



Registro de paciente

Necesito un intérprete de audición Necesito un intérprete de idiomas

Información del paciente: Nombre Preferido: _____ **Fecha(mes/día/año):** _____

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ Número de seguro social _____ Ocupación _____

Dirección _____ Número de apartamento _____ Apartado postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Teléfono Principal _____ Teléfono secundario _____ correo electrónico _____

Contacto de emergencia (Alguien que no viva en su casa): _____

Nombre _____ Apellido _____ Número de teléfono _____ Relación con el paciente _____

¿Reside el paciente en un hogar de ancianos o un centro de atención residencial?

sí no En caso afirmativo, dónde: _____ Número de teléfono _____

Access Family Care participa en programas federales que requieren que solicitemos lo siguiente: _____

Raza _____ Idioma preferido _____ Sexo al nacer _____ Identidad de género _____

Blanco Inglés Masculino Masculino

Asiático Español Femenino Femenino

Indio Americano/ Nativo de Alaska Otro: _____ Transgénero-Hombre a mujer

Negro/Afroamericano Estado civil _____ Orientación sexual _____ Transgénero-Mujer a Hombre

Nativo de Hawai Soltero Lesbiana, Gay, Homosexual Otro: _____

Islas del Pacífico Casado Heterosexual Prefiero no decir

Rechazar responder/Desconocido Viudo Bisexual _____

Etnicidad _____ Divorciado No sé _____ Ingresos familiar anual estimado

No Hispano o Latino Separado Algo más _____ \$ _____

Hispano o Latino Niño Prefiero no decir _____ Prefiero no decir

Rechazar responder/Desconocido Estatus de Veterano No es un veterano Veterano _____ # Adultos en el hogar _____

_____ # Niños en el hogar _____

¿Eres un trabajador agrícola? Sí No Tiene usted un techo donde vivir? Sí No

Garante-persona responsable del pago (Complete solo si la parte responsable no es el paciente). _____

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento(mes/día/año) _____ Número de seguro social _____ Empleador _____

Dirección (si es diferente del paciente) _____ Apartado postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ Correo electrónico _____

Teléfono Principal _____ Relación con el paciente _____

Seguro: Medicaid Medicare Commercial Otro _____

FORMA DE CONSENTIMIENTO

Nombre del paciente: _____ nte Fecha de nacimiento del Paciente: _____ Fecha(mes/dia/año): _____

Consentimiento para la divulgación adicional de información (por teléfono, correo o en persona)

Doy mi permiso para hablar con la persona que he enumerado:

Cualquier aspecto de la asistencia médica Solo información de salud Solo información financiera

Nombre _____ Parentesco _____ Número de teléfono _____

Nombre _____ Parentesco _____ Número de teléfono _____

Nombre _____ Parentesco _____ Número de teléfono _____

Nombre _____ Parentesco _____ Número de teléfono _____

Consentimiento para tratar a un paciente menor para tratamiento médico o dental

Yo, _____ autorizo a las siguientes personas designadas para consentir el tratamiento

Médico Dental para mi hijo _____. En caso de mi ausencia en el momento de una lesión, enfermedad o atención programada de rutina, también autorizo a la (s) persona (s) nombrada (s) a tomar decisiones relacionadas con la atención de mi hijo y firmar los documentos necesarios en caso de que mi hijo requiera hospitalización en caso de emergencia . Yo (nosotros) aceptamos la responsabilidad financiera por todos los cargos relacionados con cualquier tratamiento médico o odontológico o hospitalización prestados con motivo de esta autorización. Este consentimiento no se aplica a los procedimientos dentales que requieren extracción, óxido nítrico o tratamiento endodóntico (conductos de la raíz). Un padre o tutor legal debe estar presente para estos procedimientos. Esta autorización estará vigente por 1 año o hasta _____.

Yo _____ afirmo que soy el padrastro/madrastra del paciente, que estoy casado/a con el padre/madre natural y vivo con el padre y el niño/a naturales, y que puedo dar mi consentimiento para el tratamiento médico / dental del niño/a.

Agente designado / parentesco _____ Número de teléfono _____

Agente designado / parentesco _____ Número de teléfono _____

Agente designado / parentesco _____ Número de teléfono _____

Agente designado / parentesco _____ Número de teléfono _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por favor, ponga sus iniciales en cada línea:

_____ Doy mi consentimiento como paciente o custodio legal primario o custodio legal conjunto del paciente para cualquier tratamiento o procedimiento que el personal profesional de ACCESS Family Care considere necesario, incluidos, entre otros, los proveedores de servicios médicos, dentales y de salud del comportamiento.

