

Paciente nuevo Actualización del paciente Fecha: _____

NOMBRE DEL PACIENTE				
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apodo	Sufijo
IDENTIFICACIÓN				
Fecha de cumpleaños	N.º de Seguro Social	N.º de licencia de conducir	Estado de la licencia de conducir	
Condado de nacimiento		Estado de nacimiento	País de nacimiento	
Nombre de soltera de la madre			Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
DIRECCIÓN				
Dirección			Apt / Unidad	
Ciudad			Estado	Código postal
Tipo de dirección (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Indigente <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/> Se desconoce				
INFORMACIÓN DEL CONTACTO				
Número Celular		Consentimiento para recibir mensajes de texto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Rechazar		
		Consentimiento para recibir mensajes de voz <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Rechazar		
Correo electrónico		Preferencia de contacto (seleccione 1 como mínimo) <input type="checkbox"/> Teléfono (Llamada/Texto) <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Carta/Correo		
ESTADÍSTICAS DEMOGRÁFICAS				
¿Es empleado de atención médica? (Solo adultos) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Vivienda compartida/Centro de viviendas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Identidad de género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No deseo responder <input type="checkbox"/> Transgénero (trans, queer, género indefinido) <input type="checkbox"/> Transgénero de hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> Transgénero de mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Otro _____ Sexo asignado en el nacimiento <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		
N.º de dependientes menores de 18 años _____		N.º de dependientes mayores de 18 años _____		
Origen (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/ Caucásico <input type="checkbox"/> Rechazar	Etnicidad (marque solo 1) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/ latino <input type="checkbox"/> Rechazar	Idioma preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Como has oído de nosotros? <input type="checkbox"/> Sitio web <input type="checkbox"/> Amigo/ Familia <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Boletín informativo <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Volantes <input type="checkbox"/> Redes sociales <input type="checkbox"/> Entrar <input type="checkbox"/> Otro: _____	

ADAPTACIONES		
Discapacidad (marque todo lo que corresponda o ninguno)		
<input type="checkbox"/> Deficiencia visual	<input type="checkbox"/> Deficiencia del habla/lenguaje	<input type="checkbox"/> Discapacidad médica
<input type="checkbox"/> Deficiencia auditiva	<input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Psicológica/Psiquiátrica
		<input type="checkbox"/> Otro _____
		<input type="checkbox"/> Ninguna
CONTACTO DE EMERGENCIA		
Nombre	Relación	
Teléfono de contacto	Correo electrónico	
INFORMACIÓN DEL SEGURO		
Seguro principal	N.º de identificación	N.º de grupo
Seguro secundario	N.º de identificación	N.º de grupo
FARMACIA PRINCIPAL		
Nombre de la farmacia	Dirección	
Teléfono	Fax	

_____ Autorizo a las personas mencionadas abajo a tener acceso a mis expedientes médicos (contacto de HIPAA), incluyendo información sobre mi salud, tratamiento o condición. Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de mi firma, a menos que se especifique lo contrario en este documento: _____

Nombre completo	Relación	Número de teléfono	Fecha de nacimiento

La información médica puede incluir: Información sobre enfermedades transmisibles, síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), consumo de alcohol y drogas, salud conductual o tratamiento de la salud mental.

Para obtener información por teléfono, la persona que llame debe poder validar TODA su información personal como se lista Y dar dos (2) de los siguientes datos de identificación del paciente:

- Fecha de nacimiento del paciente (DOB)
- Teléfono del paciente
- Dirección del paciente

_____ Entiendo que cualquier persona que participe en mis citas médicas está al tanto de toda la información médica que se hable durante mi cita y si no quiero que se comparta esta información en mi cita, es mi responsabilidad pedirle a mi acompañante que se quede en el vestíbulo.

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

La siguiente información la debe reconocer el paciente, o representante legal/padre/madre del paciente:

- ✓ Doy mi consentimiento para recibir tratamiento de salud física o mental para mí o para el paciente del que soy padre/madre o representante legalmente autorizado. Entiendo que hay ciertos riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento y atención. Entiendo que Community Outreach Medical Center (COMC) compartirá la información médica del paciente según las leyes federales y del estado relacionada con el tratamiento, pago y operaciones.
- ✓ Entiendo que es mi responsabilidad hacerme todas las pruebas recomendadas, evaluaciones adicionales y el seguimiento recomendado por mi médico. También entiendo que si me hacen pruebas para ciertas enfermedades transmisibles, infecciones/enfermedades de transmisión sexual, la ley puede exigir que se informen los resultados positivos a las agencias de salud pública correspondientes.
- ✓ Por el presente, libero a COMC, su personal médico, su personal clínico y sus empleados de toda responsabilidad que resulte o esté relacionada con mi falta de seguimiento recomendado para cualquier anomalía identificada.
- ✓ Por el presente doy mi consentimiento y solicito que COMC me haga un examen y garantizo que, a mi leal saber y entender, toda la información que presenté es verdadera.
- ✓ Entiendo que me pueden dar de baja de COMC si falto a (3) citas con el médico de forma consecutiva o si me niego a seguir las instrucciones.
- ✓ Certifico que leí y entiendo por completo el consentimiento mencionado arriba para recibir tratamiento.

_____ *Doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico de COMC*

POLÍTICA DE TOLERANCIA CERO

COMC se esfuerza por prestar servicios de la más alta calidad a todos sus clientes o pacientes elegibles y ofrece un ambiente cómodo y seguro donde pueden recibir estos servicios.

Sin embargo, nos reservamos el derecho de suspender, modificar o cancelar los servicios o privilegios de un cliente/paciente por cualquiera de las siguientes razones:

- ✓ Amenazas o conductas de agresión, robo, acoso, o comportamiento abusivo hacia el personal de COMC o los clientes/pacientes.
- ✓ Dar información falsa o fraudulenta para obtener servicios.
- ✓ Posesión de armas en las instalaciones del COMC, o en eventos organizados por este, para intimidar o amenazar físicamente a los clientes/pacientes o al personal. Se define como arma cualquier objeto que pueda usarse para amenazar físicamente a alguien.
- ✓ Amenazas físicas o verbales hacia otros clientes/pacientes o miembros del personal de COMC, destrucción/vandalismo en COMC, o eventos que tengan que ver con COMC o sus clientes/pacientes.
- ✓ Acoso sexual/conducta inadecuada hacia el personal o los clientes/pacientes de COMC.

_____ Reconozco y entiendo la *Política de Tolerancia Cero* de COMC

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad explica cómo podemos usar y revelar su información médica protegida. Según lo establecido en nuestro Aviso, los términos de este pueden cambiar. Copias de este estarán siempre disponibles en nuestra oficina y reflejarán cualquier actualización que hagamos en el futuro. Firme y ponga la fecha abajo para indicar que usted recibió una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Community Outreach Medical Center y una explicación de su contenido.

_____ *Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de COMC*

DIRECTIVA ANTICIPADA: TESTAMENTO VITAL Y PODER NOTARIAL DURADERO

Una directiva anticipada es un documento legal que explica cómo quiere que se tomen sus decisiones médicas si usted no puede hacerlo. Le permite a su equipo de atención médica y a sus seres queridos saber qué tipo de atención médica desea o quién quiere que tome las decisiones por usted cuando no pueda hacerlo. Estas directivas solo se aplican a las decisiones de atención médica y no afectan los asuntos financieros o de dinero. Las leyes sobre las directivas anticipadas varían de un estado a otro.

Hay dos formularios de Directivas anticipadas:

- Testamento vital: es un documento legal que se usa para indicar ciertas decisiones futuras sobre la atención médica solo cuando una persona no puede tomar decisiones y elegir por sí misma. Solo se usa en los últimos momentos de vida si una persona tiene una enfermedad terminal o está inconsciente de forma permanente. Este testamento describe el tipo de tratamiento médico que la persona quiere o no quiere recibir (soporte vital, conservación de vida, mejora de vida).
- Poder notarial duradero: también conocido como “poder médico”, es un documento legal en el que usted nombra a una persona para que actúe como apoderado (agente) para tomar todas sus decisiones de atención médica si usted no puede hacerlo.
- Para obtener más información, hable con su proveedor de atención médica o solicite más información en la recepción.

_____ *Recibí información sobre las directivas anticipadas y mi derecho a tomar decisiones relacionadas con mi atención médica.*

- Tengo un documento de Directiva anticipada (especifique el tipo) Testamento vital Poder notarial duradero Ambos
- Entregué una copia de mis Directivas anticipadas al hospital (especifique el hospital)

_____ Estoy interesado en preparar un documento de Directivas anticipadas y me gustaría recibir más información.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

COMC espera que usted participe de forma activa en su atención médica y tratamiento para que podamos ofrecerle la atención médica más adecuada. Los siguientes puntos son sus responsabilidades. Lea atentamente sus responsabilidades para que entienda lo que esperamos de usted.

