

Forma de Historia Médica

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre de farmacia/Teléfono: _____ Fecha de hoy: _____

¿Cuál es su razón de esta visita? _____

¿Correo electrónico? _____ ¿Quién o Donde lo refirió a usted a esta clínica? _____

Identidad de genero actual: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Desconocido	Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Hombre transsexual de hombre a mujer (MTF)	<input type="checkbox"/> Transgénero femenina-a- masculino (FTM)
<input type="checkbox"/> Transgénero (trans *, género queer, género no conforme) <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Problemas médicos (previos y actuales) y la fecha aproximada del diagnóstico/ ocurrió por primera vez

Condición	Fecha	Condición	Fecha

Operaciones/Procedimientos quirúrgicos (incluya cirugías de menor importancia) y la fecha aproximada

Cirugía	Fecha	Cirugía	Fecha

Hospitalizaciones (incluya razón por cual fue hospitalizado, la fecha y dondó fue

Razón	Fecha	Hospital	Razón	Fecha	Hospital

Medicamentos actuales, la dosis, instrucciones y fecha aproximada en que comenzó el medicamento. Por favor incluya medicamentos que no requieren receta, vitaminas y remedies herbarios. (Por favor, adjunte una hoja separada si es necesario.)

Medicamento	Dosis	Instrucciones	Fecha	Medicamento	Dosis	Instrucciones	Fecha
<i>Ej. Atenolol</i>	<i>50 mg</i>	<i>1 diaria</i>	<i>1/1/11</i>				

Alergia a medicamentos, alimentos o sustancias, incluyendo el tipo de reacción

Alergia	Reacción	Alergia	Reacción
1.		3.	
2.		4.	

Historia Familiar

	Padre Vivo Fallecio	Condiciones actuales de salud o causa de muerte	Madre Viva Fallecio	Condiciones actuales de salud o causa de muerte
Hermanos	No. de Vivos	Condiciones actuales de salud	No. de fallecidos	Causa de muerte
Hermanas	No. de Vivas	Condiciones actuales de salud	No. de fallecidas	Causa de muerte
Niño(s)	No. de Vivos	Condiciones actuales de salud	No. de fallecidos	Causa de muerte
	Abuelos Paternos Vivos Fallecidos	Condiciones actuales de salud o la causa de muerte	Abuelos Maternos Vivos Fallecidos	Condiciones actuales de salud o la causa de muerte

Uso de Tabacco ¿Fumador actual? Sí No Si indico que sí, ¿Cuántos paquetes? _____
 ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Ha fumado alguna vez? Si No Si, sí, Que año dejo de fumar _____

Uso de Bebidas

Alcohólicas ¿Bebe usted alcohol? Sí No Si, sí, que tipo: cerveza vino otro _____
 Por Favor indique # de bebidas y frecuencia: DIARIO ___ SEMANAL ___ MENSUAL ___ ANUAL ___

¿Alguna vez a necesitado tratamiento para el abuso de drogas? Sí No

Consumo de drogas

Recreativas

NINGUNO Lista de droga(s) de su elección: _____
 Última vez usada: En actualidad entre 12 meses entre 1 y 5 años

¿Alguna vez ha necesitado tratamiento para el abuso de drogas?

Salud Mental

Está siendo tratado/a por un problema de salud mental: Sí No

Ha sido usted alguna vez emocionalmente o físicamente maltratado/a por su pareja o una persona importante para usted? Sí No

Durante el mes pasado,
 Ha sido molestado/a por sentirse mal, deprimido/a o desesperado/a? Sí No
 Ha podido escuchar o ver cosas que otros no pueden ver ni oír? Sí No

Para las mujeres ¿Cuándo fue su último período menstrual? _____

¿Tu período es normal? SI NO

Último período normal: _____

de embarazos: _____

de niños vivos: _____

Por favor marque con un círculo si se aplica a usted

Aborto Si es así, ¿cuántos y cuándo? _____

Aborto involuntario Si es así, ¿cuántos y cuándo? _____

Certifico que la información proporcionada es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo eximo a Community Outreach Medical Center o cualquier de su personal responsable de los errores u omisiones que yo haya podido hacer al completar esta forma.

Firma de paciente

Fecha

Representante de COMC

Sumario Social

Fecha _____ Soltero Casado Divorciado Separado Viudo **Masculino**

Femenina

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento _____

_____ Apellido Nombre

Dirección: _____
 _____ No. de Apt. Ciudad Código Postal

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Edad: _____

¿Está Ud. recibiendo asistencia del Depto. de Bienestar Social (Welfare)? Sí No

¿Tiene Ud. Seguro Médico? Sí No Cual? _____

Cuál es el número de su seguro medico? # _____

¿Cuántas personas es Ud. responsable por su mantenimiento? (Incluyéndose Ud.) _____

¿Dónde trabaja? _____

Indique: Tiempo Completo Medio Tiempo Según me necesiten

¿Cuál es su sueldo mensual bruto (antes de impuestos)?

\$ _____

Recibe Ud. alguna otra ayuda económica? (Manutención de menores, SIIS) \$ _____

¿Dónde trabaja su cónyuge? _____

¿Cuál es el sueldo mensual bruto (antes de impuestos) de su cónyuge? \$ _____

ENTRADA TOTAL DE INGRESOS (de ambos) \$ _____

Raza / Descendencia:	RAZA Elija y marque una solamente:	DESCENDENCIA Marque de origen hispano
A. Indio Americano ó Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Asiático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Negro ó Afro-Americano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Hawaiano ó de las Islas Pacíficas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

YO AFIRMO QUE LA INFORMACION DADA ES CORRECTA DE ACUERDO A MIS CONOCIMIENTOS

Firma del paciente

Fecha

Consentimiento Para Tratamiento

La información siguiente es para que el paciente, o la persona autorizada legalmente a representar el paciente, o sea completado por uno de los padres:

Yo doy el consentimiento para el tratamiento médico para mi, o para el paciente a cual yo soy el padre o la persona autorizada legalmente.

Yo entiendo que Community Outreach Medical Center compartira información de salud de acuerdo a las leyes federales y estatales para tratamiento, pago y operaciones.

Yo entiendo que es mi responsabilidad de obtener todos los exámenes recomendados, evaluaciones adicionales y continuación de tratamiento recomendado por mi médico/practicante. Yo tambien entiendo que si toman exámenes para infecciones/enfermedades sexuales la ley puede exigir que se reporten los resultado a las agencias de salud publica.

Por este medio libero a Community Outreach Medical Center, incluyendo el médico que atiende, su personal y ayudantes de cualquier obligación que surja conectado con mi falta de seguir tratamiento recomendado si se demuestran abnormalidades.

Por este medio doy consentimiento y solicito examen de Community Outreach Medical Center y aseguro que, la información dada según mi leal saber y entender es verdad.

Firma de Paciente/Representate Legal: _____ Fecha: _____

Relación del Representante Legalmente Autorizada al Paciente: _____

**RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad explica cómo nosotros podemos utilizar ó divulgar información de salud protegida sobre usted. Según lo establecido en nuestra Notificación, los términos de nuestra Notificación pueden cambiar. Copias de nuestra Notificación siempre estarán disponibles en nuestra oficina y reflejarán cualquier actualización que nosotros hagamos a nuestra Notificación en el futuro. Por favor firme y ponga la fecha en la parte inferior para indicar que usted ha recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de COMC y una explicación de lo que esta contiene.

Firma

Nombre Impreso

Fecha

A continuación, por favor elija y circule una:

Participante en el Programa

Padre

Guardián

Representante Personal

Agencia

Otro _____

La siguiente información la completará el personal de COMC

Por favor marque el cuadro pertinente:

- La Notificación de Prácticas de Privacidad fue ofrecida y aceptada por el paciente y el paciente firmó esta Admisión de Recibo.
- La Notificación de Prácticas de Privacidad fue ofrecida y aceptada por el paciente y el paciente rehusó a firmar esta Admisión de Recibo.
- La Notificación de Prácticas de Privacidad fue ofrecida y rehusada por el paciente y el paciente acordó firmar esta Admisión de Recibo.
- La Notificación de Prácticas de Privacidad fue ofrecida y rehusada por el paciente y el paciente rehusó a firmar esta Admisión de Recibo.

Empleado Representante: _____ Título: _____ Fecha: _____

POLIZA DE CERO TOLERANCIA

Community Outreach Medical Center, se esfuerza por ofrecer servicios de alta calidad a todos sus cliente/pacientes elegibles y ofrece un ambiente cómodo y seguro en el que pueden obtener servicios.

Nosotros sin embargo, reservamos el derecho de suspender, cambiar o cancelar los servicios y privilegios de un cliente o paciente por cualquiera de los siguientes.

- A) Amenazas y/o incidencias de asalto, robo o comportamiento abusivo hacia el personal de COMC y/o clientes/pacientes.
- B) Proporcionar información falsificada o fraudulenta para obtener servicios.
- C) Posesión de armas en la propiedad de COMC o eventos auspiciados por COMC, usados para intimidar al cliente/pacientes o al personal de COMC. Las armas se definen como arma a cualquier objeto que se podría utilizarse para amenazar de alguna forma y hacer daños corporales.
- D) Amenazas físicas o verbales contra otros clientes/pacientes de COMC o miembros de personal de COMC, destrucción/vandalismo a la propiedad de COMC, o eventos que tengan que ver con COMC y/o clientes/pacientes de COMC.
- E) Acoso sexual/mala conducta hacia el personal de COMC y/o clientes/pacientes.

Firma del Cliente

Cliente UID/URD

Representante del personal

Título

Fecha

Responsabilidades del Paciente

Community Outreach Medical Center depende en usted que participe activamente en su atención médica y tratamientos para que nosotros podamos proporcionarle la asistencia médica más eficaz para usted. Los siguientes son sus responsabilidades. Por favor lea cuidadosamente y ponga sus iniciales en cada línea, de modo que usted entienda nuestras expectativas de usted.

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <u> </u>
Iniciales | Daré información correcta y completa sobre mis problemas de salud pasados y padecimientos actuales, hospitalizaciones, medicamentos, tratamientos y otros asuntos relacionados con mi condición de salud. |
| <u> </u>
Iniciales | Le informaré al personal de cualquier cambio de dirección, número de teléfono, o de seguro. |
| <u> </u>
Iniciales | Si no he entendido algo sobre mis problemas de salud, tratamientos, medicamentos, su uso, dosis, y efectos secundarios, yo haré preguntas hasta que me sientas satisfecho(a) y tenga suficiente información para tomar una decisión. |
| <u> </u>
Iniciales | Yo traeré todas mis botellas de medicamentos conmigo a cada una de mis citas. Éstos incluyen (prescripción, no prescripción, y vitamina/preparaciones a base de hierbas. Por favor deje la medicación refrigerada en casa). |
| <u> </u>
Iniciales | Mi proveedor y yo discutiremos mi plan de tratamiento juntos y obtendré todas las pruebas de laboratorio/radiología/pruebas de diagnóstico y seguimiento que estamos de acuerdo que necesito. Estos pruebas ayudaran al proveedor realizar un diagnóstico preciso de mi condición y asisten a él/ella para desarrollar un plan de tratamiento específicamente para mí. Sin mi participación en mi plan de tratamiento, el proveedor no podrá asistir me a controlar o resolver mis problemas de salud. |
| <u> </u>
Iniciales | Entiendo que se me dará suficiente medicamento que me durara hasta mi próxima cita y recibiría más medicamentos en mi próxima cita de seguimiento. |
| <u> </u>
Iniciales | Tengo entendido que soy responsable de saber mis resultados de mis pruebas como fue ordenado por el personal de la clínica, en mi cita de seguimiento. |
| <u> </u>
Iniciales | Yo pagaré todos los servicios proporcionados antes de salir de la clínica. |
| <u> </u>
Iniciales | Yo seré respetuoso(a) y considerado(a) a todo el personal de la clínica, pacientes, propiedad de la clínica, seguiré las reglas de la clínica y aseguraré que la persona que este conmigo también cumpla. |
| <u> </u>
Iniciales | Yo entiendo que nunca debo asistir a una visita con el personal de COMC bajo la influencia de cualquier sustancia, incluyendo narcóticos o sustancias controladas los cuales pueden alterar mi capacidad de comprender o que pueden poner en peligro mi juicio. |