_____ Entiendo que este tratamiento puede incluir radiografías y / o análisis de laboratorio. Entiendo que una visita dental de emergencia puede consistir en un diagnóstico de la afección y el tratamiento necesarios para aliviar la incomodidad, sin embargo, el tratamiento final puede requerir visitas adicionales.

_____ Autorizo a ACCESS Family Care a proporcionar toda la información necesaria para la facturación y el tratamiento de mio del paciente.

_____ Doy permiso para que ACCESS Family Care vea mi historial de medicamentos en el sistema de prescripción electrónica con el fin de proporcionar mirecetas de forma segura.

_____ Acepto ser financieramente responsable por todos los cargos y entiendo que el pago completo se espera al momento del servicio.

_____ Solicito que el pago de Medicare, Medicaid u otros beneficios de la compañía de seguros hechos en mi nombre o el del paciente sean asignados a ACCESS Family Care.

_____ Recibí una copia del Acuerdo de la Política del Paciente por No Presentarse de ACCESS Family Care. Entiendo que es mi responsabilidad leer y seguir la información contenida en este aviso.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad leer este aviso y hacer las preguntas que pueda tener.

_____ Recibí una copia del Contrato de paciente no admitido de cuidado familiar de ACCESS. Entiendo que los problemas de asistencia pueden hacer que me despidan como paciente de ACCESS Family Care y acepto que es mi responsabilidad seguir esta política.

_____ Acepto que mi consentimiento sea válido siempre que sea paciente de ACCESS Family Care.

Firma final (se aplica a todos los consentimientos)

X

Firma de la parte responsable / tutor legal

Fecha

Firma del personal de ACCESS Family Care

SECCION I

(Nombre del paciente) **(Inicial del segundo nombre)** **(Apellido)** **Fecha de nacimiento (mes/día/año)**

SECCION II INFORMACION DEL HOGAR

Por favor haga una lista de todas las personas que dependen de usted para su sustento o que ayudan con el sustento de la casa

**Los adultos (a excepción de su conyuge, pareja en union libre, o dependientes) que no tienen ingresos deben proveer una carta de cero ingresos notariada*

Nombre	Edad	Relación con el solicitante	¿Cuanto gana? (salario bruto,	¿Con que frecuencia le pagan?
		<i>(Hijo, hija, amigo, conyuge, etc....)</i>	<i>(Salarios, pagos del Seguro Social, etc. ...)</i>	<i>(Semanalmente, Cada dos semanas, Mensualmente o Quincenalmente)</i>
1		Yo, el solicitante		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Por favor, incluya documentación de ingresos para cada ADULTO enumerados arriba

SECCION III SEGURO

¿Usted o el paciente tienen seguro medico / dental? Si No

Si la respuesta es **SI**, proporcione una copia del anverso y reverso de su (s) tarjeta (s) de seguro a la recepción.

SECCION IV DOCUMENTACION DE INGRESO "CERO"

Debe proporcionar UNA de las opciones enumeradas a continuación para la documentación de Cero ingresos:

A. Carta notariada: Puede obtener un documento de Cero ingreso en su clínica local para ser notariada

*** Las personas mayores de 18 años, que no sea su conyuge, pareja de union libre o dependiente que usted reclama como ocupantes también deben presentar una carta certificada ante un notario que indique que usted cubre sus necesidades basicas como se indico anteriormente.*

*** Al proporcionar esta información, nos esta dando permiso para contactar a esta persona para verificar el estado de ingresos cero. Consulte con el personal de la recepción si necesita ayuda para obtener los servicios de un notario.*

SECCION V DECLARACION JURADA DEL SOLICITANTE

Yo soy el: Paciente Padre/Madre/Tutor Legal *(si el paciente es un dependiente, el padre o tutor legal debe firmar)*

Certifico que la información en esta aplicación es verdadera y precisa. Entiendo que es mi responsabilidad completar la solicitud y proporcionar la documentación de ingresos necesaria para obtener el descuento en los servicios. Entiendo que **1.)** Mis ingresos declarados sin pruebas solo son válidos por un máximo de un mes, **2.)** Solo puedo auto declarar una vez cada 12 meses, **3.)** Tendré que traer comprobante de ingresos para obtener el descuento después del primer mes, **4.)** Tengo dos meses a partir de mi fecha de solicitud inicial para proporcionar la documentación de ingresos requerida para cubrir cualquier otro servicio mas alla del primer mes, **5.)** El descuento solo se aplicará a los miembros del hogar nombrados en esta solicitud, y **6.)** La falsificación de información o documentación en esta solicitud resultará en la denegación de mi solicitud y cualquier descuento aplicable recibido bajo pretextos será revocado y seré responsable de todos los cargos. Acepto informar a Access Family Care si mi situación financiera cambia significativamente.

