número de teléfono:_____

Tutor legal/Representante legal del paciente

¿Tiene el paciente un Tutor Legal o un Representante Legal? (Una persona que ha designado el paciente, la familia o los tribunales para tomar decisiones de salud en lugar del paciente si este es incapaz de tomarlas por sí mismo). ❑Sí ❑ No

Si la respuesta es sí, debemos tener una copia para nuestros registros.

Nombre:_____Relación:_____Teléfono: _____

Entiendo que este consentimiento y esta información, en su totalidad, permanecerán en vigor mientras continúe recibiendo asistencia médica en el centro de Salud Familiar de Hagerstown.

_____ _____

Firma del paciente/Padre/Madre/Tutor Legal Fecha

_____ _____

Nombre del Paciente (letras de imprenta) Firma del Testigo

Consentimiento para la administración de óxido nitroso

El objetivo de este Consentimiento Informado es dar la oportunidad a los pacientes, padres o tutores legales de que entiendan y den su consentimiento para el uso de óxido nitroso cuando sea necesario durante tratamientos bucodentales.

- El óxido nitroso, comúnmente llamado «gas de la risa», proporciona relajación, aunque el paciente estará despierto, plenamente consciente de lo que ocurre a su alrededor y será capaz de responder racionalmente a las preguntas y a las instrucciones que reciba.
- El óxido nitroso no es imprescindible para proporcionar el tratamiento bucodental necesario.
- El propósito del óxido nitroso es hacer que el paciente esté más cómodo para recibir el tratamiento necesario con menos dolor y/o ansiedad.
- El óxido nitroso tiene una serie de limitaciones y se administrará por inhalación. Los riesgos y el éxito de su aplicación no están garantizados.
- Me han explicado completamente los detalles acerca del óxido nitroso, incluyendo todos los riesgos que conlleva. He sido totalmente informado de que las complicaciones temporales pueden incluir, entre otras: hormigueo en los dedos de las manos, los pies, las mejillas, los labios, la lengua, la cabeza o el área del cuello; pesadez en los muslos y/o las piernas, seguida de una sensación de pesadez más ligera como si fuese un mareo; resonancias de la voz o la presencia de un tono de voz muy nasal; una sensación de calidez a través de todo el cuerpo con las mejillas sonrojadas; arrebatos de risa o vértigo incontrolable; se puede producir una sensación de desapego o disociación del entorno; sensación de ligereza o de estar flotando, acompañada de la sensación de estar «fuera del cuerpo»; lentitud en el movimiento y dificultad para hablar y/o repetición de palabras; sensación de náuseas; vómitos; agitación; y/o alucinaciones. Todas estas complicaciones tienen carácter temporal.

  Al firmar confirmo que he leído el consentimiento para la administración del óxido nitroso y que doy mi permiso para me sea administrado a mi o a mi hijo/a si fuese necesario. He informado al dentista del historial médico completo tanto mío como de mi hijo/a, incluyendo cualquier cirugía reciente o cambio en su historial médico que incluya infecciones pulmonares, respiratorias, de oído o resfriados comunes. También he informado al dentista de si yo estoy embarazada o si mi hija lo está. Entiendo que para todos los seguros privados, la sedación con óxido nitroso no está cubierta. Estoy de acuerdo en que seré responsable de la cuota de 63 dólares a menos que esté en la plantilla de los 40 dólares a través del FHH. Estoy de acuerdo en pagar por este tratamiento en el momento de recibir el servicio.

_____ _____

Firma del paciente/Padre/Madre/Tutor Legal Fecha

Walnut Street Community Health Center, Inc. opera como Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe fondos a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS por sus siglas en inglés) y es beneficiario bajo el Art. 42 U.S.C. 254b. El FHH tiene Servicios Federales de Salud Pública (PHS, por sus siglas en inglés) considerados como relacionados con ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud bajo el Art 42 del U.S.C. 233 Esto incluye reclamaciones por negligencia médica para sí mismo y para las personas cubiertas. El FHH es una organización sin ánimo de lucro bajo la sección 501(c)3 del Código del IRS. Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades. Revisado: 04.2019

Elija un servicio:

Práctica dental ☐
Práctica familiar ☐
Ambos ☐

FAMILY HEALTHCARE OF HAGERSTOWN

201 S. Cleveland Ave, Hagerstown, MD 21740

Family Healthcare of Hagerstown ha adoptado un Programa de Asistencia Financiera para todos los pacientes, sin importar la incapacidad de pago. Ofrecemos un descuento de tarifa variable según el tamaño de la familia y el ingreso familiar total. El ingreso máximo actual por familia se puede obtener llamando al Consejero de Inscripción/Extensión al 301-393-3467.

