



Querido Paciente,

¡Bienvenido a Community First Health Centers!

Con el fin de servirle más eficiente en su primera visita, le pedimos que traiga con usted:

- Todas las tarjetas de seguro Médico
- Licencia de conducir o identificación estatal
- Documentación de tutela legal (si corresponde)
- Documentos de Directiva Anticipada
- Todos los medicamentos actuales (incluidos los suplementos de hierbas y los medicamentos sin receta)

También le recomendamos que traiga sus registros médico anterior, registros de vacunación, resultados de laboratorio recientes, imágenes de rayos-X y notas de visitas a la sala de emergencias.

Si no está seguro de cómo obtener estos documentos usted mismo, informe a la recepcionista que le gustaría firmar un formulario de liberación de registros. Trabajaremos para obtener sus registros médicos desde allí.

Revise, firme y ponga la fecha en los formularios y llévelos con usted el día de su cita. Si usted tiene preguntas con respecto a las formas, no dude en llamarlos con anticipación.

- Formulario de Consentimiento para el Tratamiento
- **Registro De Paciente Nuevo y Formulario De Historia de Evaluación de la Salud**
- Se le proporciona una declaración de Derechos y Responsabilidades Del Paciente y información de Salud Protegida - para su revisión

Por favor asegúrese de llegar a nuestra oficina **20 minutos** antes de su cita para que podamos asegurarnos que toda la documentación necesaria se ha completado.

Esperamos poder ayudarle a alcanzar su mejor estado de salud. Gracias por elegir nuestros servicios.

Sinceramente,

Community First Health Centers



UDS Encuesta

Community First Health Centers es un Centro de Salud Comunitario Federalmente Calificado (FQHC). Nuestra misión es proporcionar atención individualizada y de alta calidad para las personas de nuestra comunidad. Debido a que recibimos dinero de la subvención del gobierno, estamos obligados a intentar recopilar la información a continuación. Toda la información se mantiene estrictamente confidencial y de ninguna manera afecta los servicios prestados a usted como paciente.

NOMBRE DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO / /	
INGRESOS ANUALES \$ _____	TAMAÑO DE LA FAMILIA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> ELIJO NO REVELAR		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> OTRO
		Incluya a la persona que complete el formulario (si existe una unión legal) o cualquier dependiente	
		<input type="checkbox"/> ELIJO NO DIVULGAR	
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Pareja
	<input type="checkbox"/> Nose	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Soltero
		<input type="checkbox"/> Legalmente Separado	
SITUACIÓN LABORAL	<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	MILITAR <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Retirado
	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Propio Negocio	ESTATUS DE <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo
	<input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Nose	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> No soy estudiante
IDIOMA(S) PRINCIPAL(es)	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro _____
	<input type="checkbox"/> Elijo no revelar		
IDIOMA PREFERIDO	<input type="checkbox"/> Mismo que hablo	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	
¿SE NECESITA UN INTÉRPRETE?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
RAZA	<input type="checkbox"/> Indio americano o native de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Hawái nativo	<input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> Guamián o Micronesia
	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Filipino
	<input type="checkbox"/> Otro asiático (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano
	<input type="checkbox"/> Elijo no divulgar / rechazo especificar	<input type="checkbox"/> Vietnamita	
ORIGEN ÉTNICO	<input type="checkbox"/> Mexicano	<input type="checkbox"/> México-Americano	<input type="checkbox"/> Chicano/a
	<input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino/a o español (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Cubano
	<input type="checkbox"/> Elija no divulgar / rechazar para especificar	<input type="checkbox"/> No es de origen hispano, latino/a o español	
SEXO AL NACER	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	
ORIENTACIÓN SEXUAL	<input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay	<input type="checkbox"/> Straight	<input type="checkbox"/> Bisexual
	<input type="checkbox"/> Nose	<input type="checkbox"/> Prefiero no divulgar	<input type="checkbox"/> Otro _____
GENDER IDENTITY	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Mujer/mujer transgénero
	<input type="checkbox"/> Prefijero no revelar	<input type="checkbox"/> Hombre/hombre transgénero	
	<input type="checkbox"/> Otro/algo más (describir) _____		



TRABAJADOR AGRÍCOLA	<input type="checkbox"/> Si	EN CASO QUE DIGA QUE SI,	<input type="checkbox"/> Trabajador temporal	<input type="checkbox"/> Trabajador migrante		
	<input type="checkbox"/> No	PORFAVOR, ELIJA UNO:	<input type="checkbox"/> Dependiente de un →	<input type="checkbox"/> Temporal ° <input type="checkbox"/> Trabajador migrante		
PERSONAS SIN HOGAR	<input type="checkbox"/> Si	EN CASO QUE DIGA QUE	<input type="checkbox"/> Refugio	<input type="checkbox"/> Vivienda transitoria	<input type="checkbox"/> Viviendo con alguien mas	<input type="checkbox"/> Street
	<input type="checkbox"/> No	SI, PORFAVOR, ELIJA UNO:	<input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente	<input type="checkbox"/> Nose	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Prefiero no divulgar
ESTADO DE VETERANO	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No				
¿ES USTED RESIDENTE DE UNA VIVIENDA PÚBLICA (excluyendo la Sección 8)?						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

FOR OFFICE USE: SCANNED IN TO CHART TRANSLATION PROVIDED



Descripciones del Estado de Vivienda

Refugio: Elija esta opción si se hospeda en un refugio para personas sin hogar, un refugio para la violencia doméstica en algún otro refugio.

Transición: La Vivienda de transición es normalmente una instalación pequeña donde las personas hacen la transición desde un refugio y se quedan temporalmente (generalmente entre 6 meses y dos años). Por lo general, tiene que pagar un alquiler, ayudar con las tareas domésticas y/o cocinar comidas.

Doblando: Significa que se queda con un amigo, familiar o conocido, y la situación de vida es temporal e inestable.

Calle: Elija esta opción si está durmiendo afuera, en un vehículo o en un remolque para acampar, en una casa de campana, en campamento u otras situaciones similares que normalmente no están destinadas a ser habitadas.

Otro: La opción de “Otro” incluye alojarse en un hotel o motel, u otra situación no definida.

Vivienda de Apoyo Permanente (PSH): Esta opción no tiene un límite de tiempo, normalmente está reservada para aquellos con algún tipo de discapacidad y se basa en los ingresos. Los clientes de PSH tienen su propia residencia y pueden recibir estos servicios de apoyo a través de programas especializados.

Resources:

42 USC 11360: Definitions Text contains those laws in effect on July 1, 2019

From Title 42-THE PUBLIC HEALTH AND WELFARE CHAPTER 119-HOMELESS ASSISTANCE SUBCHAPTER IV-HOUSING ASSISTANCE Part A-General Provisions

HRSA Uniform Data Systems Reporting Instructions for Health Center Data



Por Favor Complete Todas Las Secciones

Directivas Avanzadas

Complete esta sección UNICAMENTE para pacientes mayores de 18 años.

Directivas Avanzadas es un documento legal que da instrucciones a los doctores acerca del tratamiento que usted desea recibir si usted no puede hablar por sí mismo. También es importante que usted nombre a una persona en la que confíe como su "Propugnador del Paciente," para hablar por usted si se llega a necesitar. Una vez que usted haiga tomado sus decisiones, guardaremos una copia en su expediente. Usted puede cambiar su decisión en cualquier tiempo al darnos una copia actualizada. ***Si no tenemos una copia de sus Directivas Avanzadas en su archive, usaremos Procedimientos de Emergencia.**

Nuestros empleados pueden darle más información. Su doctor puede responder preguntas acerca de la forma, opciones de tratamiento y cuidado. Por favor, conteste las siguientes preguntas:

- ¿Está usted interesado en Directivas Avanzadas? Sí No
- ¿Ya tiene una Directivas Avanzadas en vigor? Sí No
- ¿Ha designado una defensora del paciente? Sí No
 - ¿En caso afirmativo, tenemos una copia de este documento para su registro medico? Sí No
 - Nombre de su propugnador del paciente: _____
 - De teléfono del propugnador/contacto: _____

Divulgación de Información de Salud

Community First Health Centers puede divulgar información sobre su salud (papel, electrónica, rayos-X, laboratorios, etc.) a:

- Otros médicos, farmacias o instalaciones que tratan al paciente para facilitar una atención continua.
- Las agencias de Seguro médico del asegurado que Community First Health Centers utiliza para los servicios de facturación.
- Empresas que ayudan a mejorar la calidad y la eficiencia de la atención a Community First Health Centers.

Yo doy mi consentimiento para que Community First Health Centers recupere mi historial de recetas por electrónicas.

Iniciales: _____

Sino se puede comunicar conmigo, un representante puede dar información sobre mí a: (marque todo lo que corresponda)

- Resultados de exámenes
- Diagnostico
- Cuidados/Tratamientos
- Estado de Cuentas

Por el siguiente:

- Mi teléfono celular Celular #: _____
- Correo de voz o correo electrónico como aparece en mis datos demográficos
- Mi esposo(a) Nombre y número de teléfono del cónyuge: _____
- Mis hijos Nombre y número de teléfono: _____
- Otro padre o tutor legal Nombre, relación, número de teléfono: _____
- No proveer información a nadie que no sea yo

Iniciales: _____

Acuerdo Financiero

Community First Health Centers cobrará tarifas por el servicio prestado para su atención. Estas tarifas pueden estimarse en ocasiones en función de los servicios anticipados que se proporcionarán, pero siempre se ajustarán a las tarifas reales asociadas con los servicios exactos que se le brindaron. Para asegurarme de que Community First le facture correctamente a mi compañía de seguros, soy responsable de proporcionar a Community First información precisa sobre el seguro.

Si tiene seguro médico, Community First facturará a su compañía de seguros las tarifas mencionadas anteriormente. Reconozco y entiendo que soy responsable de saber qué servicios médicos cubrirá o no mi compañía de seguros. También entiendo que seré responsable de pagar el monto que mi compañía de seguros no cubrirá, lo que incluye los copagos y/o deducibles del seguro. **Si no tengo seguro, entiendo que los honorarios que se me cobran son mi responsabilidad.

Si me lesioné en el trabajo o en un accidente, soy responsable de proporcionar a Community First la información de facturación necesaria de Compensación al trabajador o Seguro de automóvil para que Community First pueda facturar a la parte responsable correspondiente.

Iniciales: _____



Por favor complete TODAS las secciones

Noticia de Practicas de Privacidad

Community First Health Centers me ha proporcionado su documento de aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que este documento explica mis derechos como paciente y como se administra me PMI (información médica pertinente). He recibido una copia de este. También entiendo que, si tengo una pregunta sobre esto o una inquietud, debo comunicarme con el Oficial de Privacidad de Community First Health Centers. **Teléfono del oficial de privacidad: (586) 270-8055 Iniciales: _____**

Consentimiento para el Tratamiento

Community First Health Centers proporciona servicios médicos primarios integrados, salud conductual, dentales y otros servicios de atención médica para satisfacer sus necesidades independientemente de su edad, género, identidad de género, color, raza, etnia, credo, origen nacional, religión, discapacidad, orientación sexual, o estado de veterano. El propósito de ese cuidado es:

- Para obtener información a través de un historial y un examen para el diagnóstico y el desarrollo de un plan de atención/tratamiento.
- Para tartar enfermedades, salud mental, lesiones y discapacidades mediante pruebas, uso de procedimientos, terapias y medicamentos.
- Para ayudar a los pacientes a alcanzar su máximo potencial dentro de sus capacidades.
- Para acelerar la recuperación gradual de la salud y la fuerza del paciente/cliente después de la enfermedad y reducir la duración de la recuperación funcional.

Se realizarán derivaciones a otras agencias que sean adecuadas a las necesidades del paciente. Se pueden tomar fotografías o cintas de video necesarias para proporcionar tratamiento o documentación.

Como parte de su atención integral, utilizamos un registro de salud electrónico que incluye su información médica, de salud mental, dental y de otro tipo. Para brindarle la mejor atención posible, todo su equipo de atención puede ver el registro completo. Esto no incluye la documentación de visitas de salud mental o conductual a menos que se marque a continuación.

[] Acepto compartir información sobre salud conductual y uso de sustancias alcohólicas o drogas, sin incluir la documentación de la nota de psicoterapia de visita, entre el personal de Community First Health Centers por las razones indicadas anteriormente en consentimiento para tratamiento. Las notas de psicoterapia de visitas de salud conductual no se compartirán sin un consentimiento adicional específico por escrito. Esta autorización también pertenece a la Regulación Federal 42 CFR Parte 2 de los Estatutos Estatales con respecto a la Salud Mental, el Alcohol y el Abuso de Drogas.

Acepto que si un miembro del personal de Community First Health Centers (CFHC) está expuesto a mi sangre o otros fluidos corporales, CFHC puede obtener una muestra de sangre y analizar mi sangre para detectar hepatitis y VIH.

Doy mi consentimiento para la divulgación confidencial de los resultados de las pruebas al proveedor médico que trata al miembro del personal de CFHC, al miembro del personal y al departamento de recursos humanos de CFHC. Los resultados positivos de las pruebas también deberán informarse al departamento de salud local. Esta autorización será válida y permanecerá vigente desde la fecha de este consentimiento hasta que sea revocada.

La firma a continuación, en la parte inferior de esta página, proporciona el consentimiento para el tratamiento.

Entiendo completamente que este consentimiento se otorga antes de un diagnóstico o tratamiento específico. También soy consciente de que este consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea revocado por escrito. Mi consentimiento se transferirá a otras ubicaciones de Community First Health Centers en caso de que elija otro proveedor o servicio dentro de esta organización.

Reconocimiento

Mi firma indica que:

- He leído y entiendo toda la información anterior y en la página 1 de este formulario.
- La información demográfica, de facturación y de Seguro que he probado a Community First Health Centers es correcta. Se que es mi responsabilidad proporcionar información actualizada en cada visita.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi consentimiento. Todas mis preguntas han sido respondidas.
- Se me ha proporcionado información sobre el hogar medico centrado en el paciente (PCMH). Entiendo el concepto y acepto que la participación del paciente y la familia es fundamental en la gestión de la salud.
- Community First Health Centers seguirá las leyes estatales y federales con respecto a la protección de la información médica y demográfica.

Solicito tratamiento y doy mi consentimiento para el tratamiento (**seleccione solo uno**):

- Yo Mismo Nombre del paciente: _____

Documentación de la relación proporcionada y escaneada en un cuadro:

- Licencia Designado por el Tribunal Padre Con Custodia Tutor Legal Otro



Consentimiento General de Odontología

Yo, el abajo firmante, por la presente doy mi consentimiento para los siguientes servicios proporcionados por la Clínica Dental de Community First Health Centers, según lo recomendado por el dentista y discutido conmigo antes del servicio.