Totalmente entiendo y cumpliré con mis responsabilidades de paciente en Community Outreach Medical Center.

Firma del Paciente

Firma de representante legal autorizado

Fecha

***Para los pacientes elegibles para los servicios proporcionados por el programa de Ryan White, puede haber ciertas responsabilidades mencionadas arriba que pueden no aplicarse a usted. Por favor, solicite al personal si usted tiene cualquier pregunta.

Polísas de la Clínica

Nos complace que usted haya elegido a nuestra clínica médica. Community Outreach Medical Center se esfuerza en proporcionar la mejor atención a nuestros pacientes y desea hacer sus interacciones con nosotros tanto agradable. Sentimos que podemos servirle mejor sus necesidades de asistencia médica si usted está familiarizado con las siguientes políticas y procedimientos de la clínica, siguiendo las instrucciones que le hemos proporcionado.

- Horario de oficina:** Nuestra oficina está abierta de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Estamos cerrados entre 12:00 a.m. a 1:00 p.m. para almuerzo, fines de semana, y días festivos.
- Citas:** Por favor llame al (702) 657-3873 para programar una cita. Los pacientes son atendidos por cita solamente. Le pedimos que llame por lo menos 48 horas de anticipación si necesita cancelar o reprogramar su cita.
- Pago por servicios:** Los pagos por servicios se deben en su totalidad en el momento del servicio. Community Outreach Medical Center no factura ningún servicio (excepto aquellos individuos mandados por ciertas agencias con quien tenemos un acuerdo). Formas de pago que aceptamos son tarjeta de crédito o débito y dinero en efectivo.
- Registros Médicos:** Por favor permita un mínimo de **10** días laborales para procesar su solicitud. Una Autorización para permitir la divulgación de información médica debe ser completada y firmada por usted para que podamos procesar su solicitud. Hay un costo de \$.50 por página. **(máximo \$15.00).** ***
- Formularios para Completarse:** Por favor permita un mínimo de 5 días laborales para procesar su solicitud. Hay un costo dependiendo del número de páginas que necesiten ser completadas.
- Resurtido de recetas Medicas:** Resurtido de recetas le serán entregadas en su cita de seguimiento.
- Resultados:** **Por favor no llame a la clínica por sus resultados o preguntar si ya llegaron** su resultados serán discutidos con usted en su cita de seguimiento o por carta (para pacientes aplicables solamente). Si usted está esperando una carta de resultados y no la ha recibido en 2 semanas a partir de la fecha de la prueba, por favor llame a la clínica para informarnos. Si usted va a recoger su carta, entonces puede hacerlo no antes de dos semanas después de que su prueba fue realizada. Espere 2 semanas para que nosotros podamos recibir sus resultados.***
- Llamadas para las enfermeras** Si necesita hablar con una enfermera, por favor de dejar su mensaje y una de las enfermeras le regresara su llamada con un mínimo de 48 horas.
- Cumplimento con planes de tratamientos** Si no cumple con los planes de tratamiento que fueron discutidos y planeados con su proveedor, será despedido de la clínica y será referido a otro centro médico.

Yo entiendo las pólizas de la clínica: _____
Firma Fecha

***Para los pacientes elegibles para los servicios proporcionados por el programa de Ryan White, puede haber ciertas responsabilidades mencionadas arriba que pueden no aplicarse a usted. Por favor, solicite al personal si usted tiene cualquier pregunta.