Firma

Fecha(mes/día/año)

Para Uso De Oficina Solamente

Self-Declared Sliding Fee Information		12 Month Sliding Fee Information	
Expiration Date:	Chart number:	Starting Date:	End Date:
Number of Household Members:		Number of Household Members:	
Total Estimated Gross Income:		Total Gross Income:	
Information entered in chart, including pop-up? Yes No		Information entered in chart, including pop-up? Yes No	
Approved Sliding Fee Discount: 1 2 3 4 5 6		Approved Sliding Fee Discount: 1 2 3 4 5 6	
Completed By:		Completed By:	



FORMA DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre del paciente (Nombre, Segundo Nombre, Apellido) Fecha de nacimiento del paciente Fecha(mes/día/año)

Ocupación Empleador Estado civil Nombre del médico

Motivo de la visita de hoy: ¿Estás adolorido? Sí No

Historial médico personal (marque todos los que correspondan):			
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria	<input type="checkbox"/> Quimioterapia / Radiación	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Radiación a la cabeza / cuello	<input type="checkbox"/> Herpes labial / ampolla de fiebre
<input type="checkbox"/> Autismo / Asperger	<input type="checkbox"/> Murmullo cardíaco / Latido cardíaco irregular	<input type="checkbox"/> Trauma en la cabeza / cuello	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Desorden bipolar	<input type="checkbox"/> Problemas / enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Herpes
<input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva / de desarrollo	<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Hipertermia maligna	<input type="checkbox"/> Infección MRSA
<input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Antecedentes de endocarditis	<input type="checkbox"/> Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Mareos / Desmayos	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Convulsiones / epilepsia / trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/> Problemas abdominales crónicos
<input type="checkbox"/> Moretones / sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Trazo	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula
<input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Aneurisma	<input type="checkbox"/> Cortisona / medicamento esteroideo	<input type="checkbox"/> Acidez
<input type="checkbox"/> Atrial Fibrillation	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Cáncer Tipos:	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Úlcera estomacal
		<input type="checkbox"/> Está tomando o ha tomado medicina de densidad ósea	<input type="checkbox"/> Otro: (enumere abajo)

Historial Quirúrgico (Marque todos los que apliquen y anote la fecha):			
<input type="checkbox"/> Angioplastia / bypass cardíaco Tipos: Fecha:	<input type="checkbox"/> Marcapasos Fecha:	<input type="checkbox"/> Historia de problemas de anestesia general Fecha:	<input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulación Tipos: Fecha:
<input type="checkbox"/> Cánula cardíaca Fecha:	<input type="checkbox"/> Otra cirugía de corazón Tipos: Fecha:	<input type="checkbox"/> Apendicectomía Fecha:	<input type="checkbox"/> Oreja nariz garganta Tipos: Fecha:
<input type="checkbox"/> Válvula del corazón Fecha:	<input type="checkbox"/> Cirugía vascular Fecha:	<input type="checkbox"/> Histerectomía Fecha:	<input type="checkbox"/> Vesícula biliar Fecha:

Por favor, enumere las cirugías y fechas adicionales:

Enumere cualquier hospitalización reciente, incluidos el motivo y la fecha:

¿Le gustaría tener información acerca de crear una Declaración de Voluntad Anticipada? Sí No



FORMA DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente _____ Fecha(mes/día/año) _____

Medicamentos / suplementos a base de hierbas Sin medicamentos / suplementos herbales

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

Alergias No hay alergias conocidas

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Historia familiar -Marque si sus parientes sanguíneos han tenido alguno de los siguientes enfermedades:

- | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Depresión, suicidio |
| <input type="checkbox"/> Colesterol | <input type="checkbox"/> Sangrado, coagulación | <input type="checkbox"/> Asma/COPD | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Trastornos hereditarios |
| <input type="checkbox"/> Otro: | | | |

Historia social

¿Usas tabaco? Sí No Tipos: _____ Cantidad / día: _____ ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Qué año dejó de fumar? _____

¿Bebes alcohol? Sí No ¿Cuántas bebidas por semana? _____

¿Alguna vez ha usado drogas ilegales? No Sí, usado en el pasado Sí, actualmente uso

Historial de salud de la mujer (los pacientes dentales solo deben responder las preguntas indicadas con *)

Por favor liste la cantidad de: Embarazos: _____ Nacidos vivos: _____ Niños vivos: _____

Abortos involuntarios: _____ Abortos: _____

¿Eres menopáusico / posmenopáusico? Sí No En caso afirmativo, indique la edad de inicio: _____

Fecha del último período menstrual: _____ Fecha de la última mamografía: _____

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ Resultado de la prueba de Papanicolaou? Normal Anormal

*¿Estás embarazada actualmente? Sí No ¿Fecha de parto? _____ * ¿Actualmente estás amamantando? Sí No

Nacimiento / Historia pediátrica

Enfermedad / complicaciones maternas? Sí No Me alojé en NICU? Sí No

¿Nacimiento prematuro? Sí No Si es así, ¿qué tan temprano? _____ Historia de alimentación: Pecho Biberón Ambos

Peso al nacer: _____ lbs. _____ oz. ¿Vacunas actualizadas? Sí No

Historia dental

Motivo de la visita de hoy: _____

Fecha de la última visita al dentista: _____ Nombre del dentista: _____

¿Alguna vez un médico le recomendó tomar antibióticos antes de un procedimiento? Responda sí solo si los antibióticos no se recetaron para una infección dental. Sí No

¿Está usando aparatos dentales removibles? Sí No

¿Tiene algún temor o problema serio relacionado con su última visita al dentista? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Certifico que a mi leal saber y entender, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión y que proporcionar información falsa o incorrecta puede ser perjudicial para mi salud (o la del paciente). Entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina médica de cualquier cambio en mi salud o historial médico. No responsabilizaré a mi médico ni a ningún miembro de su personal por ningún error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario.

Nombre _____ Firma _____ Fecha(mes/día/año) _____

Revised 02/16/21 Page 5 of 7



Acuerdo de paciente de política sin mostrar

El objetivo de ACCESS Family Care es asegurarse de que nuestros pacientes tengan una atención médica y dental de alta calidad cuando ellos lo necesiten. El propósito de este Acuerdo es informarle de los requisitos que se han establecido para su cita en las clínicas de ACCESS Médica y Dental de la siguiente manera:

- **Usted deberá proporcionarnos un número de teléfono que funcione y deberá informarnos si cambia ese número.**
- **Recordatorio de Citas-**Aunque Usted es el único responsable de recordar el día y hora de su cita, nosotros le llamaremos uno o dos días laborales antes para recordarle de su cita.
- **Confirmación de Citas-** Si no podemos hablar con Usted y tememos que dejarle un mensaje de voz, le pediremos que nos llame tan pronto como le sea posible para confirmar si vendrá o no a su cita. Si Usted no confirma su cita, ésta será dada a otro paciente, y si Usted se presenta sin haber confirmado, su cita, nosotros no podremos atenderlo y usted necesitará reprogramar otra cita.
- **Faltar una Cita-** Si Usted no acude a la cita que se ha hecho, será considerada como una **cita perdida.**
- **Cancelación de Citas-** Si no puede acudir a su cita programada, deberá ponerse en contacto con nosotros por lo menos 24 horas antes de su cita para que podamos ofrecer esa cita a otro paciente. Si Usted no llama 24 horas antes de su cita, contará como una **cita perdida.**
- **Retraso de Citas-** Si usted se presenta más de 10 minutos tarde de su cita, será considerada como una **cita perdida.** Su cita se le dará a un Paciente en espera, y en ese caso a Usted se le pedirá que programe, otra cita o tenga que esperar para ser visto.
- **Consecuencias de las Citas Perdidas-** Si en un intervalo de 12 meses tiene tres (3) **citas perdidas,** ya sea que no haya acudido a su cita, cancelado por lo menos con 24 horas de anticipación, o haber llegado más de 10 minutos tarde a su cita, o cualquier combinación de ellos ésto se le notificará al Médico que lo atiende. El Médico consultará con el Director Médico o Dental, tomarán una decisión sobre sí o no será despedido como paciente o no. Si se ha tomado la decisión de despedirlo como paciente, usted recibirá una notificación por Correo Certificado de que Usted ha sido permanentemente despedido como Paciente de todas las Clínicas de ACCESS Family Care Médica y Dental.