Complete totalmente ambos lados de esta solicitud, firme el formulario y devuélvalo con los documentos requeridos a:

Family Healthcare of Hagerstown
Atención: Consejero de inscripción/Extensión
201 S. Cleveland Ave
Hagerstown, MD 21740

Tenga en cuenta que la información brindada en esta solicitud es válida por un año. Los pacientes son responsables de completar una nueva solicitud antes del vencimiento de su solicitud actual.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ No. de SS _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____# teléfono celular/casa _____

¿Cuánto tiempo ha estado en esta dirección? _____Número de personas en el hogar _____

Haga una lista con los nombres de los miembros del hogar: Relación
(Indique los miembro del hogar que sean dependientes. El dependiente se define como alguien que figura en su formulario de impuesto federal sobre la renta)

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

Estado civil: __ Casado __ Soltero __ Divorciado __ Separado __ Viudo

Lugar de empleo del paciente _____ ¿Cuánto tiempo ha estado trabajando allí? ___

Empleo del cónyuge/otro empleo _____¿Cuánto tiempo ha estado trabajando allí? ___

Otro empleo _____

¿Está desempleado? ___ Sí ___ No En caso afirmativo, ¿recibe ingresos por desempleo? ___ Sí ___ No
En caso afirmativo, ¿de qué estado recibe beneficios de desempleo? ___MD, ___PA, ___WV
¿Es usted elegible para asistencia médica? ___ Sí ___ No Puede ser elegible si está: discapacitado, tiene hijos en la familia menores de 18 años o está embarazada.
En caso afirmativo, ¿ha solicitado asistencia médica? __Sí __No En caso afirmativo, en qué estado: MD, PA, WV
En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado? __Aprobado __ Denegado Si fue denegado en los últimos 90 días,
ID de Medicaid # _____ adjunte una copia de la carta de rechazo.

ASEGÚRESE DE COMPLETAR AMBOS LADOS DEL FORMULARIO

Walnut Street Community Health Center, Inc. opera como Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe fondos a través de Salud y Servicios Humanos (HHS) y es un concesionario bajo 42 U.S.C. 254b. FHH tiene Servicios Federales de Salud Pública (PHS) considerados un estado relacionado con ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud en virtud de 42 U.S.C. 233 (g)-(n). Esto incluye reclamos de negligencia médica para sí misma y sus individuos cubiertos. FHH es una organización sin fines de lucro bajo la sección 501(c)3 del Código del IRS. Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Estado de ingresos:

Salario bruto mensual $ _____ Ingresos del cónyuge/otros $ _____

Salario bruto mensual $ _____ Seguro social $ _____

Desempleo $ _____ Discapacidad $ _____

Otros ingresos $ _____ Manutención infantil $ _____

Ingresos de inversión $ _____ Pensión $ _____

Total de ingresos familiares anuales $ _____

*** Se requiere comprobante de ingresos. La solicitud no se procesará a menos que se proporcionen los siguientes documentos:**

_____ Talones de pago de los últimos 30 días
_____ Estados de cuenta de compensación por desempleo
_____ Estados de cuenta de pensiones
_____ Estado de cuenta de discapacidad
_____ Estado de cuenta de manutención infantil
_____ Estado de cuenta de pensión alimenticia
_____ Estado de cuenta de seguro social
_____ Ganancias de trabajo por cuenta propia para negocios
_____ Formulario 1040 de impuesto federal sobre la renta, actual y firmado No presentó impuestos __
_____ Si no hay ingresos, explicación de cómo se pagan los gastos de subsistencia. Si alguien más lo está ayudando, esa persona deberá escribir una declaración. La declaración **debe incluir la firma** de la persona que hace la declaración, la fecha y el número de teléfono donde se pueda localizar.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa y se puede verificar su exactitud. Entiendo que la falsificación intencional y la omisión de información contenida en esta solicitud resultará en la negación de la asistencia financiera.

