

Formulario de consentimiento del paciente

Escriba claramente. Llene toda la información.

Información del paciente

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL			
CORREO ELECTRÓNICO							
N.º DE SEGURO SOCIAL (SI TIENE UNO)			FECHA DE NACIMIENTO				
DIRECCIÓN			CIUDAD, ESTADO				
CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (CASA)		TELÉFONO (CELULAR)				
SEXO (AL NACER)	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMENINO	IDIOMA PREFERIDO	<input type="checkbox"/> INGLÉS	<input type="checkbox"/> ESPAÑOL	<input type="checkbox"/> ÁRABE	<input type="checkbox"/> OTRO _____

Busque el número de personas en su familia/hogar en la primera columna. Marque la casilla en la columna de ingresos que mejor describa su situación.

TAMAÑO DE LA FAMILIA	MENOS QUE O IGUAL A	MENOS QUE O IGUAL A	MENOS QUE O IGUAL A	MENOS QUE O IGUAL A	MENOS QUE O IGUAL A	IGUAL O SUPERIOR A
1	<input type="checkbox"/> \$14,580	<input type="checkbox"/> \$18,255	<input type="checkbox"/> \$21,870	<input type="checkbox"/> \$25,515	<input type="checkbox"/> \$29,160	<input type="checkbox"/> \$29,161
2	<input type="checkbox"/> \$19,720	<input type="checkbox"/> \$24,650	<input type="checkbox"/> \$29,580	<input type="checkbox"/> \$34,510	<input type="checkbox"/> \$39,440	<input type="checkbox"/> \$39,441
3	<input type="checkbox"/> \$24,860	<input type="checkbox"/> \$31,075	<input type="checkbox"/> \$37,290	<input type="checkbox"/> \$43,505	<input type="checkbox"/> \$49,720	<input type="checkbox"/> \$49,721
4	<input type="checkbox"/> \$30,000	<input type="checkbox"/> \$37,500	<input type="checkbox"/> \$45,000	<input type="checkbox"/> \$52,500	<input type="checkbox"/> \$60,000	<input type="checkbox"/> \$60,001
5	<input type="checkbox"/> \$35,140	<input type="checkbox"/> \$43,925	<input type="checkbox"/> \$52,710	<input type="checkbox"/> \$61,495	<input type="checkbox"/> \$70,280	<input type="checkbox"/> \$70,281
6	<input type="checkbox"/> \$40,280	<input type="checkbox"/> \$50,350	<input type="checkbox"/> \$60,420	<input type="checkbox"/> \$70,490	<input type="checkbox"/> \$80,560	<input type="checkbox"/> \$80,561
7	<input type="checkbox"/> \$45,420	<input type="checkbox"/> \$56,775	<input type="checkbox"/> \$68,130	<input type="checkbox"/> \$79,485	<input type="checkbox"/> \$90,840	<input type="checkbox"/> \$90,841
8	<input type="checkbox"/> \$50,560	<input type="checkbox"/> \$63,200	<input type="checkbox"/> \$75,840	<input type="checkbox"/> \$88,480	<input type="checkbox"/> \$101,120	<input type="checkbox"/> \$101,121

Información del contacto de emergencia

APELLIDO		NOMBRE			
RELACIÓN	DIRECCIÓN				
CIUDAD, ESTADO		CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (CELULAR)		
TELÉFONO (CASA)	IDIOMA PREFERIDO	<input type="checkbox"/> INGLÉS	<input type="checkbox"/> ESPAÑOL	<input type="checkbox"/> ÁRABE	<input type="checkbox"/> OTRO _____

Formulario de consentimiento del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Si no tiene seguro médico, puede pedirnos una estimación de sus costos antes de recibir atención. Nuestro personal trabajará con el administrador para obtener esta estimación.