Por favor, póngase en contacto con cualquier de persona le la Clínica si tiene alguna pregunta relacionada con este Acuerdo de la Política del Paciente por no presentarse.

He leído, entiendo y acepto cumplir con este Acuerdo de Política del Paciente por no presentarse.

Nombre del Paciente (Por favor escribe el nombre)

Fecha (mes/día/año)

Firma del Paciente o Padre/Tutor (pacientes menores de 18)

Fecha (mes/día/año)

ACCESS Family Care participa en un intercambio de información médica para que sus proveedores de atención médica puedan acceder a sus registros electrónicos de salud de otros proveedores de atención médica. Este formulario proporciona información sobre Midwest Health Connection y cómo AFC comparte sus registros con la red de información médica para que su proveedor de atención médica pueda compartir y acceder a sus registros electrónicos de salud para que su equipo de atención pueda tomar las mejores decisiones de atención para usted. Sus registros de salud existen en muchos lugares. MHC conecta a sus proveedores, hospitales y laboratorios entre sí. Con una imagen más completa de su salud, su equipo de atención médica puede cuidarlo mejor en el consultorio, el hospital o la sala de emergencias del médico. Usted no tendrá que recopilar registros de diferentes proveedores o recordar el historial de laboratorio y medicamentos, estará disponible para su equipo de atención 24/7.

¿Quién tiene acceso a la Red MHC?

Solo los profesionales de la salud, los planes de salud y otros beneficiarios autorizados tendrán acceso a sus registros médicos, en la medida permitida por la ley, incluso para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. La información de registros médicos está protegida por la ley federal y estatal y los registros compartidos con un intercambio de información médica cumplirán con esas leyes. Puede solicitar al personal de ACCESS Family Care una lista de proveedores de atención médica que hayan visto sus registros o hayan accedido a ellos desde el intercambio de información médica.

Lea las siguientes declaraciones:

- ACCESS Family Care puede participar en uno o más intercambios de información médica (HIEs) y puede compartir electrónicamente su información médica para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros propósitos autorizados, en la medida permitida por la ley, con otros participantes en las HIEs.
- Los tipos de información médica que se pueden compartir a través de HIEs, incluyen, pero no se limitan a: diagnósticos, medicamentos, alergias, resultados de pruebas de laboratorio, informes radiológicos, inscripción de planes de salud y elegibilidad. Dicha información también puede incluir información de salud que puede considerarse particularmente sensible para usted, incluyendo: información de salud mental; Información sobre el VIH/IAD y los resultados de las pruebas; información genética y resultados de pruebas; Tratamiento de ETS y resultados de pruebas, e información de planificación familiar.
- La inclusión de su información médica en un HIE es voluntaria y está sujeta a su derecho a darse de baja. Si no opta por no participar, podemos proporcionar su información médica de acuerdo con la ley aplicable a las HIE en las que participamos. Si desea darse de baja del intercambio de información médica, por favor pida a un miembro del personal de la AFC un formulario de exclusión voluntaria.
- Si decide optar por no compartir datos a través de HIEs, su información ya no se compartirá a través de un HIE, incluso en una emergencia médica; sin embargo, su exclusión no modificará la forma en que se accede y libera su información a individuos autorizados de acuerdo con la ley, incluyendo ser transmitida a través de otros mecanismos seguros (es decir, por fax o una tecnología equivalente).
- La ley actual permite a mis proveedores que me están tratando copiar o incluir mis datos de salud en sus propios registros médicos. Incluso si más tarde cancelo mi consentimiento, los proveedores que he visitado que han copiado mis registros no están obligados a eliminarlos.
- El intercambio de información de salud hará un seguimiento de quién ve mis registros de salud para asegurarse de que están seguros.
- AFC tiene sanciones para cualquier persona que comparta mis datos de manera incorrecta y si sospecho o me entero de que mis datos fueron compartidos o accedidos de la manera incorrecta, puedo comunicarme con ACCESS Family Care al 417-451-0619 y pedir hablar con el Oficial de Privacidad.
- Puede encontrar más información sobre Midwest Health Connection en <https://www.mhc-hie.org/>