



Community First Health Centers

Improving the quality of life for our community.

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

This institution is an equal opportunity provider.
Partially funded by a Bureau of Primary Health Care, Health Resources and Services
Administration, U.S. Department of Health and Human Services Grant
NCQA Recognition for Patient Centered Medical Home





Community *First* Health Centers

UDS SURVEY

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:								
Como centro de salud comunitario, ofrecemos un programa de descuento de tarifa variable para servicios de atención médica que se basa en los ingresos del hogar y el tamaño de la familia. Si desea obtener más información por favor, comuníquese con nuestra oficina antes o el día de su cita. Reconozco que estoy al tanto del Programa de Tarifa Variable de CHFC []									
INGRESO FAMILIAR ANUAL: \$ _____ Proporcionar esta información nos ayuda a identificar a aquellos que pueden beneficiarse de nuestro programa de descuento de tarifa variable. Toda la información se mantiene estrictamente confidencial y de ninguna manera afecta los servicios que se le prestan a usted como paciente.	TAMAÑO DE LA FAMILIA: Incluye a la persona que completa el formulario, el cónyuge (si existe una unión legal) y cualquier dependiente. <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">[] 1</td> <td style="text-align: center;">[] 4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">[] 2</td> <td style="text-align: center;">[] 5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">[] 3</td> <td style="text-align: center;">[] Otro (añadir #)</td> </tr> </table>	[] 1	[] 4	[] 2	[] 5	[] 3	[] Otro (añadir #)		
[] 1	[] 4								
[] 2	[] 5								
[] 3	[] Otro (añadir #)								
MATRIMONIAL ESTADO <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">[] Divorciados</td> <td style="text-align: center;">[] Casado</td> <td style="text-align: center;">[] Pareja</td> <td style="text-align: center;">[] Soltero</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">[] Viudo</td> <td style="text-align: center;">[] Separados legalmente</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">[] Desconocido</td> </tr> </table>		[] Divorciados	[] Casado	[] Pareja	[] Soltero	[] Viudo	[] Separados legalmente	[] Desconocido	
[] Divorciados	[] Casado	[] Pareja	[] Soltero						
[] Viudo	[] Separados legalmente	[] Desconocido							
SITUACIÓN LABORAL [] Tiempo Completo [] Medio Tiempo [] Retirado [] Desempleado [] Tramajador por cuenta propria [] Desconocido	ESTADO MILITAR [] Servicio Activo [] Reservas Veterano [] Sí [] No	ESTADO DEL ESTUDIANTE [] Tiempo Completo [] Medio Tiempo [] No es un estudiante							
ESTATUS DE TRABAJADOR AGRÍCOLA [] Sí En caso afirmativo, [] Trabajador de temporada [] Trabajador migrante [] No por favor escoja una: [] Dependiente de un → [] Trabajador de temporada [] Trabajador migrante									
ESTADO DE LAS PERSONAS SIN HOGAR [] Sí En caso afirmativo, por [] Refugio [] Vivienda transitoria [] Viviendo con alguien mas [] Calle [] No Favor Escoja una: [] Vivienda de apoyo permanente [] Desconocido [] Otros									
¿ES USTED RESIDENTE DE UNA VIVIENDA PÚBLICA? (excluyendo la Sección 8) [] Sí [] No									

Firmar/Fecha

Definiciones/Descripciones del Estado de la Vivienda

Refugio: Elija esta opción si se hospeda en un refugio para personas sin hogar, un refugio para víctimas de violencia doméstica o un centro de calentamiento

Vivienda de transición: La vivienda de transición es normalmente una pequeña instalación donde las personas hacen la transición de un refugio y permanecen temporalmente (generalmente entre 6 meses y 2 años). Por lo general, tiene que pagar algo de alquiler, ayudar con las tareas domésticas y/o cocinar las comidas.

Calle: Elija esta opción si está durmiendo al aire libre, en un vehículo o remolque de campamento, en una tienda de campaña o campamento, u otras situaciones similares que normalmente no están destinadas a ser habitadas.