Información del seguro / titular de la póliza

Información del seguro primario

¿QUIÉN ES EL TITULAR DE LA PÓLIZA?		<input type="checkbox"/> PADRES / TUTORES	<input type="checkbox"/> CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> YO MISMO	<input type="checkbox"/> OTRO _____
NOMBRE DE LA ASEGURADORA					
DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA			CIUDAD, ESTADO DE LA ASEGURADORA		
CÓDIGO POSTAL DE LA ASEGURADORA					

Información del titular de la póliza del seguro principal

APELLIDO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
INICIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	SUFIJO <input type="checkbox"/> JR. <input type="checkbox"/> SR. <input type="checkbox"/> OTRO _____	FECHA DE NACIMIENTO	
TELÉFONO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
CIUDAD Y ESTADO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		CÓDIGO POSTAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
N.º DE ID DE LA PÓLIZA		N.º DE GRUPO/PLAN	

Información del titular de la póliza del seguro secundario

APELLIDO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
INICIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	SUFIJO <input type="checkbox"/> JR. <input type="checkbox"/> SR. <input type="checkbox"/> OTRO _____	FECHA DE NACIMIENTO	
TELÉFONO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
CIUDAD Y ESTADO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		CÓDIGO POSTAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
N.º DE ID DE LA PÓLIZA		N.º DE GRUPO/PLAN	

FOR OFFICE USE ONLY	<input type="checkbox"/> DOCUMENTS REVIEWED	<input type="checkbox"/> PAY STUB	<input type="checkbox"/> TAX STATEMENT	<input type="checkbox"/> W2	<input type="checkbox"/> LETTER OF SUPPORT	<input type="checkbox"/> _____

Formulario de consentimiento del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Antecedentes del paciente

Raza	Origen étnico	Identidad de género	Orientación sexual
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Bisexual
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> No hispano ni latino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Lesbiana, gay
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Ni hombre ni mujer exclusivamente	<input type="checkbox"/> Algo más
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	Lugar de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana ni gay)
<input type="checkbox"/> Otras isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Estados Unidos	<input type="checkbox"/> Transgénero masculino a femenino	<input type="checkbox"/> No sé
<input type="checkbox"/> Dos o más	<input type="checkbox"/> Otro (indique el país)	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Blanco (caucásico)	_____	<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> No respondió/prefiere no responder	_____	_____	

Situación de vivienda

¿Está sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es exmilitar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo: <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Comparte vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda transicional	

Programas

¿Actualmente recibe vales de alimentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Actualmente recibe WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita ayuda para pagar sus medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--	--

Farmacia de alimentos de Neighborhood Health

¿Quiere recibir una caja de alimentos hoy? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--

Conocimientos de salud

Marque su respuesta a las siguientes preguntas:

¿Con qué frecuencia otras personas le ayudan a leer materiales médicos?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Con qué frecuencia tiene un problema para entender lo que le dicen acerca de su condición médica?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca

¿Cómo se enteró de nosotros?

<input type="checkbox"/> Amigo/familiar	<input type="checkbox"/> Nuestro personal	<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> Twitter
<input type="checkbox"/> Nuestro sitio web	<input type="checkbox"/> Publicidad (postal, periódico, etc.)	<input type="checkbox"/> Vi la clínica	<input type="checkbox"/> Evento comunitario	<input type="checkbox"/> Otro _____

Formulario de consentimiento del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Acerca de usted

Cuéntenos sobre sus antecedentes. Esto nos ayuda a brindar la mejor atención posible.

Protegeremos su privacidad. Tratamos su información de manera confidencial.

Alergias

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Alergias a medicamentos
Alergias a alimentos	Otras alergias (látex, picaduras de abeja, etc.)		

Información sobre la farmacia

Nombre de la farmacia	Número de teléfono
Dirección/ubicación	

Dental

¿Actualmente tiene problemas con dolor dental?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Sus encías sangran?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha tomado un tratamiento de premedicación con antibióticos?					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Historial familiar Se desconoce el historial familiar de nacimientos

¿En su familia existe alguna de las siguientes afecciones?	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (indique el tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependencia de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paro cardíaco repentino (menor de 50 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (por favor explique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario de consentimiento del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Su historial medico