Firma del solicitante _____ Fecha_____

Autorizo a FHH a enviar información financiera proporcionada por mí y obtenida de otras organizaciones a Meritus Medical Laboratory y/o Quest Diagnostics para determinar la elegibilidad para el programa de asistencia.

Firma del solicitante _____ Fecha_____

To Be Completed by FHH – Do Not Write Below This Line (Para ser completado por FHH - No escriba debajo de esta línea)

Received by _____ Date _____

Approved by _____ Date _____ Category _____

Period Approved _____ to _____

FP/MH Fee _____
Dental Fee _____/_____
Insurance_____

Revisado el 8/2019

HISTORIAL DENTAL/MÉDICO

FAMILY HEALTHCARE OF HAGERSTOWN

Nombre del paciente: _____ Fecha actual: _____

Dentista anterior: _____ Fecha de nacimiento: _____

Motivo de la visita: _____ Fecha de la última visita dental: _____

HISTORIAL DENTAL PARA TODOS LOS PACIENTES DENTALES:

Alguna vez tuvo algo de lo siguiente:

Mal aliento	☐	Sí	☐	No	Mordida de labio o mejilla	☐	Sí	☐	No
Encías sangrantes	☐	Sí	☐	No	Dientes sueltos o empastes rotos	☐	Sí	☐	No
Ampollas en labios o boca	☐	Sí	☐	No	Respiración bucal	☐	Sí	☐	No
Sensación de ardor en la lengua	☐	Sí	☐	No	Dolor bucal, al cepillar	☐	Sí	☐	No
Fumar cigarillos, pipas, o cigarros	☐	Sí	☐	No	Tratamiento de ortodoncia	☐	Sí	☐	No
Mandíbula con crujidos o chasquidos	☐	Sí	☐	No	Dolor alrededor de la oreja	☐	Sí	☐	No
Sequedad bucal	☐	Sí	☐	No	Tratamiento periodontal (encías)	☐	Sí	☐	No
Acumulación de alimento entre los dientes	☐	Sí	☐	No	Sensibilidad a caliente/frío/dulces	☐	Sí	☐	No
Rechinamiento de dientes	☐	Sí	☐	No	Sensibilidad al morder	☐	Sí	☐	No
Hinchazón o sensibilidad en las encías	☐	Sí	☐	No	Úlceras o tumores en la boca	☐	Sí	☐	No
Dolor o cansancio de mandíbula	☐	Sí	☐	No					

¿Con qué frecuencia usa hilo dental? Una vez al día Dos veces al día Varias veces al día Nunca Otro

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? Una vez al día Dos veces al día Varias veces al día Nunca Otro

HISTORIAL MÉDICO PARA TODOS LOS PACIENTES DENTALES:

Nombre del médico: _____ Fecha de la última visita: _____

Alguna vez tuvo algo de lo siguiente:

SIDA/VIH	☐	Sí	☐	No	Enfermedad renal	☐	Sí	☐	No
Anemia	☐	Sí	☐	No	Trastornos de aprendizaje/problema de conducta	☐	Sí	☐	No
Artritis/Reumatismo	☐	Sí	☐	No	Enfermedad hepática/hepatitis/ictirecia	☐	Sí	☐	No
Válvulas cardíacas artificiales	☐	Sí	☐	No	Presión arterial baja	☐	Sí	☐	No
Articulaciones artificiales	☐	Sí	☐	No	Sarampión, paperas, varicela	☐	Sí	☐	No
Asma	☐	Sí	☐	No	Problema nervioso	☐	Sí	☐	No
Problemas de espalda	☐	Sí	☐	No	Marcapasos	☐	Sí	☐	No
Trastornos hemorrágicos	☐	Sí	☐	No	Abuso físico	☐	Sí	☐	No
Cáncer	☐	Sí	☐	No	Neumonía	☐	Sí	☐	No
Dependencia química	☐	Sí	☐	No	Cuidado psiquiátrico	☐	Sí	☐	No
Quimioterapia	☐	Sí	☐	No	Tratamiento por radiación	☐	Sí	☐	No
Problemas circulatorios	☐	Sí	☐	No	Enfermedad respiratoria	☐	Sí	☐	No
Lesiones cardíacas congénitas	☐	Sí	☐	No	Enfermedad de transmisión sexual	☐	Sí	☐	No
Tratamientos de cortisona	☐	Sí	☐	No	Dificultad para respirar	☐	Sí	☐	No
Tos, persistente o con sangre	☐	Sí	☐	No	Problema sinusal	☐	Sí	☐	No
Diabetes (tipo)	☐	Sí	☐	No	Erupción cutánea	☐	Sí	☐	No
Enfisema	☐	Sí	☐	No	Dieta especial	☐	Sí	☐	No
¿Usa lentes de contacto?	☐	Sí	☐	No	Derrame	☐	Sí	☐	No
Epilepsia/convulsiones	☐	Sí	☐	No	Pies o tobillos hinchados	☐	Sí	☐	No
Desmayo/mareos	☐	Sí	☐	No	Problemas estomacales/vómito frecuente	☐	Sí	☐	No
Resfriados o infecciones del oído frecuentes	☐	Sí	☐	No	Problemas de tiroides	☐	Sí	☐	No
Glaucoma	☐	Sí	☐	No	Amigdalitis/faringitis estreptocócica frecuente	☐	Sí	☐	No
Dolores de cabeza	☐	Sí	☐	No	Transfusiones	☐	Sí	☐	No
Afecciones cardíacas/soplo	☐	Sí	☐	No	Tuberculosis	☐	Sí	☐	No
Hepatitis (tipo)	☐	Sí	☐	No	Tumor o neoplasia en la cabeza o cuello	☐	Sí	☐	No
Herpes	☐	Sí	☐	No	Úlcera	☐	Sí	☐	No
Hipertensión	☐	Sí	☐	No	Pérdida de peso	☐	Sí	☐	No
Problemas inmunológicos	☐	Sí	☐	No	Otro _____				

Medicamentos

Por favor, liste todos los medicamentos que actualmente toma y el motivo por el cual lo está tomando:

Medicamento	Motivo

¿Alguna vez usó medicamentos de bifosfonato? (Fosamax, Actonel, Atelvia, Didronel, Boniva, ETC.) ☐ Sí ☐ No

Alergias

Aspirina	☐	Sí	☐	No	Anestesia local	☐	Sí	☐	No
Píldoras para dormir	☐	Sí	☐	No	Penicilina	☐	Sí	☐	No
Codeína	☐	Sí	☐	No	Sulfa	☐	Sí	☐	No
Yodo	☐	Sí	☐	No	Otro: _____	☐	Sí	☐	No
Látex	☐	Sí	☐	No					

INFORMACIÓN MÉDICA SOLO PARA PACIENTES DENTALES FEMENINOS:

¿Está embarazada?	☐	Sí	☐	No
¿Está en lactancia?	☐	Sí	☐	No
¿Está tomando píldoras anticonceptivas?	☐	Sí	☐	No

De ser así, fecha posible de parto: _____

INFORMACIÓN MÉDICA PARA PACIENTES DENTALES MENORES DE 14 AÑOS DE EDAD:

¿Es esta la primera visita del niño al dentista?	☐	Sí	☐	No
¿Su hijo cepilla sus dientes por su cuenta?	☐	Sí	☐	No
¿Su hijo usa hilo dental?	☐	Sí	☐	No
¿Ayuda a su hijo a cepillarse sus dientes?	☐	Sí	☐	Fecha: _____
¿Las encías de su hijo sangran al cepillarse?	☐	Sí	☐	Fecha: _____
¿Su hijo tuvo algún trauma de dientes, boca, o rostro?	☐	Sí	☐	Fecha: _____
¿Tiene agua fluorada?	☐	Sí	☐	No

¿Su hijo fue prematuro?	☐	Sí	☐	No
¿Su hijo nació con algún defecto congénito?	☐	Sí	☐	No
¿Su hijo fue amamantado?	☐	Sí	☐	No
¿Su hijo fue alimentado con biberón?	☐	Sí	☐	No
¿Su hijo asiste a clases o escuelas especiales?	☐	Sí	☐	No

¿Alguna vez su hijo fue hospitalizado?	☐	Sí	☐	No
¿Alguna vez su hijo estuvo en la sala de emergencias?	☐	Sí	☐	No
¿Alguna vez su hijo tuvo anestesia general?	☐	Sí	☐	No