Duplicado: Duplicar (o "Couch Surfing") significa que te estás quedando con un amigo, familiar o conocido y la situación de vida es temporal e inestable

Vivienda de Apoyo Permanente (PSH): Esta opción no tiene límite de tiempo, normalmente está reservada para aquellos con algún tipo de condición discapacitante 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.

Otros: "Otras" opciones incluyen hospedarse en un hotel o motel, u otra situación no definida.

Más preguntas Página siguiente



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 tratar 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

Paciente o Padre/Tutor Legal

Fecha

Paciente o Padre/Tutor Legal Nombre Imprimido



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 archivo, 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? ☐ Si ☐ 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: _____



Community First Health Centers

Improving the quality of life for our community.

Consentimiento General De Odontología

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

Rellenos:

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 el color de los dientes exactamente con los dientes artificiales. Además, entiendo que llevaré corona (s) temporal (es), que pueden desprenderse fácilmente y que debo tener cuidado y asegurarme que se mantengan puestas hasta que se entreguen las coronas permanentes. Entiendo que habrá cargos adicionales por nuevas versiones debido al retraso de la cementación permanente de la corona.

Tratamiento Alternativo:

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

Tratamiento Periodontal:

Entiendo que si estoy recibiendo tratamiento para la enfermedad periodontal, esto significa que mi condición es grave y que puede causar inflamación o pérdida de encías y huesos, que ultimadamente puede llevar a la pérdida de mis dientes. Entiendo que no hay mas opciones de tratamiento para la enfermedad periodontal y estoy consciente de que si no se tratan, esto puede resultar en: cirugía de encías y / o extracciones de dientes.

Dentaduras y Parciales:

Entiendo que el uso de dentaduras / parciales es difícil. Los dolores, el habla alterada y la dificultad para comer son problemas comunes asociados con las dentaduras. La colocación inmediata de dentaduras después de las extracciones puede ser dolorosa. Las dentaduras inmediatas requerirán múltiples revestimientos y / o una nueva dentadura definitiva que se realizará mientras el tejido y el hueso cicatrizan; esto no está incluido en la tarifa de dentadura postiza. Además, todos los tipos de prótesis y parciales a menudo requieren una cantidad considerable de ajustes. Entiendo que el hecho de no cumplir con mi cita programada puede dar como resultado dentaduras mal ajustadas. Si se requiere una nueva versión debido a mi retraso de 30 días o más, puedo ser responsable de los cargos adicionales que me hayan sido transferidos.

Entiendo que la odontología es una ciencia inexacta y que, por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar los resultados. Reconozco que ninguna persona me ha garantizado ni asegurado los tratamientos odontológicos que solicité y autorizé. Por la presente autorizo a cualquiera de los doctores o asistentes dentales a proceder y realizar las restauraciones y tratamientos dentales como se indicó anteriormente y como se me explicó. Entiendo que esta es solo una estimación y está sujeta a modificaciones en función de circunstancias imprevistas o no diagnosticadas que puedan surgir durante el curso del tratamiento. Entiendo que independientemente de cualquier cobertura de seguro dental que pueda tener, soy el principal responsable del pago de todos los honorarios dentales.

Firma Del Paciente o tutor legal

Fecha

Firma Del Dentista

Fecha

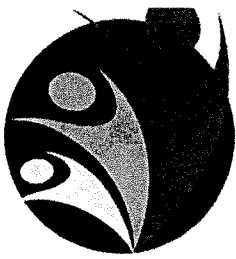
Firma Del Testigo

Fecha



This institution is an equal opportunity provider.
Partially funded by a Bureau of Primary Health Care, Health Resources and Services
Administration, U.S. Department of Health and Human Services Grant
Accredited by The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
NCQA Recognition for Patient Centered Medical Home





Community First Health Centers

Improving the quality of life for our community.