- ✓ Daré información precisa y completa sobre problemas médicos pasados y actuales, hospitalizaciones, medicamentos, tratamiento y cualquier otro asunto relacionado con mi estado de salud.
- ✓ Informaré al personal de cualquier cambio de dirección, teléfono o seguro que tenga.
- ✓ Si no entiendo cierta información relacionada con mis problemas médicos, tratamiento, medicamentos, su finalidad, dosis y efectos secundarios, preguntaré hasta estar seguro de tener suficiente información para tomar una decisión informada.
- ✓ Llevaré todos los frascos de mis medicamentos a cada una de mis citas. Estos incluyen (medicamentos con receta, sin receta, vitaminas y preparaciones de hierbas) (deje los medicamentos que necesiten refrigeración en casa).
- ✓ Mi proveedor y yo hablaremos de mi plan de tratamiento y me harán TODAS las pruebas de laboratorio/radiología/diagnóstico y el seguimiento que acordemos que es necesario para mí. Estas pruebas ayudarán al proveedor a hacer un diagnóstico preciso de mi condición y a elaborar un plan de tratamiento específico para mí. Sin mi participación en el plan de tratamiento, el proveedor no podrá ayudarme a tratar o solucionar mis problemas médicos.
- ✓ Entiendo que la autorización para resurtir recetas médicas estará disponible SOLO en mi cita de seguimiento.
- ✓ Entiendo que soy responsable de obtener los resultados de mis pruebas según las instrucciones del personal médico, en mi cita de seguimiento.
- ✓ Pagaré por todos los servicios que reciba cuando me registre para mi cita.
- ✓ Seré respetuoso y atento con todo el personal médico, otros pacientes e instalaciones de la clínica, seguiré las normas de esta y me aseguraré de que todas las personas que me acompañen también las cumplan.
- ✓ Entiendo que nunca debo ir a una visita con el personal de COMC bajo el efecto de alguna sustancia, incluyendo narcóticos o sustancias controladas, que puedan alterar mi capacidad de comprensión o que puedan afectar mi juicio.

_____ *Reconozco y entiendo mis responsabilidades como paciente de COMC*

POLÍTICAS CLÍNICAS

COMC se alegra de que eligiera nuestra clínica para atender mejor sus necesidades médicas. Ya que la clínica se esfuerza por hacer que su experiencia médica con nosotros sea agradable y productiva, asegúrese de familiarizarse con nuestras políticas y procedimientos clínicos, y siga las instrucciones que le damos. Confirme abajo que recibió una copia de las Políticas clínicas de COMC y una explicación de su contenido.

_____ *Recibí una copia de las Políticas clínicas de COMC y acepto cumplirlas.*

POLÍTICA DE NO-SHOW, TARDE Y CANCELACIÓN

Según la política de no presentación, retraso y cancelación de COMC, a los pacientes se les cobrará una tarifa de \$ 50.00, por incidente, pagadero en su totalidad, antes de que el paciente sea visto o programado para otra cita. Los pacientes que acumulan tres (3) citas de "ausencia" dentro de un solo año calendario (enero-diciembre) corren el riesgo de ser dados de alta de la atención en COMC. Los pacientes de NV Medicaid que incurrir en instancias de citas que no se presentan o que llegan tarde con frecuencia a las citas programadas corren el riesgo de ser informados a NV Medicaid como *no adherentes a la atención* y dados de alta de COMC.

_____ *Acepto adherirme a los COMC Política de no presentación, retraso y cancelación*

AUTO-ATESTACIÓN

Certifico mediante la indicación de mis iniciales arriba y mi firma abajo, que la información proporcionada es correcta según mi leal saber y entender. No responsabilizaré a Community Outreach Medical Center ni a ningún miembro de su personal por ningún error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario. También informaré a COMC de cualquier cambio en la información anterior.

Entiendo completamente las políticas enumeradas anteriormente y acepto cumplir con mis responsabilidades como paciente en Community Outreach Medical Center.

_____ *Firma del Paciente o Representante Legal*

_____ *Fecha*

Si es representante legal, indique la relación con el paciente: _____

**Para los pacientes elegibles para los servicios proporcionados por NV Medicaid o el Programa Ryan White, es posible que no se apliquen ciertas políticas (con respecto a pagos/tarifas). Consulte con un especialista de recepción si tiene alguna pregunta o inquietud.*