En caso positivo a alguna de las anteriores, por favor, explique:

_____ _____

Firma del paciente o tutor Fecha

_____ _____

Nombre en letra de molde del paciente Fecha de nacimiento del paciente

Walnut Street Community Health Center, Inc. opera en el mercado como Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe financiación mediante Servicios de Salud y Servicios Humanos (HHS) y es un beneficiario bajo el título 42 U.S.C. 254b. FHH tiene un estado considerado como Servicios de Salud Pública Federal (PHS) relacionado a ciertos reclamos de salud y relativos a la salud bajo el título 42 U.S.C. 233(g)-(n). Esto incluye los reclamos de negligencia médica para sí mismo y sus individuos con cobertura. FHH es una organización sin fines de lucro bajo la sección 501(c)3 del Código IRS. Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

FAMILY HEALTHCARE OF HAGERSTOWN

Family Healthcare of Hagerstown
201 S. Cleveland Avenue, Hagerstown, MD 21740
T: 301-745-3777
www.familyhch.org

Derechos y responsabilidades del paciente

Derechos del paciente:

1. Tiene el derecho a recibir un cuidado de calidad centrado en el paciente en Family Healthcare of Hagerstown.
2. Tiene el derecho a un tratamiento sensible a sus valores personales, y origen étnico y cultural.
3. Tiene el derecho a recibir una explicación de su diagnóstico y plan de tratamiento.
4. Tiene el derecho a recibir la información necesaria para tomar decisiones informadas, y a rechazar un tratamiento.
5. Tiene el derecho a la confidencialidad.
6. Tiene el derecho a revisar los registros médicos creados y mantenidos por Family Healthcare of Hagerstown.
7. Tiene el derecho a conocer los nombres y cargos de las personas que participan en su atención.
8. Tiene el derecho a recibir una explicación de todos los gastos.
9. Tiene el derecho a presentar una queja.
10. Tiene el derecho a elegir su proveedor.

Responsabilidades del paciente:

1. Tiene la responsabilidad de conocer y saber las reglas de Family Healthcare of Hagerstown como lo indica por su firma.
2. Tiene la responsabilidad de ser considerado y respetuoso de otros pacientes, visitantes, y personal.
3. Tiene la responsabilidad de participar en su cuidado y tratamiento.
4. Tiene la responsabilidad de hacer preguntas si no entiende su diagnóstico o plan de tratamiento.
5. Tiene la responsabilidad de dar información correcta y actualizada sobre lo siguiente: información de salud, estado financiero, seguro, nombre, y de contacto.
6. Tiene la responsabilidad de pagar la cuenta por los servicios recibidos.
7. Tiene la responsabilidad de dar a su proveedor un aviso con 72 horas de antelación por reposición de recetas.
8. Tiene la responsabilidad de llegar a horario a las citas.
9. Es responsable de seguir las Pautas de Información del paciente para cancelar o reprogramar una cita.
10. Tiene la responsabilidad de usar los medicamentos como se recetaron.

Walnut Street Community Health Center, Inc. opera en el mercado como Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe financiación mediante Servicios de Salud y Servicios Humanos (HHS) y es un beneficiario bajo el título 42 U.S.C. 254b. FHH tiene un estado considerado como Servicios de Salud Pública Federal (PHS) relacionado a ciertos reclamos de salud y relativos a la salud bajo el título 42 U.S.C. 233(g)-(n). Esto incluye los reclamos de negligencia médica para sí mismo y sus individuos con cobertura. FHH es una organización sin fines de lucro bajo la sección 501(c)3 del Código IRS. Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Revisado 04.2019

FAMILY HEALTHCARE OF HAGERSTOWN

Family Healthcare of Hagerstown
201 S. Cleveland Avenue, Hagerstown, MD 21740
T: 301-745-3777
www.familyhch.org

Pautas de Información del paciente

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y compartir la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. El Aviso de prácticas de privacidad de Family Healthcare of Hagerstown está disponible a pedido.

Cancelar citas

Si debe cancelar una cita, le requerimos que llame hasta las 12:00 p. m. del día previo a su cita. Cualquier cita cancelada después de esa hora será considerada como ausencia.