Marque cualquiera de las siguientes que USTED ha tenido alguna vez o está experimentando actualmente.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Trastornos suprarrenales | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Infección por VIH |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Urticaria |
| <input type="checkbox"/> Anorexia (trastorno de alimentación) | <input type="checkbox"/> VPH |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Malaria |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Migrañas/dolores de cabeza severos |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de coagulación | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos/trastornos de coagulación | <input type="checkbox"/> Paperas |
| <input type="checkbox"/> Bulimia (trastorno de alimentación) | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Alergias nasales/fiebre del heno |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca | <input type="checkbox"/> Otros problemas de huesos/articulaciones
_____ |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades del hígado, estómago o intestino
_____ |
| <input type="checkbox"/> Clamidia | <input type="checkbox"/> Otros problemas neurológicos
_____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica de riñones o vejiga | <input type="checkbox"/> Otras ETS
_____ |
| <input type="checkbox"/> Infecciones sinusales crónicas | <input type="checkbox"/> Incontinencia |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Mononucleosis infecciosa |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Síndrome de ovario poliquístico (SOP) |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Trastornos oculares (excepto anteojos o lentes de contacto) | <input type="checkbox"/> Terapia de radiación |
| <input type="checkbox"/> Fracturas de huesos | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales/duodenales |
| <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral/AIT |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad / ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Soplo del corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea |
| | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn |

HISTORIAL OB/GYN

Fecha de la última menstruación _____

Fecha del último Papanicolaou _____

¿Historia de pruebas de Papanicolaou anormales?

Sí No

Fecha del último examen de senos _____

¿Historia de examen anormal de los senos?

Sí No

Número de embarazos totales _____

Número de hijos nacidos _____

¿Está actualmente embarazada o amamantando?

Sí No

NIVEL DE ACTIVIDAD

Diría que su nivel de actividad es:

POCO EJERCICIO: Sentado la mayor parte del día; trabajo de escritorio; poca actividad. Por ejemplo: caminar de 10 a 15 minutos 1 o 2 veces a la semana.

ALGO DE EJERCICIO: Actividad que aumenta su frecuencia cardíaca y lo hace sudar. Por ejemplo: caminar rápidamente 30 minutos al día, 5 días a la semana.

MUCHO EJERCICIO: Actividad que aumenta su frecuencia cardíaca y lo hace respirar fuerte y rápido. Por ejemplo: trotar o correr durante al menos 1 hora y 15 minutos cada semana.

CONSUMO DE SUSTANCIAS

¿Bebe alcohol?

¿Fuma?

¿Consume drogas recreativas?

¿Vapea?

Formulario de consentimiento del paciente

Tipo de hepatitis: _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Su historial medico

Marque cualquiera de las siguientes que USTED ha tenido alguna vez o está experimentando actualmente.

Historial quirúrgico

<input type="checkbox"/>	Apendectomía		
<input type="checkbox"/>	Adenoidectomía		
<input type="checkbox"/>	Cirugía de colon		
<input type="checkbox"/>	Tubos de ventilación		
<input type="checkbox"/>	Extracción de la vesícula biliar		
<input type="checkbox"/>	Cirugía de cadera	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha
<input type="checkbox"/>	Cirugía de rodilla	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha
<input type="checkbox"/>	Histerectomía		
<input type="checkbox"/>	Trasplante de órgano		

<input type="checkbox"/>	Extracción de quistes ováricos
<input type="checkbox"/>	Cirugía de próstata
<input type="checkbox"/>	Esplenectomía
<input type="checkbox"/>	Amigdalectomía
<input type="checkbox"/>	Cirugía para adelgazar
<input type="checkbox"/>	Otras cirugías previas

Otro historial

Hospitalizaciones previas/visitas a urgencias

Indique todos los medicamentos que toma actualmente. Incluya medicamentos recetados, anticonceptivos, para el acné, de venta libre, vitaminas, etc.

Formulario de consentimiento del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