	/	/
--	---	---

Nombre completo del paciente (APELLIDO, NOMBRE)

Fecha de nacimiento del paciente

Lo valoramos como nuestro paciente y necesitamos de su cooperación para cumplir con las citas para que podamos brindarle cuidado dental a usted y a otros de manera oportuna. Al perder una cita o al cancelar de último momento significan que no podemos ofrecerle la cita a otro paciente que necesita atención dental desesperadamente. Las siguientes son las expectativas de los pacientes de nuestra agencia y los requisitos de las citas. Lea y coloque sus iniciales en cada sección a continuación para reconocer que comprende el acuerdo. Se **debe** seguir cada uno de estos requisitos, o la cita puede contarse como una cita perdida o ausente y estará sujeta a nuestra política de citas rotas. Se proporciona una descripción general de esta póliza en la sección de cumplimiento a continuación.

- **Confirmación de la cita:** Como cortesía, llamaremos al número de teléfono que tenemos registrado para que intentar confirmar su cita. Si no podemos comunicarnos con usted, **debe** llamar para confirmar la cita el día hábil anterior a la cita antes de las **12:00 del mediodía**. Si no llama para confirmar, su cita se dará a otro paciente y se contará como una **cita perdida**.
- **Cancelaciones:** Si necesita cancelar o reprogramar su cita, requerimos un aviso de al menos 24 horas. Las cancelaciones hechas menos de 24 horas antes de la hora programada se consideran como citas perdidas.
- **Llegar a tiempo:** El llegar a tiempo es **imprescindible**. Dedicamos un tiempo específico para que se pueda completar el tratamiento. Si llega tarde a su cita, es posible que no haya tiempo suficiente para completar el tratamiento y es posible que no podamos atenderlo. Esto se considerará como una **cita perdida**. Si nuestro horario lo permite, y si no afecta negativamente a otros pacientes, haremos lo que podamos para seguir viéndolo ese día.
LLAMADA TELEFÓNICA: Debido a que los horarios de las citas varían, le pedimos que llame a nuestra oficina si va a llegar **más de 5 minutos tarde**. En ese momento, un representante del equipo dental te informará si aún puedes ser atendido o si tu visita debe ser reprogramada.
- ****RECORDATORIO:** Las **citas perdidas repetidamente / ausentes** causadas por una llegada tardía pueden resultar en que se le coloque en la lista donde solo pueda hacer citas el mismo día.
**
- **Cumplimiento (Póliza de citas rota):** Los pacientes pueden tener **dos** citas perdidas/rotas en el período de doce meses. Si se produce una **tercera** cita perdida, no se le programará ninguna cita futura y se cancelarán las citas que ya se hayan concertado.

Muchos pacientes utilizan nuestros servicios aquí en la Clínica Dental de Community First Health Centers. Su ayuda para cumplir con sus citas nos permite brindar una atención mejor y más oportuna a todos nuestros pacientes.

--	--	--

Firma del paciente o firma de uno de los padres
o tutor si el paciente es menor de 18 años

Nombre escrito

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): _____ @ _____

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: _____

Preferencia de comunicacion

Para confirmacion de cita: ☐ llamadas ☐ Texto ☐ llamadas y texto

Horario para la confirmacion: ☐ Mañana ☐ Despues de medio dia ☐ Tarde

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 ☐ Tengo un seguro secundario. Si usted marco aquí por favor entregue la información a la recepcionista.



Registro de Nuevos Pacientes y Evaluación del Historial Médico

Historial Dental del Paciente

Instrucciones: Complete todas las secciones.

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de la última visita dental: _____ Fecha de la última limpieza dental: _____

¿Con que frecuencia se cepilla? _____ / ☐ diario ☐ semanal ☐ nunca

¿Con que frecuencia usa el hilo dental? _____ / ☐ diario ☐ semanal ☐ nunca

Ultimo conjunto de radiografías completo: _____ Motivo de su visita hoy: _____

¿Tiene algún problema dental ahora? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa: _____

¿Alguna vez le han dicho que tome un medicamento previo (antibiótico) antes de su cita dental? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene algún dolor en su boca?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa:

Alguna vez ha experimentado:

Su quijada truena o hace clic ☐ Sí ☐ No

Dolor (articulaciones, orejas, lado de la cara) ☐ Sí ☐ No

Nerviosismo antes de una cita dental ☐ Sí ☐ No

A usted:

Le salen herpes labiales, ampollas o lesiones ☐ Sí ☐ No

Tiene la mandíbula cansada, más en la mañana ☐ Sí ☐ No

Fuma o masca tabaco ☐ Sí ☐ No

Usar dentaduras postizas o parciales ☐ Sí ☐ No

¿En qué año fueron hechos? _____

Alguna vez ha tenido:

Tratamiento de ortodoncia ☐ Sí ☐ No

Cirugía oral ☐ Sí ☐ No

Tratamiento de encías ☐ Sí ☐ No

Placa para morder o protector bucal ☐ Sí ☐ No

¿Hay algo más sobre el tratamiento dental que le gustaría que supiéramos? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa: _____



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 alguna condición médica actual que debemos tener en cuenta? _____

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, proporcione los países y las fechas a continuación): ☐ Sí ☐ No



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Indique cuales de los siguientes síntomas tiene o ha tenido en el pasado:

Síntoma actual	Sí	No	Síntoma actual	Sí	No
Gastrointestinal			Cardiovascular		
Acidez estomacal	☐	☐	Dolor de pecho	☐	☐
Reflujo	☐	☐	Cirugías del corazón	☐	☐
Neurológico			Enfermedad del corazón		
Dolores de cabeza	☐	☐	Ataque al corazón	☐	☐
Pérdida de memoria	☐	☐	Alta presión sanguínea	☐	☐
Epilepsia/Convulsiones	☐	☐	Presión arterial baja	☐	☐
Respiratorio			Válvula cardíaca artificial		
Tuberculosis	☐	☐	Marcapasos	☐	☐
Asma	☐	☐	Derrame cerebral	☐	☐
Genitourinario			Musculoesquelético		
Problemas renales	☐	☐	Articulaciones Artificiales (cadera, rodilla, etc.)	☐	☐
Psiquiatra			Otro		
Ansiedad	☐	☐	Hepatitis A	☐	☐
Irritabilidad	☐	☐	Hepatitis B	☐	☐
Depresión	☐	☐	Hepatitis C	☐	☐
Problemas del sueño	☐	☐	SIDA/VIH Positivo	☐	☐
Abuso de alcohol	☐	☐	Tratamientos del cáncer	☐	☐
Abuso de drogas	☐	☐	Problemas de hígado	☐	☐
			Diabetes	☐	☐
¿Usted fuma?	☐	☐	Si la pregunta sobre diabetes es afirmativa, responda las siguientes preguntas:		
Si es así, ¿en qué año empezaste?			¿Cuál es su meta de A1C?		
¿Estas listo para dejar de fumar o pensando en dejar de fumar?	☐	☐	¿Cuál es su valor actual de A1C?		

¿Necesita alguna acomodación especial durante su cita?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa: _____

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

Registro de Nuevos Pacientes y Evaluación de la Historia Clínica

Información sobre medicamentos y recetas electrónicas

Community First Health Centers utiliza un programa de prescripción computarizado que mejora la precisión y la conveniencia de recetar medicamentos. Este programa permite la transmisión electrónica de la mayoría de sus recetas directamente a la farmacia de su elección. Para ayudarnos a implementar este programa, necesitamos recopilar la información que se indica a continuación.

El nombre de su farmacia PRIMARIA: _____

Dirección de la farmacia: _____ Ciudad, Estado, Condigo Postal: _____

Teléfono de farmacia: _____ Fax de farmacia: _____

Firma del Paciente o del Padre/Tutor _____

Fecha _____

☐ Scanned into Chart ☐ Translation provided



¿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): _____
- ☐ Nadie (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 cómo 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 domiciliaria 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.