Ausencias

Si tiene 3 Ausencias dentro de un periodo de 6 meses, ya no podrá programar una cita con antelación. Deberá utilizar la programación el mismo día para todas las visitas.

Solicitudes de medicamentos

Requerimos 3 días hábiles para procesar todas las solicitudes de medicamentos.

Si necesita una reposición de su medicamento, por favor, llame a la Línea de recetas al 301-745-3777 y deje su nombre, fecha de nacimiento, nombre del medicamento, dosis, su número de teléfono y a qué farmacia le gustaría que se envíe la solicitud.
Las prescripciones narcóticas deben ser retiradas en nuestro consultorio por el paciente. Si por algún motivo el paciente no puede presentarse en nuestro consultorio, la persona que retire la receta debe tener una nota por escrito por el paciente autorizando la retirada de la receta. Esa persona también debe producir una identificación fotográfica. Si llegan sin una nota por escrito o identificación fotografica, no podemos entregar la receta.

Pruebas pedidas y Resultados

Por favor, complete sus pruebas dentro de los 7-10 días después de su cita, a menos que su proveedor le asigne una fecha diferente. Los resultados de las pruebas serán entregados a domicilio dentro de 14 días hábiles.

Remisiones

Si tiene una cita con un especialista, debe llamar a nuestro consultorio al menos 3 días hábiles previos a su cita para solicitar la remisión. No se aceptarán las remisiones con menos tiempo. Si tiene una cita con un especialista

y no puede asistir a la cita, debe llamar a su consultorio y cancelar. Muchos especialistas no verán a pacientes después de faltar a una cita sin llamarlos con antelación.

Formularios

Los formularios usualmente toman 7-10 días hábiles para ser revisados/completados por un proveedor. El proveedor revisará el formulario y, si determina que se necesita una cita antes de poder completar el formulario, le llamará para programar una cita.

Fumar y Alcohol

Entiendo que Family Healthcare of Hagerstown, incluyendo el estacionamiento y la entrada, es una instalación libre de humo, incluyendo cigarrillos electrónicos. No se permitirá alcohol en el edificio. Cualquier persona que se presente intoxicada no será atendida por un proveedor y se le pedirá que abandone el edificio. Acepto cumplir esta política.

Armas y Violencia

Es política de Family Healthcare of Hagerstown brindar un entorno seguro, libre de amenazas de violencia. No se permitirá ningún tipo de armas en el edificio. A cualquier persona con posesión de armas se le pedirá que se retire y será dada de alta del consultorio. Family Healthcare of Hagerstown no tolerará amenazas, acoso, comportamiento agresivo o violento, u otro tipo de comportamiento inadecuado hacia su personal, pacientes, o visitantes. Acepto cumplir esta política.

Cómo contactar con un proveedor durante y después de horas de oficina

Los proveedores de Family Healthcare of Hagerstown pueden ser contactados las 24 horas del día/7 días a la semana llamando al 301-745-3777.

Medical Home centrado en el paciente

Medical Home es un enfoque innovador, basado en equipo para brindar servicios de atención médica dentro de su consultorio médico actual. El paciente, su médico de cabecera, y un equipo del personal del consultorio, coordinarán para brindarle los mejores servicios de atención médica. Para que coordinemos su atención, por favor, haga saber al personal si consulta a otro profesional de salud fuera de Family Healthcare of Hagerstown. Además, por favor, haga recordar al profesional de salud que visita, que nos envíe los informes sobre su atención y tratamiento.

FAMILY HEALTHCARE OF HAGERSTOWN

Centro de Saludo Familiar de Hagerstown
Atención familiar y atención bucodental

201 S. Cleveland Avenue
Hagerstown, Maryland 21740
301-745-3777

Por la presente, doy mi permiso para que se administre cualquier atención médica/bucodental que sea necesaria a mi hijo_____, bajo la supervisión de la(s) persona(s) indicada(s) a continuación durante un (1) año a partir de la fecha indicada.

