



FORMULARIO DE ADMISIÓN DE PACIENTES

Información de el paciente

Nombre:		Dirección:	
Fecha de nacimiento:		Ciudad:	
Género:		Estado:	
Numero de teléfono:		Código postal:	
Correo electrónico:			
Contacto de emergencia:	Relación:	Número de contacto:	
Distrito:		Escuela:	

Seguro médico

Seguro:	
Plan de seguro:	
Identificación del seguro:	

¿Es el paciente el titular principal de la tarjeta? Sí No

¿Es el paciente el empleado, el cónyuge o el dependiente? Empleado/a Esposo/a Dependiente

Si el paciente NO es el titular principal de la tarjeta, incluya también:

Nombre del miembro asegurado:	
Fecha de nacimiento del asegurado:	
Relación con el asegurado:	

* **Por favor, marque aquí si no está asegurado**

Si no tiene seguro, proporcione su número de seguro social y su identificación de CA o México (si corresponde)

Número de la Seguro Social: Número de identificación y estado:

Información de salud primaria

¿Tiene un médico actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Proveedor de atención primaria:		Número de teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Farmacia:		Número de teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Problemas médicos anteriores/actuales

¿Le han diagnosticado o tratado alguna vez por alguno de los siguientes motivos?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del reflujo ácido | <input type="checkbox"/> EPOC/Fisema | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Prediabetes |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Alta presión | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica | <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | | |

Alergias/Medicamentos

Por favor, enumere todos los **medicamentos** que toma actualmente, incluyendo medicamentos recetados, medicamentos sin receta y vitaminas.

Nombre del medicamento	Dosis	¿Cuándo y con qué frecuencia lo toma?

Por favor, enumere todos los artículos a los que es **alérgico** y la reacción - todos los medicamentos, plantas, alimentos y animales.

Alergia	Reacción

Operaciones/hospitalizaciones/lesiones

Enumere todas las operaciones, hospitalizaciones y lesiones (y las fechas de cada una).

Operaciones	Lesiones	Hospitalizaciones (indique el motivo)

Historial médico de familia biológica

Enumerar cualquier problema médico

Madre:	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
Padre:	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
Abuela paterna:	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
Abuelo paterno:	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
Abuela materna:	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
Abuelo materno:	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
Tía paterna:	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
Tío paterno:	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
Tía materna:	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
Tío materno	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
Hermanos: # _____	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
Hermanas: # _____	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
Hijos: # _____	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
Hijas: # _____	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	
	¿Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí	

Historial médico de familiar biológica (continuación...)

Enumere los **problemas médicos** que se dan en su familia (tíos, primos, etc.) Entre ellas, la **diabetes, el cáncer y las enfermedades cardíacas**:

Miembro de la familia	Problema médico

Hábitos de salud

Responda a las siguientes preguntas sobre sus **hábitos de salud**:

Preguntas	Respuesta	Cantidad por día/Cuando lo dejó?
¿Bebes alcohol?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Fuma?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Fumaba antes?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Consume cafeína?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Usas drogas ilegales?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Hace ejercicio regularmente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Fuma cannabis?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Historial menstrual

Edad de la primera menstruación:		Número de hijos:	
Edad de la menopausia:		Número de abortos espontáneos:	
Número de embarazos:		Número de abortos:	

Historia de los viajes

¿Ha viajado fuera de Estados Unidos en los últimos 6 meses? SÍ NO

Si la respuesta es **sí**, indique los países: _____

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. LE ROGAMOS QUE LO REVISE DETENIDAMENTE.

Entendemos la importancia de la privacidad y nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información médica. Llevamos un registro de la atención médica que proporcionamos y podemos recibir dichos registros de otros. Utilizamos estos registros para proporcionar o permitir que otros proveedores de atención médica proporcionen atención médica de calidad, para obtener el pago de los servicios prestados a usted según lo permitido por su plan de salud y para permitirnos cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales para operar la práctica médica correctamente. La ley nos exige que protejamos la privacidad de la información médica protegida y que proporcionemos a las personas un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. Este aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con nuestro responsable de privacidad.

A. Cómo puede este consultorio médico utilizar o divulgar su información médica

Esta consulta médica recopila información sanitaria sobre usted y la almacena en un gráfico y en el ordenador. Se trata de su historial médico. La historia clínica es propiedad de esta consulta, pero la información que contiene le pertenece a usted. La ley nos permite utilizar o divulgar su información para los siguientes fines:

1. Tratamiento. Utilizamos información médica sobre usted para proporcionarle atención médica. Revelamos información médica a nuestros empleados y a otras personas que participan en la prestación de la atención que usted necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos u otros proveedores de atención sanitaria que le prestarán servicios que nosotros no proporcionamos. O podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesite para dispensarle una receta, o con un laboratorio que realice una prueba. También podemos revelar información a los miembros de su familia o a otras personas que puedan ayudarle cuando esté enfermo o lesionado.
2. Pago. Utilizamos y divulgamos información médica sobre usted para obtener el pago de los servicios que prestamos. Por ejemplo, damos a su plan de salud la información que requiere antes de pagamos. También podemos revelar información a otros proveedores de atención médica para ayudarles a obtener el pago de los servicios que le han prestado.
3. Operaciones de atención médica. Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para operar esta práctica médica. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que proporcionamos, o la competencia y las calificaciones de nuestro personal profesional. O podemos utilizar y divulgar esta información para que su plan de salud autorice servicios o remisiones. También podemos utilizar y divulgar esta información según sea necesario para realizar revisiones médicas, servicios legales y auditorías, incluyendo programas de detección de fraude y abuso y de cumplimiento, así como de planificación y gestión empresarial. También podemos compartir su información médica con nuestros "socios comerciales", como nuestro servicio de facturación, que realizan servicios administrativos para nosotros. Tenemos un contrato escrito con cada uno de estos asociados comerciales que contiene términos que les exigen proteger la confidencialidad de su información médica. Aunque la ley federal no protege la información médica que se divulga a alguien que no sea otro proveedor de atención médica, plan de salud o centro de intercambio de información de atención médica, según la ley de California, todos los receptores de información médica tienen prohibido volver a divulgarla, excepto cuando la ley lo exija o lo permita específicamente. También podemos compartir su

información con otros proveedores de atención sanitaria, centros de intercambio de información sobre la atención sanitaria o planes de salud que tengan relación con usted, cuando soliciten esta información para ayudarles en sus actividades de evaluación y mejora de la calidad, en sus esfuerzos por mejorar la salud o reducir los costes de la atención sanitaria, en su revisión de la competencia, las calificaciones y el rendimiento de los profesionales de la atención sanitaria, en sus programas de formación, en sus actividades de acreditación, certificación o concesión de licencias, o en sus esfuerzos de detección del fraude y el abuso en la atención sanitaria y en su cumplimiento.

4. Recordatorios de citas. Podemos utilizar y divulgar información médica para ponernos en contacto con usted y recordarle sus citas y/o otros servicios médicos. Si no está en casa cuando le llamamos, podemos dejar esta información en su contestador automático/correo de voz o en el mensaje que deje la persona que contesta el teléfono. También podemos enviar correos electrónicos o mensajes de texto recordatorios de citas o notificaciones importantes.

5. Hoja de registro. Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted pidiéndole que firme al llegar a nuestra oficina. También podemos decir su nombre en voz alta cuando estemos listos para verlo.

6. Notificación y comunicación con la familia. Podemos divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, a su representante personal o a otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicación, su estado general o en caso de su muerte. En caso de catástrofe, podemos revelar información a una organización de ayuda para que pueda coordinar estos esfuerzos de notificación. También podemos revelar información a alguien que participe en su atención o que ayude a pagarla. Si usted puede y está disponible para aceptar u objetar, le daremos la oportunidad de objetar antes de hacer estas revelaciones, aunque podemos revelar esta información en un desastre incluso a pesar de su objeción si creemos que es necesario para responder a las circunstancias de emergencia. Si usted no puede o no está disponible para aceptar u objetar, nuestros profesionales de la salud utilizarán su mejor criterio en la comunicación con su familia y otras personas.

7. Requerido por la ley. Según lo exija la ley, utilizaremos y divulgaremos su información médica, pero limitaremos nuestro uso o divulgación a los requisitos pertinentes de la ley. Cuando la ley nos exija denunciar abusos, negligencia o violencia doméstica, o responder a un procedimiento judicial o administrativo, o a los agentes de la ley, cumpliremos además con el requisito establecido a continuación en relación con esas actividades.

8. Salud pública. La ley puede exigirnos, y a veces lo hace, que divulguemos sus datos sanitarios a las autoridades de salud pública para fines relacionados con: la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades; la denuncia de abusos o negligencias a niños, ancianos o adultos dependientes; la denuncia de violencia doméstica; la notificación a la Administración de Alimentos y Medicamentos de problemas con productos y reacciones a medicamentos; y la notificación de exposición a enfermedades o infecciones. Cuando informemos de una sospecha de maltrato de ancianos o adultos dependientes o de violencia doméstica, le informaremos a usted o a su representante personal con prontitud, a menos que, según nuestro mejor criterio profesional, creamos que la notificación le pondría en riesgo de sufrir un daño grave o requiera informar a un representante personal que creamos que es responsable del maltrato o del daño.

9. Actividades de supervisión sanitaria. Podemos, y a veces nos lo exige la ley, divulgar sus datos sanitarios a organismos de supervisión durante el transcurso de auditorías, investigaciones, inspecciones y procedimientos de concesión de licencias y de otro tipo, con sujeción a las limitaciones impuestas por las leyes federales y de California.

10. Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos, y a veces nos lo exige la ley, divulgar su información médica en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial en la medida en que lo autorice expresamente un tribunal mediante una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal si se han hecho esfuerzos razonables para notificarle la solicitud y usted no se ha opuesto, o si sus objeciones han sido resueltas por una orden judicial o administrativa.

11. Cumplimiento de la ley. Podemos, y a veces nos lo exige la ley, divulgar su información médica a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley para fines tales como la identificación o localización de un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, el cumplimiento de una orden judicial, una orden de arresto, una citación del gran jurado y otros fines de aplicación de la ley.

12. Médicos forenses. Podemos, y a menudo estamos obligados por ley, a revelar su información médica a los forenses en relación con sus investigaciones de las muertes.

13. Donación de órganos o tejidos. Podemos divulgar su información médica a organizaciones que participan en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos y tejidos.

14. Seguridad pública. Podemos, y a veces nos lo exige la ley, divulgar su información médica a las personas adecuadas para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona en particular o del público en general.

15. Funciones gubernamentales especializadas. Podemos divulgar su información médica para fines militares o de seguridad nacional o a instituciones correccionales o agentes de la ley que lo tengan a usted bajo custodia legal.

16. Compensación laboral. Podemos divulgar su información médica según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación laboral. Por ejemplo, en la medida en que su atención esté cubierta por la compensación de los trabajadores, haremos informes periódicos a su empleador sobre su estado. La ley también nos exige que informemos de los casos de lesiones o enfermedades profesionales al empleador o a la compensación de los trabajadores.

17. Cambio de titularidad. En el caso de que esta consulta médica se venda o se fusione con otra organización, su información/registro médico pasará a ser propiedad del nuevo propietario, aunque usted mantendrá el derecho a solicitar que se transfieran copias de su información médica a otro médico o grupo médico.

B. Cuando este consultorio médico no puede utilizar o divulgar su información médica

A excepción de lo descrito en este Aviso de Prácticas de Privacidad, este consultorio médico no utilizará ni divulgará información de salud que lo identifique sin su autorización por escrito. Si usted autoriza a este consultorio médico a usar o divulgar su información médica para otro propósito, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

C. Sus derechos en materia de información sanitaria

1. Derecho a solicitar protecciones especiales de la privacidad. Usted tiene derecho a solicitar restricciones a determinados usos y divulgaciones de su información médica, mediante una solicitud por escrito en la que especifique qué información desea limitar y qué limitaciones al uso o divulgación de esa información desea que le impongamos. Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar su solicitud y le notificaremos nuestra decisión.

2. Derecho a solicitar protecciones especiales de la privacidad. Tiene derecho a solicitar que se le entregue su información médica de una manera específica o en un lugar concreto. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos la información a una cuenta de correo electrónico concreta o a la dirección de su trabajo. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables presentadas por escrito que especifiquen cómo o dónde desea recibir estas comunicaciones.