<p>Escriba sus iniciales _____ aquí</p>	<p>Quiero recibir la atención que Salvus Center recomienda para mí.* Acepto que Salvus Center dé tratamiento a mí*. *O a un hijo menor si él/ella es el paciente y yo soy el padre o tutor legal y puedo autorizar el tratamiento.</p>	<p>Doy mi consentimiento para la evaluación y el tratamiento que se considere necesario o aconsejable a juicio de un médico de Salvus Center o Neighborhood Health u otro proveedor clínico. Esto puede incluir, entre otros, una entrevista, un examen físico, análisis clínicos u otros servicios prestados al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del proveedor.</p>
<p>Escriba sus iniciales _____ aquí</p>	<p>Acepto que la aseguradora, Medicare, TennCare u otros programas puedan pagar mi factura. Permito que Salvus Center se quede con estos pagos.</p>	<p>Como contraprestación por los servicios brindados, por el presente transfiero y cedo a Salvus Center y Neighborhood Health todos los derechos, títulos e intereses de cualquier pago adeudado a mí (o a mi hijo) por los servicios descritos en este documento, según lo dispuesto en la póliza o pólizas de seguro mencionadas anteriormente. Salvus Center y Neighborhood Health puede divulgar todo o parte del expediente del paciente (incluyendo información sobre tratamiento psiquiátrico, abuso de alcohol y drogas, familiares o empleadores del paciente) en relación con todo o parte del cargo de la clínica, incluidas, entre otras, a compañías de servicios médicos y dentales, aseguradoras, compañías de compensación al trabajador, fondos de asistencia social o al empleador del paciente. Por el presente acepto que todos los pagos de Medicaid / Medicare relacionados con mi tratamiento (o el de mi hijo) se asignen a Salvus Center y/o Neighborhood Health.</p>
<p>Escriba sus iniciales _____ aquí</p>	<p>Acepto pagar las tarifas adeudadas y que no están cubiertas por el seguro, Medicare, TennCare u otros programas.</p>	<p>Acepto que, como contraprestación por los servicios que se me brindarán (o a mi hijo), estoy obligado a pagar las tarifas correspondientes según los ingresos de mi hogar y el tamaño de mi familia. Entiendo que Salvus Center y/o Neighborhood Health pueden presentar reclamos de seguros como cortesía; sin embargo, si se niega un reclamo por cualquier motivo, soy responsable del pago. También entiendo que debo pagar cualquier copago, deducible, coaseguro o cualquier otro saldo no pagado por mi seguro o un pagador externo (o el de mi hijo) dentro de un período de tiempo razonable que no exceda los noventa (90) días.</p>
<p>Escriba sus iniciales _____ aquí</p>	<p>Salvus Center puede contactarme por teléfono, correo electrónico y mensaje de texto.</p>	<p>Doy mi permiso para que Salvus Center y/o Neighborhood Health se comunique conmigo por teléfono, correo electrónico y mensaje de texto con respecto a citas, resultados de análisis clínicos, facturación y avisos. Sé que puedo optar por no recibirlos informando a Salvus Center y/o Neighborhood Health que no deseo recibir mensajes de una manera en particular.</p>
<p>Escriba sus iniciales _____ aquí</p>	<p>Salvus Center me ofreció un aviso sobre privacidad. Salvus Center también me ofreció un aviso sobre mis derechos como paciente.</p>	<p>Me han ofrecido (a) una copia del Aviso de prácticas de privacidad HIPAA de Salvus Center y/o Neighborhood Health; y (b) los Derechos y responsabilidades del paciente de Salvus Center y/o Neighborhood Health. También sé que Salvus Center y/o Neighborhood Health me enviará una copia de estos documentos por correo electrónico o postal si los solicito.</p>
<p>Escriba sus iniciales _____ aquí</p>	<p>Sé que Salvus Center conservará una copia de esto.</p>	<p>Autorizo a Salvus Center y/o Neighborhood Health a usar una copia de estas autorizaciones y cesiones. Salvus Center y/o Neighborhood Health archivarán cualquier copia impresa original. Su autorización sigue siendo válida a menos que y hasta que la revoque por escrito.</p>
<p>Escriba sus iniciales _____ aquí</p>	<p>Sé que todos son bienvenidos en Salvus Center.</p>	<p>Si he sido discriminado por motivos de raza, color u origen nacional, sé que puedo presentar una queja ante Salvus Center y/o Neighborhood Health en virtud del Título VI llamando al 615-227-3000 x1007. También puedo presentar una queja ante la oficina regional o central del Departamento de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, o la Oficina de Derechos Civiles, en 101 Marietta Tower, Suite 2706, Atlanta, GA.</p>

Sé que Salvus Center y Neighborhood Health utilizará la información de este formulario cuando me brinde atención a mí y a mi familia. Toda la información que proporciono en este formulario es verdadera y precisa.

FIRMA: X _____ FECHA: _____