_____
Padre, madre o tutor legal (nombre en letras de imprenta)

_____
Padre, madre o tutor legal (firma) Fecha

Dirección:

_____

_____

Teléfono: (Casa)_____(Trabajo)_____(Celular/móvil)_____

Se autoriza a la(s) siguiente(s) persona(S)

1. Nombre:_____
2. Nombre:_____
3. Nombre:_____
4. Nombre:_____

Walnut Street Community Health Center, Inc. opera como Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe fondos a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS por sus siglas en inglés) y es beneficiario bajo el Art. 42 U.S.C. 254b. El FHH tiene Servicios Federales de Salud Pública (PHS, por sus siglas en inglés) considerados como relacionados con ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud bajo el 42 U.S.C. 233(g)-(n). Esto incluye reclamaciones por negligencia médica para sí mismo y para las personas cubiertas. El FHH es una organización sin ánimo de lucro bajo la sección 501(c)3 del Código del IRS. Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Revisado: 05/2019

FAMILY HEALTHCARE OF HAGERSTOWN

301.745.3777 ~ www.familyhch.org

Fecha de Solicitud_____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA IDENTIFICABLE DEL PACIENTE

Este formulario de autorización está diseñado para cumplir con los requisitos de los reglamentos federales de privacidad emitidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos en 42 CFR 164.508 y el Código Anotado de Maryland, Título 10, Artículo General de Salud 4-301-4-307.

Por la presente autorizo a Family Healthcare of Hagerstown a_____**liberar**_____**para obtener de:**

_____

(Nombre del médico y del consultorio, hospital, abogado, compañía de seguros, etc.)

_____

(Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal) (Número de Teléfono)

La siguiente información de salud de los registros médicos de:

_____ _____ _____

Nombre del Paciente Fecha de Naciento Número de Seguro Social

Información específica que debe divulgarse:

□ Registro Completo
□ Resultados de la Prueba (especifique) _____
□ Otro (especifique) _____
□ Limitaciones (especifique) _____

□ Historial y Examen Físico Más Reciente, Resumen del Alta, Informe Operativos(s), y Consultas(s)
□ Registro Dental

Información específica que debe divulgarse: Pacientes Nuevos

□ Notas más recientes de Office
□ Todos los resultados de laboratorio en un plazo de 1 año
□ Mamografía y Papanicolaou
□ Consultas Activas
□ Colonoscopia
□ Todos los informes de radiología

Información Específica que debe divulgarse: Salud Mental

□ Registro Completo □ Lista de Medicamentos □ Notas sobre la Terapia □ Notas de Progreso
□ Limitaciones (especifique) _____ □ Otro (especifique) _____

Esta información de salud es necesaria para:

□ Uso Personal □ Continuación de Atención Médica/Dental □ Escuela □ Seguro
□ Razones Legales □ Seguro Social/Discapacidad □ Militar □ Otro _____

Yo sí___ No_____deseo que se divulgue información sobre VIH/SIDA bajo esta autorización.

Yo sí____No_____deseo que se divulguen los registros de salud mental bajo esta autorización.
Yo sí____No_____deseo que información sobre el tratamiento de abuso de drogas/alcohol se divulgue bajo esta autorización.

También entiendo que la persona que da la autorización por medio de una notificación escrita y fechada a Family Healthcare of Hagerstown puede revocar esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza. Esta autorización expira un año después de la fecha de la firma, a menos que especifique lo contrario o la revoque.

Entiendo que una vez que la información anterior es divulgada, puede ser divulgada de nuevo por el receptor y las leyes o regulaciones federales de privacidad pueden no proteger la información.

Entiendo que autorizar el uso o divulgación de la información de salud identificada anteriormente es voluntario. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento médico.

Entiendo que se me puede cobrar por las copias de mi información médica.

Si usted está transfiriendo la atención, por favor díganos su razón. Gracias. _____

Firma del padre/albacea/representante legal	Fecha	Firma del Paciente	Fecha
Testigo	Fecha	Testigo	Fecha

Walnut Street Community Health Center, Inc. hace negocios como Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe fondos a través de Health and Huma Services (HHS) y es un beneficiario bajo 42 U.S.C. 254b. La FHH tiene Servicios Federales de Salud Pública (PHS) considerados como relacionados con ciertos reclamos de salu o relacionados con la salud bajo 42 U.S.C. 233(g)-(n). Esto incluye reclamos por negligencia médica para sí mismo y sus individuos cubiertos. La FHH es una organización sin fine de lucro bajo la sección 501(c)3 del Código del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Esta institución es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades