

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