Empastes: Entiendo que necesito completar el tratamiento y que, durante el tratamiento, el tamaño del relleno puede ser mayor de lo planeado originalmente, lo que puede requerir una corona. También entiendo que no hay otras opciones de tratamiento para los empastes y que, si no se tratan, existe la posibilidad de que el diente se rompa, la caries se vuelva más profunda o que la caries se extienda a otros dientes.

Coronas: Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir exactamente el color de los dientes con los dientes artificiales. Además, entiendo que usare coronas temporales, que pueden desprenderse fácilmente y que debo tener cuidado de asegurarme de que se mantengan colocadas hasta que se entreguen las coronas permanentes. Entiendo que habrá cargos adicionales por rehacer debido a mi demora en la cementación permanente de una corona.

Tratamiento Alternativo: Se me ha explicado que el único tratamiento alternativo disponible es un relleno muy grande, conocido como acumulación de muñones. Esta opción de tratamiento puede hacer que el diente se fracture debido a su tamaño, lo que da como resultado un tratamiento adicional, como un canal de podredumbre o, en última instancia, la pérdida del diente.

Tratamiento Periodontal: Entiendo que, si estoy siendo tratado por una enfermedad periodontal, esto significa que tengo una afección grave que causa inflamación o pérdida de las encías y los huesos y que, en última instancia, puede provocar la pérdida de mis dientes. Entiendo que no existen opciones de tratamiento alternativas para la enfermedad periodontal, y sé que, si no se trata, esto puede resultar en: cirugía de encías y/o extracciones de dientes.

Dentaduras Postizas y Parciales: Entiendo que el uso de dentaduras postizas/parciales es difícil. Los puntos doloridos, la alteración del habla y la dificultad para comer son problemas comunes asociados con las dentaduras postizas. La colocación inmediata de dentaduras postizas después de las extracciones puede ser dolorosa. Las dentaduras postizas inmediatas requerían múltiples rebases y/o la realización de una nueva dentadura postiza definitiva mientras el tejido y el hueso cicatrizan; esto no está incluido en la tarifa de la dentadura postiza. Además, todos los tipos de dentaduras postizas y parciales a menudo requieren una cantidad considerable de ajustes. Entiendo que no asistir a mi cita de parto puede resultar en dentaduras postizas mal ajustadas. Si se requiere una nueva versión debido a mi demora de 30 días o más, puedo ser responsable de los cargos adicionales que se me pasen.

Entiendo que la odontología es una ciencia inexacta y que, por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar los resultados de manera adecuada. Reconozco que nadie me ha dado ninguna garantía o aseguramiento con respecto a los tratamientos dentales que he solicitado y autorizado. Por la presente autorizo a cualquiera de los médicos, higienistas o asistentes dentales a proceder y realizar las restauraciones y tratamientos dentales como se indicó anteriormente y como se me explico. Entiendo que esto es solo una estimación y está sujeto a modificaciones dependiendo de circunstancias imprevistas o no diagnosticadas que puedan surgir durante el curso del tratamiento. Entiendo que independientemente de la cobertura de seguro dental que pueda tener, soy responsable en última instancia del pago de todas y cada una de las tarifas dentales.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha



Registro de Nuevos Pacientes y Evaluación del Historial Médico

Información Demográfica

Instrucciones: Complete todas las secciones. Traiga su identificación y tarjetas de seguro.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Correo Electrónico (solo para pacientes mayores de 18 años): _____ @ _____

INFORMACIÓN PARA PADRES: COMPLETA PARA NIÑOS MENORES DE EDAD

Nombre del padre asegurado:

Relación con el paciente: Madre Padre Otro:

Dirección:

Ciudad, Estado, Condigo postal:

Teléfono:

Teléfono Alternativo:

DIRECCION DEL PACIENTE

Calle: _____ Apt.: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Estado Civil: Casado Separado Viudo Divorciado Soltero

Si es menor de edad, nombre del tutor legal: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE

Persona responsable: Yo Espos(a) Padre Padre sin custodia Otra persona

Nombre de persona responsable: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

Seguro Dental

Compañía de Seguros: _____ Nombre del Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____ Numero de Grupo: _____ Numero de Póliza: _____

Relación con el Asegurado: _____

Seguro Médico Primario

Compañía de Seguros: _____ Nombre del Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____ Numero de Grupo: _____ Numero de Póliza: _____

Relación con el Asegurado: _____

Seguro Secundario Dental Médico

Compañía de Seguros: _____ Nombre del Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____ Numero de Grupo: _____ Numero de Póliza: _____

Relación con el Asegurado: _____



Registro de Nuevos Pacientes y Evaluación del Historial Médico

Historial Dental del Paciente: Para Menores

Instrucciones: Complete todas las secciones.

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Nombre Preferido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Padre o Tutor: _____ Relación con la paciente: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

¿Ha recibido atención medica en los últimos dos años? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

¿Es esta la primera visita del niño al dentista? Sí No

Si no fue la primera visita, ¿Cuál fue la fecha de la última visita al dentista? _____

¿Cuál es el motivo de la visita del niño? _____

¿El niño se queja de algún dolor de dientes? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

¿Qué tipo de agua bebe el niño? agua de la ciudad agua de pozo agua embotellada agua filtrada

¿El niño toma suplementos de florida? Sí No

¿Se usa pasta de dientes con fluoruro? Sí No

¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes al niño? _____

¿Cuándo se cepillan los dientes? _____

¿Ha tenido usted (el padre/tutor) o la paciente alguna de las siguientes enfermedades o problemas? Sí No

tuberculosis activa Tos persistente de más de tres semanas de duración Tos que produce sangre

Si respondió afirmativamente a cualquiera de los tres puntos anteriores, deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.

¿Ha tenido el niño antecedente o condiciones relacionadas con cualquiera de los siguientes:

- | | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Parálisis cerebral | <input type="radio"/> Audiencia | <input type="radio"/> Alergia al látex | <input type="radio"/> Convulsiones |
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Varicela | <input type="radio"/> Corazón | <input type="radio"/> Hígado | <input type="radio"/> Drepanocitosis |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Sinusitis crónica | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Sarampión | <input type="radio"/> Tiroides |
| <input type="radio"/> Vejiga | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> VIH positivo/SIDA | <input type="radio"/> Mononucleosis | <input type="radio"/> Consumo de tabaco/drogas |
| <input type="radio"/> Trastorno hemorrágico | <input type="radio"/> Dolores de oído | <input type="radio"/> Inmunizaciones | <input type="radio"/> Paperas | <input type="radio"/> Tuberculosis |
| <input type="radio"/> Huesos/Articulaciones | <input type="radio"/> Epilepsia | <input type="radio"/> Problemas de crecimiento | <input type="radio"/> Embarazo (adolescencia) | <input type="radio"/> Enfermedad venérea |
| <input type="radio"/> Cáncer | <input type="radio"/> Desmayos | <input type="radio"/> Riñón | <input type="radio"/> Fiebre reumatoide | <input type="radio"/> Otros: |



Registro de Nuevos Pacientes y Evaluación del Historial Médico

Historial Dental del Paciente: Para Menores

- ¿Está el niño tomando algún medicamento recetado o suplementos vitamínicos en este momento? Sí No
En caso afirmativo, enumere: _____
- ¿Es el niño alérgico a algún medicamento (por ejemplo: penicilina, antibióticos, otros medicamentos)? Sí No
En caso afirmativo, enumere: _____
- ¿El niño es alérgico a cualquier otra cosa, como ciertos alimentos? Sí No
En caso afirmativo, enumere: _____
- ¿Cómo describiría los hábitos alimenticios del niño? _____
- ¿El niño está siendo tratado actualmente por alguna enfermedad? Sí No
En caso afirmativo, enumere: _____
- ¿Ha tenido el niño alguna vez una enfermedad grave? Sí No
¿Sí, sí, cuando? _____ Por favor describa: _____
- ¿Ha sido hospitalizada el niño? Sí No
- ¿Tiene el niño antecedente de otras enfermedades? Sí No
En caso afirmativo, enumere: _____
- ¿Tiene el niño problemas hereditarios? Sí No
- ¿Tiene el niño alguna dificultad para hablar? Sí No
- ¿Tiene el niño algún impedimento físico, mental o emocional? Sí No
- ¿El niño sangra excesivamente cuando se corta? Sí No
- ¿Ha tenido el niño algún problema con el tratamiento dental en el pasado? Sí No
- ¿Alguna vez el niño ha tenido radiografías dentales (rayos X)? Sí No
- ¿Ha sufrido el niño alguna lesión en la boca, la cabeza o los dientes? Sí No
- ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o la caída de los dientes? Sí No
- ¿Ha recibido el niño algún tratamiento de ortodoncia? Sí No
- ¿El niño se chupa el pulgar, los dedos o el chupete? Sí No
- ¿A que edad dejó el niño de amamantar? _____
- ¿Participa el niño en actividades recreativas activas? Sí No

Nota: Se alienta tanto al médico como al paciente a discutir todos y cada uno de los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento. Certifico que he leído y comprendido lo anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hay, acerca de las consultas establecidas anteriormente, han sido respondidas satisfactoriamente. No responsabilizar a mi dentista u otro miembro de su personal por cualquier acción que tomen o no tomen debido a errores u omisiones que yo haya cometido al completar este formulario.

Firma del padre o tutor

Fecha



Registro de Nuevos Pacientes y Evaluación del Historial Médico

Historial del Paciente

Instrucciones: Complete todas las secciones.

Fecha: _____

*****TRAIGA TODOS LOS FRASCOS DE MEDICAMENTOS A CADA CITA*****

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Tiene el niño alguna condición médica actual que debemos conocer? _____

Liste todos los medicamentos recetados que tome actualmente:

Medicamento:	Dosis:	Frecuencia:	Fecha Iniciada:

Liste todos los medicamentos sin receta que tome regularmente, incluya vitaminas y suplementos herbales:

Medicamento:	Dosis:	Frecuencia:	Fecha Iniciada:

Mujeres: ¿Está embarazada o cree que podría estarlo?

Sí No

Mujeres: ¿Usas anticonceptivos recetados?

Sí No

¿Ha tomado alguna vez medicamentos para la prevención de la pérdida ósea?

Sí No

(tal como Fosamax, Actonel, Boniva, u otras drogas similares)

¿Tiene alergia al látex o la cinta?

Sí No

¿Tiene alergia al metal? Sí No *En caso afirmativo, indique su alergia:* _____

¿Tiene alergias adicionales, incluidas alergias alimentarias? Si es así, enumere aquí: _____

Enumere todas las hospitalizaciones y cirugías anteriores, incluidas las fechas y la información del hospital:

¿Ha viajado recientemente fuera de los Estados Unidos? (en caso afirmativo, proporciones los países y las fechas a continuación): Sí No

¿Requiere el niño alguna adaptación especial durante la cita? En caso afirmativo, describa: _____

Describa cualquier necesidad religiosa o cultural que debemos tener en cuenta al cuidar al niño: _____



¿Cómo se enteró de nosotros?

¡Complete el siguiente formulario y díganos como se enteró de Community First Health Centers!

Nombre: _____ Fecha: _____

¿Qué otros (si los hay) programas de Community First Health Centers utiliza?

- Atención Médica
- Servicios Dentales
- Asesoramiento en Salud Conductual
- Programa de Salud Maternal y Infantil
- Atención Médica para Gente sin Hogar
- Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

¿Hubo alguien que lo refirió a nosotros que podamos agradecerle?

- Otro empleado de Community First Health Centers
- Amigo/Familiar
- Otra agencia (por favor indique quien): _____
- Nadi (por favor complete la sección B)

A. Si indico que alguien lo recomendó, por favor bríndenos la siguiente información para que podamos agradecerle.

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____

B. Si marco "nadie", ¿Cómo se enteró de nosotros?

- Evento comunitario
- Internet/sitio web
- Facebook
- Periódico
- Cartelera
- Firma
- Tarjeta postal
- Otro: _____

Solo Para Pacientes Dentales

¿Acude actualmente a un proveedor de Community First Health Centers para obtener servicios médicos?

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿a qué proveedor consulta? _____



Derechos y Responsabilidades del Paciente

Para su archivo

En Community First Health Centers vemos la atención médica como una asociación entre usted y sus cuidadores. Respetamos sus derechos, valores y dignidad. También le pedimos que reconozca las responsabilidades que conlleva ser un paciente de Community First Health Centers. Revise los derechos y responsabilidades esperados de los pacientes de Community First Health Centers que se describen a continuación.

Derechos de los Pacientes:

- Atención médica segura, de alta calidad, sin discriminación, que sea compasiva y respete la dignidad, los valores y las creencias personales.
- Participar y tomar decisiones sobre su atención y manejo del dolor, incluida la negativa a recibir atención en la medida permitida por la ley. Los proveedores de atención (médicos, enfermeras, etc.) explicarán las consecuencias médicas de rechazar el tratamiento recomendado.
- Que la enfermedad, el tratamiento, el dolor, las alternativas y los resultados se expliquen de manera comprensible, con servicios de interpretación si es necesario.
- Conocer el nombre y la función de su proveedor de atención (médico, enfermera, etc.).
- Que los tratamientos, comunicaciones y registros médicos se mantengan privados en la medida permitida por la ley.
- Tener acceso a los registros médicos en un periodo de tiempo razonable, en la medida permitida por la ley.
- Ser informado sobre las transferencias de atención a otra organización o proveedor de salud y las alternativas a esa transferencia.
- Recibir información sobre como continuar con su atención médica al final de cada visita.
- Conocer cualquier política que pueda afectar su atención o tratamiento.
- Participar o negarse a participar en una investigación y que negarse en cualquier momento no comprometerá su acceso a la atención, el tratamiento o los servicios.
- A tratamientos, comunicaciones y registros médicos privados y confidenciales en la medida en que lo permita la ley.
- Recibir información sobre directivas anticipadas (testamento vital, poder notarial para atención médica o directivas anticipadas de salud mental) y que se respeten sus directivas anticipadas en la medida en que lo permita la ley.
- Información completa sobre los cargos por servicios y asesoramiento sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para la atención médica.
- Acceso a agencias de servicios de defensa o protección y el derecho a estar libre de abuso/negligencia.
- Foro para atender inquietudes y quejas; y garantizar que compartir inquietudes y quejas no comprometa el acceso a la atención, el tratamiento y los servicios.
 - **Si tiene alguna inquietud con respecto a la seguridad o la calidad de su atención, no dude en hablar sobre esto con su médico o el Gerente de práctica de la clínica. También puede comunicarse con el Jefe de Operaciones al 586-270-8055.**

Responsabilidades del Paciente

- Asóciase con el Proveedor/equipo de atención médica domiciliar para establecer una relación de colaboración para abordar la salud personal y los problemas de comportamiento de salud del paciente, proporcionando la mayor cantidad de información posible sobre su salud, historial médico y beneficios de seguro.
- Cumplir con la cita programada o cancelar dentro de las 24 horas, si es posible.
- Comuníquese con el proveedor primero para todos los problemas médicos, excepto las emergencias que se perciben como potencialmente mortales o con el potencial de afectar permanentemente el estado de salud.
- Informar cambios en la afección o los síntomas y mantener actualizado el historial médico, incluida la información sobre todos los medicamentos de venta libre y suplementos dietéticos (como vitaminas, suplementos a base de hierbas, etc.).
- Hacer preguntas si no comprende las instrucciones médicas, compartir inquietudes o incapacidad para seguir su plan de atención.
- Identificar y trabajar para alcanzar las metas de la vida personal y establecer planes de administración de la atención, que incluyan metas y responsabilidades de autogestión claramente identificadas.
- Para cumplir con sus obligaciones financieras con la instalación.
- Actuar de manera respetuosa y segura para los demás pacientes, el personal y la propiedad de las instalaciones. Seguir las reglas y regulaciones de las políticas de la instalación.



Uso y Divulgación de Información Médica Protegida

Para Su Información

Nuestras responsabilidades. Su información. Sus derechos.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo usted puede acceder a esta información. Por favor, revíselo atentamente.

Community First Health Centers está obligado por ley a mantener la privacidad de la información médica protegida y a proporcionarle un aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad. Community First Health Centers debe cumplir con los términos de la notificación actualmente en vigor, pero Community First Health Centers se reserva el derecho de cambiar los términos. Si hay un cambio, los nuevos avisos estarán disponibles a petición y en nuestras oficinas.

Como paciente de Community First Health Centers, la información sobre usted puede ser compartida y divulgada a otras partes con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y control de calidad. Esto no incluye notas de psicoterapia. Estos usos y divulgaciones incluyen, pero no se limitan a, la información contenida en los registros financieros, registros médicos, incluida la información relativa a las enfermedades transmisibles, como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), abuso de drogas / alcohol, diagnóstico psiquiátrico, resultados de pruebas de laboratorio, farmacia y detalles de prescripción, historial médico, el progreso del tratamiento y / o cualquier otra información relacionada. A continuación se indican algunos ejemplos de cómo puede compartirse y divulgarse la información.

- Con su compañía de seguros, plan de salud autofinanciado o de terceros, Medicare, Medicaid o cualquier otra persona o entidad que pueda ser responsable de pagar o procesar para su pago cualquier parte de su factura por servicios.
- Cualquier persona o entidad afiliada o que represente a la agencia a fines de administración, facturación y gestión de la calidad y los riesgos.
- Hospital, residencia de ancianos u otro centro de salud en el que pueda ser ingresado.
- Cualquier centro de vida asistida o de cuidados personales del que usted sea residente.
- Cualquier médico u otro profesional de la salud que le preste asistencia.
- Farmacias y recetas que ha utilizado en el pasado, incluida la consulta de programas de control de recetas.
- Familiares y otros cuidadores que formen parte de su plan de servicios de atención domiciliaria.
- Organismos de concesión de licencias, acreditación y/o entidades que proporcionan supervisión reguladora.
- Para ponernos en contacto con usted para recordarle citas y/o servicios preventivos, o para facilitarle información sobre otros servicios o actividades relacionados con la salud mediante mensajes de texto, correo electrónico, correo postal o por teléfono.
- Para ponernos en contacto con usted para recaudar fondos para Community First Health Centers.
- Otros proveedores de atención médica para iniciar un tratamiento.
- Para retirar productos del mercado.
- Para informar sobre reacciones adversas a medicamentos.
- Para recuperar o intercambiar información electrónicamente a través de un sistema de Intercambio de Información de Salud.

Community First Health Centers también está autorizado a utilizar o divulgar información sobre usted sin consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

1. En situaciones de tratamiento de emergencia, Community First Health Centers intenta obtener el consentimiento tan pronto como sea práctico después del tratamiento. Esto puede incluir cuando existen barreras sustanciales para comunicarse con usted y Community First Health Centers determina que el consentimiento se infiere claramente de las circunstancias.
2. Cuando el uso o divulgación es requerido por la ley.
3. Para ciertas actividades de salud pública. Estas actividades involucran a las autoridades de salud pública autorizadas por ley a recoger o recibir información para prevenir o controlar enfermedades y/o lesiones.
4. A una agencia o autoridad gubernamental autorizada si/cuando Community First Health Centers crea razonablemente que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
5. Actividades de supervisión de la atención médica.



Uso y Divulgación de Información Médica Protegida

Para Su Información

6. Ciertos procedimientos administrativos judiciales. Una orden judicial o citación firmada por un juez o magistrado judicial.
7. En respuesta a una orden o citación judicial recibida firmada por un juez o magistrado judicial.
8. A médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias, en determinadas circunstancias.
9. Para investigación, cuando se cumplan todos los requisitos de la Norma de Privacidad de la HIPAA (164.512(i)). También debe documentarse la renuncia al consentimiento del paciente para el uso/divulgación de su PHI por parte de una Junta de Revisión Institucional o de Privacidad.
10. En caso necesario, para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente contra una persona o el público, cuando dicha revelación se haga a alguien que se crea que puede prevenir o reducir la amenaza; esto incluye al objetivo de una amenaza.
11. A efectos de indemnización por accidentes laborales. In emergency treatment situations, Community First Health Centers attempts to obtain consent as soon as practical after treatment. This may include when substantial barriers to communicating with you exist and Community First Health Centers determines that the consent is clearly inferred from the circumstances.

Community First Health Centers está autorizado a utilizar o divulgar información sobre usted sin consentimiento o autorización, siempre que se le informe previamente y se le dé la oportunidad de aceptar o prohibir o restringir la divulgación en las siguientes circunstancias:

1. El uso de un directorio de personas atendidas por Community First Health Centers.
2. A un miembro de la familia, pariente, amigo u otra persona identificada que esté involucrada en su cuidado o en el pago de su cuidado. La información que se compartirá es sólo la información que es relevante para la participación de esa persona en su cuidado o el pago de la atención. Los demás usos y divulgaciones sólo se harán con su autorización por escrito. Dicha autorización podrá revocarse por escrito en cualquier momento, excepto en situaciones limitadas.

Sus Derechos

En determinadas circunstancias, tiene derecho a:

1. Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información. Sin embargo, Community First Health Centers no está obligado a aceptar la restricción solicitada.
2. Recibir comunicación confidencial de información médica protegida.
3. Inspeccionar y copiar información de salud protegida.
4. Modificar la información de salud protegida.
5. Recibir un informe de las divulgaciones.
6. Obtener una copia en papel de este aviso si había aceptado recibirlo electrónicamente.
7. Elegir a alguien para que actúe en su nombre, como en el caso de un poder médico duradero designado.
8. Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.
9. Solicitar y recibir una copia electrónica o en papel de su historial médico dentro de los plazos establecidos en la normativa federal HIPAA; es posible que se le cobre una tarifa razonable por razonable por este servicio.
10. Ser informado con prontitud si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información médica

La Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) se define como cualquier información que identifica al individuo o que podría ser utilizada para identificar al individuo, que es recopilada, transmitida, creada, recibida y/o mantenida, en cualquier forma o medio, por CFHC y regulada bajo las regulaciones de HIPAA y la ley de Michigan. PHI incluye información concerniente a una persona viva o fallecida. PHI es cualquier información en el Designated Record Set (DRS) que está sujeta a las regulaciones de HIPAA.



Uso y Divulgación de Información Médica Protegida

Para Su Información

Reclamaciones

Puede presentar una queja ante Community First Health Centers y/o ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE.UU. si cree que se han violado sus derechos de privacidad. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja. La queja debe ser presentada por escrito a Community First Health Centers y debe indicar el incidente específico (s) en términos de tema, fecha y otros asuntos pertinentes. Una queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS) Oficina de Derechos Civiles (OCR) puede ser presentada por escrito por correo, fax, correo electrónico oa través del Portal de Quejas OCR.

Para obtener más información sobre la presentación de una queja o preocupación con Community First Health Centers, por favor póngase en contacto con: llame al 586-270-8055.

He leído o me han leído y/o explicado este Aviso. Entiendo este aviso y he tenido la oportunidad de hacer preguntas con respecto a cualquier asunto de preocupación.

Este aviso es efectivo a partir del 14 de febrero de 2024.

Horario de Funcionamiento

El horario de Community First Health Centers varía según la ubicación y el programa. Para obtener más información sobre el programa y la ubicación horas específicas, por favor visítenos en línea en: www.communityfirsthc.org/contact-locations/. Nuestro sitio web se actualiza periódicamente con la información más reciente para cada programa y ubicación. Tenga en cuenta también, nuestros centros médicos y clínicas dentales también ofrecen acceso ampliado incluyendo citas por la noche y los fines de semana.

Contacto Fuera del Horario de Funcionamiento

Si tiene una emergencia médica, llame al 9-1-1 o visite el Departamento de Emergencias más cercano.

Para los pacientes que están activamente bajo el cuidado de un proveedor médico o dental de Community First Health Center, usted tiene acceso a nuestro proveedor de guardia. Si tiene una necesidad médica o dental urgente que no ponga en peligro su vida y desea hablar con uno de nuestros proveedores de guardia, llame a nuestra línea telefónica fuera del horario de atención. El proveedor de guardia de Community First Health Centers le devolverá la llamada a la brevedad. También tenga en cuenta que nuestro sistema fuera del horario de atención al público no es para solicitar reabastecimientos ni para concertar, cancelar o reprogramar citas.

Centros Médicos:

- Algonac: (810) 794-4917
- New Haven: (586) 749-5197
- Port Huron: (810) 488-8000

Clínicas Dentales:

- New Haven: (586) 749-8002
- Port Huron: (810) 488-8004