3. Derecho a inspeccionar y copiar. Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica, con limitadas excepciones. Para acceder a su información médica, debe presentar una solicitud por escrito en la que detalle a qué información desea acceder y si desea inspeccionarla u obtener una copia de la misma. Le cobraremos una tarifa razonable, según lo permitido por las leyes federales y de California. Podemos denegar su solicitud en circunstancias limitadas. Si denegamos su solicitud de acceso a los expedientes de su hijo o de un adulto incapacitado al que usted representa porque creemos que permitir el acceso podría causar un daño sustancial al paciente, usted tendrá derecho a apelar nuestra decisión. Si le denegamos

solicitud de acceso a sus notas de psicoterapia, tendrá derecho a que se las transfieran a otro profesional de la salud mental.

4. Derecho a modificar o complementar. Tiene derecho a solicitar que modifiquemos la información sobre su salud que considere incorrecta o incompleta. Debe presentar una solicitud de modificación por escrito e incluir las razones por las que cree que la información es incorrecta o incompleta. No estamos obligados a modificar su información médica y le proporcionaremos información sobre la denegación de esta práctica médica y cómo puede estar en desacuerdo con la denegación. Podemos denegar su solicitud si no tenemos la información, si no creamos la información (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda), si no se le permite inspeccionar o copiar la información en cuestión, o si la información es exacta y completa tal como está. También tiene derecho a solicitar que añadamos a su expediente una declaración de hasta 250 palabras sobre cualquier declaración o elemento que considere incompleto o incorrecto.

5. Derecho a recibir un informe sobre las divulgaciones. Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información médica realizadas por este consultorio médico, excepto que este consultorio médico no tiene que dar cuenta de las divulgaciones que se le hayan proporcionado a usted o conforme a su autorización por escrito, o como se describe en los párrafos 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (operaciones de atención médica), 6 (notificación y comunicación con la familia) y 16 (funciones gubernamentales especializadas) de la Sección A de este Aviso de Prácticas de Privacidad o la divulgación para fines o investigación o salud pública que excluyen los identificadores directos del paciente, o que son incidentes a un uso o divulgación de otra manera permitida o autorizada por la ley, o las divulgaciones a una agencia de supervisión de la salud o funcionario de la ley en la medida en que esta práctica médica ha recibido la notificación de esa agencia o funcionario que proporcionar esta contabilidad sería razonablemente probable que impida sus actividades.

Tiene derecho a recibir una copia en papel de este Aviso de prácticas de privacidad, incluso si ha solicitado previamente su recepción por correo electrónico. Si desea obtener una explicación más detallada de estos derechos o si desea ejercer uno o más de estos derechos, póngase en contacto con nuestro responsable de privacidad que aparece en la parte superior de este Aviso de prácticas de privacidad.

D. Cambios en este Aviso de prácticas de privacidad

Nos reservamos el derecho a modificar este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que se realice dicha modificación, estamos obligados por ley a cumplir con este Aviso. Después de que se haga una enmienda, el Aviso de Prácticas de Privacidad revisado se aplicará a toda la información de salud protegida que mantengamos, independientemente de cuándo se haya creado o recibido. Mantendremos una copia de la notificación actual publicada en nuestra área de recepción, y una copia estará disponible en cada cita.

E. Reclamaciones

No se le penalizará por presentar una queja. Las quejas sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad o sobre la forma en que este consultorio médico maneja su información médica deben dirigirse a nuestro Funcionario de Privacidad que aparece en la parte superior de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Si no está satisfecho con la manera en que esta oficina maneja una queja, puede presentar una queja formal a: Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights, Hubert H. Humphrey Bldg. 200 Independence Avenue, S. W. Room 509 F HHH Building, Washington, DC 20201

Iniciales del paciente: _____

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo _____ soy consciente de que *HealthWise Medical Clinic* **NO ES** responsable de ningún cargo adicional acumulado fuera de las instalaciones. Entiendo que estas son **MIS** responsabilidades y no las de mi empleador ni de *HealthWise Medical Clinic*. Esto incluye cualquier referencia, laboratorio o estudio de diagnóstico recomendado por los proveedores de *HealthWise Medical Clinic*.

Por la presente doy mi consentimiento para recibir comunicaciones a través de mensajes de texto o correo electrónico con el fin de recordatorios de citas y otras notificaciones relacionadas con la salud.

Firma: _____ Fecha de nacimiento: _____

Imprime el nombre: _____ Fecha de hoy: _____