

Family Healthcare of Hagerstown

201 S. Cleveland Ave
Hagerstown, MD 21740
o: 301-745-3777
f: 833-450-3533



Instrucciones anticipadas:

Una directiva anticipada es un formulario en el que se indica el nivel de atención médica que desea recibir en caso de que no pueda responder.

- ¿Tiene instrucciones anticipadas? Sí No
- ¿Quién proporciona la atención rutinaria al paciente? El propio paciente Los padres Otro: nombre y número de teléfono: _____

Tutor legal/apoderado para la atención médica:

Un tutor legal o representante para la atención médica es una persona designada por el paciente, la familia o el tribunal para tomar decisiones sobre la atención médica del paciente si este no puede hacerlo.

¿Tiene el paciente un tutor legal o un representante para la atención médica?

- No Sí Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

Si tiene un proveedor con el que le gustaría concertar una cita, escriba su nombre aquí: _____

- Autorizo a Family Healthcare of Hagerstown a ponerse en contacto con el contacto de emergencia que figura en este formulario en caso de que yo esté inconsciente o no sea localizable y la información que se debe compartir conmigo sea imperativa y/o urgente. Entiendo que el hecho de incluir a esta persona en la lista no autoriza a FHH a revelar ninguna información relativa a mis citas, tratamientos, etc., y que debo rellenar un formulario de divulgación de información por separado para designar a las personas autorizadas a recibir esta información.
- Entiendo que se requiere un formulario de divulgación de información por separado en el que se nombre el centro específico para cualquier divulgación o adquisición de registros médicos.
- Autorizo a Family Healthcare of Hagerstown a dejar mensajes relacionados con recordatorios de citas y/o resultados clínicos o información en cualquier número de teléfono proporcionado que pertenezca al paciente o al tutor legal (excluye el número de teléfono de contactos de emergencia).
- Mi firma a continuación indica que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

Firma del paciente/padre/tutor legal/representante médico

Fecha

Con el fin de seguir ofreciendo una variedad de servicios y recibir subvenciones en FHH, estamos obligados a recopilar la siguiente información sobre cada persona que recibe atención en nuestras instalaciones.

Esta información se comunica como una cifra global y no se comunica sobre pacientes individuales.

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¿Cuál es el ingreso anual de todos los miembros de su familia? \$ _____

¿Usted o alguien de su hogar ha realizado trabajos agrícolas (en granjas) en los últimos 24 meses? _____

En caso afirmativo, ¿se trataba de trabajo agrícola migratorio (establecimiento de un hogar temporal para el empleo)? _____

En caso afirmativo, ¿se trataba de trabajo agrícola estacional (sin establecer un hogar temporal para el empleo)? _____

¿Es usted una persona sin hogar? _____

En caso afirmativo, ¿dónde se alojó/durmió anoche? _____

¿Vive en una vivienda pública? _____

¿Es usted veterano? _____

Walnut Street Community Health Center, Inc. opera bajo el nombre de Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe financiación a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) y es beneficiario de una subvención en virtud del artículo 42 U.S.C. 254b. FHH tiene la condición de Servicio Federal de Salud Pública (PHS) en relación con determinadas reclamaciones sanitarias o relacionadas con la salud en virtud del artículo 42 U.S.C. 233(g)-(n). Esto incluye reclamaciones por negligencia médica para sí mismo y para las personas cubiertas. FHH es una organización sin ánimo de lucro en virtud del artículo 501(c)3 del Código del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Revisado: 03/2026

Family Healthcare of Hagerstown

201 S. Cleveland Ave
Hagerstown, MD 21740
o: 301-745-3777
f: 833-450-3533



FHH Formulario de Consentimiento

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento para Tratamiento:

Doy mi consentimiento para el tratamiento y los procedimientos que puedan ser realizados durante mi cita. Tengo el derecho de tomar decisiones informadas sobre mi atención médica, incluyendo la negativa a un tratamiento o procedimiento y entiendo que los estudiantes de salud pueden participar en mi atención.

Consentimiento para Compartir Información Médica/Personal:

Entiendo que mi expediente médico y/o la información personal relacionada con mi salud pueden ser compartidos con los diferentes departamentos de Family Healthcare of Hagerstown y también con las oficinas que apoyan mi atención. Dicha información será compartida únicamente para ayudar en mi evaluación y manejo de la salud, por ejemplo la información relacionada con farmacias, laboratorios y especialistas a los que se haga referencia. Entiendo que en cualquier momento durante el curso de mi tratamiento médico, si se requiere una referencia a un especialista, ciertos resultados de laboratorio y/o detalles del expediente médico podrían ser enviados al mismo, lo cual se hará exclusivamente para ayudar en mi completa evaluación.

Reconocimiento de las Normas, Derechos y Responsabilidades del Paciente:

Reconozco que he recibido las Normas de Información para Pacientes y los Derechos y Responsabilidades de los Pacientes y estoy de acuerdo en cumplir con las políticas de Family Healthcare of Hagerstown.

Confidencialidad:

Entiendo que Family Healthcare of Hagerstown adopta una política muy estricta con respecto a la privacidad y confidencialidad de mi información médica y se me ha proporcionado información sobre sus Avisos de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que las llamadas con Family Healthcare of Hagerstown pueden ser grabadas, excluyendo cualquier llamada con un proveedor o con el personal administrativo.

Autorización y Asignación de Seguro Médico:

Entiendo que todos los cargos deben ser pagados al momento en que se brindan los servicios profesionales. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro, incluyendo copagos y tarifas. Y entiendo que existe asistencia financiera disponible para pacientes que califiquen para la misma. Autorizo a Family Healthcare of Hagerstown y a todas sus entidades a proporcionar información a mis aseguradoras acerca de mis enfermedades y tratamientos. Para los servicios proporcionados y sometidos a mi compañía de seguros, por la presente autorizo el pago de beneficios médicos a Walnut Street Community Health Center, Inc., DBA Family Healthcare of Hagerstown.

Elegimos participar en el Sistema de Información Regional de Chesapeake para Nuestros Pacientes, Inc. (CRISP), un intercambio estatal de información de salud. De acuerdo con la ley, su información de salud será compartida en este intercambio para proporcionar un acceso más rápido, mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones mejor informadas.

Usted puede "optar por no participar" y deshabilitar todo el acceso a su información de salud disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando y enviando un formulario de exclusión a CRISP por correo, fax o a través de su sitio web en www.crisphealth.org.

Entiendo que este consentimiento y la información contenida en él estarán en vigor durante un año.

Nombre impreso del firmante

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal

Fecha

Walnut Street Community Health Center, Inc. opera bajo el nombre de Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe financiación a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) y es beneficiario de una subvención en virtud del artículo 42 U.S.C. 254b. FHH tiene la condición de Servicio Federal de Salud Pública (PHS) en relación con determinadas reclamaciones sanitarias o relacionadas con la salud en virtud del artículo 42 U.S.C. 233(g)-(n). Esto incluye reclamaciones por negligencia médica para sí mismo y para las personas cubiertas. FHH es una organización sin ánimo de lucro en virtud del artículo 501(c)3 del Código del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Revisado: 03/2026

Family Healthcare of Hagerstown

201 S. Cleveland Ave
 Hagerstown, MD 21740
 o: 301-745-3777
 f: 833-450-3533

**Historial de Salud Dental**

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

Fecha de hoy: _____ Razón de la visita: _____

Dentista anterior: _____ Fecha de la última visita dental: _____

Historial dental

¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (marque todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/> Mal aliento
<input type="checkbox"/> Encías sangrantes, inflamadas o sensibles
<input type="checkbox"/> Fumar (pipa, cigarrillo, puro, etc.)
<input type="checkbox"/> Chasquido o crujido de la mandíbula o dolor mandibular
<input type="checkbox"/> Boca seca
<input type="checkbox"/> Rechinar o apretar los dientes
<input type="checkbox"/> Dientes flojos o empastes rotos
<input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor, frío o dulces
<input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder

¿Con qué frecuencia al día usa hilo dental?	<input type="checkbox"/> Una vez	<input type="checkbox"/> Dos veces	<input type="checkbox"/> Varias veces	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Con qué frecuencia al día se cepilla los dientes?	<input type="checkbox"/> Una vez	<input type="checkbox"/> Dos veces	<input type="checkbox"/> Varias veces	<input type="checkbox"/> Nunca

Historial de salud

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

¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (marque todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Artritis/Reumatismo	<input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales	<input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas de la espalda	<input type="checkbox"/> Trastornos de sangrado	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Dependencia química
<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> Lesiones cardíacas congénitas	<input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisona	<input type="checkbox"/> Tos
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> ¿Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/> Desmayos/mareos
<input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes	<input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de oído	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos

Walnut Street Community Health Center, Inc. opera bajo el nombre de Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe financiación a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) y es beneficiario de una subvención en virtud del artículo 42 U.S.C. 254b. FHH tiene la condición de Servicio Federal de Salud Pública (PHS) en relación con determinadas reclamaciones sanitarias o relacionadas con la salud en virtud del artículo 42 U.S.C. 233(g)-(n). Esto incluye reclamaciones por negligencia médica para sí mismo y para las personas cubiertas. FHH es una organización sin ánimo de lucro en virtud del artículo 501(c)3 del Código del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Revisado: 03/2026

Family Healthcare of Hagerstown

201 S. Cleveland Ave
 Hagerstown, MD 21740
 o: 301-745-3777
 f: 833-450-3533



<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Problemas inmunológicos	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> Trastorno de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Problemas de conducta	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Ictericia
<input type="checkbox"/> Sarampión o varicela	<input type="checkbox"/> Problemas nerviosos	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Abuso físico	<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación	<input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> ETS	<input type="checkbox"/> Falta de aire
<input type="checkbox"/> Problemas de senos nasales	<input type="checkbox"/> Erupciones cutáneas	<input type="checkbox"/> Dieta especial	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Hinchazón de pies/tobillos
<input type="checkbox"/> Problemas estomacales	<input type="checkbox"/> Vómitos frecuentes	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Faringitis estreptocócica frecuente
<input type="checkbox"/> Transfusiones	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Tumor en cabeza/cuello	<input type="checkbox"/> Úlcera	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso
<input type="checkbox"/> Otro: _____				

Medicamentos

Por favor, indique cualquier medicamento que esté tomando actualmente y el motivo por el cual lo toma:

Nombre del medicamento	Motivo del uso

¿Ha utilizado medicamentos bisfosfonatos (Fosamax, Actonel, Ateiva, Didronel, Boniva, etc.)? Sí No

Family Healthcare of Hagerstown

201 S. Cleveland Ave
 Hagerstown, MD 21740
 o: 301-745-3777
 f: 833-450-3533

**Allergies**

Marque si tiene alergia a alguno de los siguientes:

<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Látex
<input type="checkbox"/> Píldoras para dormir	<input type="checkbox"/> Anestésico local
<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Penicilina
<input type="checkbox"/> Yodo	<input type="checkbox"/> Sulfa
<input type="checkbox"/> Otra:	

Para pacientes de 10 años o menores:

¿Es esta la primera visita del niño/a al dentista?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha sufrido su hijo/a algún trauma en los dientes, boca o cara?	<input type="checkbox"/> Sí, fecha: _____	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene agua fluorada en casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su hijo/a fue prematuro/a?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su hijo/a nació con algún defecto de nacimiento?	<input type="checkbox"/> Sí; _____	<input type="checkbox"/> No
¿Su hijo/a asiste a clases especiales en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí; _____	<input type="checkbox"/> No
¿Su hijo/a ha sido hospitalizado/a alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí; _____	<input type="checkbox"/> No

Solo para pacientes femeninas:

¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí; fecha de parto: _____	<input type="checkbox"/> No
¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está tomando píldoras anticonceptivas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

 Nombre en letra de imprenta del firmante

 Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal

 Fecha

Walnut Street Community Health Center, Inc. opera bajo el nombre de Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe financiación a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) y es beneficiario de una subvención en virtud del artículo 42 U.S.C. 254b. FHH tiene la condición de Servicio Federal de Salud Pública (PHS) en relación con determinadas reclamaciones sanitarias o relacionadas con la salud en virtud del artículo 42 U.S.C. 233(g)-(n). Esto incluye reclamaciones por negligencia médica para sí mismo y para las personas cubiertas. FHH es una organización sin ánimo de lucro en virtud del artículo 501(c)3 del Código del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Revisado: 03/2026