



FORMULARIO DE REGISTRO

Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido (si lo hay): \_\_\_\_\_

Sexo al Nacer:  Masculino  Femenino Identidad de género:  Hombre transgénero  Mujer transgénero  Otro  No contestar

Orientación Sexual:  Heterosexual  Homosexual  Bisexual  Otro  No sabe  No prefiero revelar

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Separado

Raza/Origen Étnico: (Marque todo lo que corresponda):

- Asiático  Negro  Blanco
 Indio Americano/Nativo de Alaska  Nativo de Hawái  Isleño del Pacifico

Origen Étnico (Escoja una):  Hispano/Latino  NO Hispano/Latino

Idioma:

- Armenio  Inglés  Hmong  Laosiano  Lenguaje de signos
 Árabe  Francés  Japonés  Portugués  Vietnamita
 Camboyano (Khmer)  Alemán  Coreano  Ruso  Tagalo
 Chino  Griego  Kreyól  Español  Otro

Estado de empleo:  Empleado  Empleado propio  Discapacitado  Retirado  Estudiante (tiempo parcial o completo)

Nombre de compañía: \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

¿Cómo supiste de nosotros? \_\_\_\_\_ Número de teléfono preferido:  Casa  Celular

Ingreso Mensual (antes de impuestos): \_\_\_\_\_ Personas mantenida con este ingreso: \_\_\_\_\_

\*\*¿Está usted sin hogar?  Sí  No Si es así, marque uno:  Refugio  Vivienda de transición  Duplicado  Calle  Otros

¿Actualmente, estás utilizando vivienda pública?  Sí  No

¿Eres veterano militar?  Sí  No ¿Descarga Militar?  Sí  No Fecha de descarga: \_\_\_\_\_

¿Eres un refugiado?  Sí  No Es caso afirmativo, ¿cuál es su país de origen? \_\_\_\_\_

¿Usted tiene seguro médico?  Sí  No Si es así, nombre del asegurado y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Información de los Padres/Apoderado (completar sólo si el paciente es un menor)

Padre (Nombre y Apellido): \_\_\_\_\_

Madre (Nombre y Apellido): \_\_\_\_\_

Apoderado (Nombre y Apellido): \_\_\_\_\_

Relación al paciente:  Padre/Madre  Abuelo/a  Padre/Madre de crianza  Otro: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_

Apellido de madre soltera: \_\_\_\_\_

¿Es el paciente ciudadano de Estados Unidos?  Sí  No

¿Eres residente del condado de Pinellas?:  Sí  No

\*\*Estado sin hogar:

- Refugio – Usted vive en un refugio para personas sin hogar organizado.
• Vivienda de transición – Usted reside en una pequeña unidad que ayuda a personas en transición, sin hogar a vivienda permanente.
• Duplicado – Usted esta viviendo con otras personas en su casa y/o apartamento.
• Calle – Usted vive al aire libre, en un coche, en un campamento, en una vivienda precaria/refugio o en otro lugar.
• Otros – usted vive en una sola habitación de ocupación en un hotel o motel o cualquier otra vivienda pagando día a día.





Nombre del Paciente:: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIONES Y DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN RECIBIDA**

	INICIALES												
<p><b>I. Autorización para tratamiento médico</b> Por este medio, yo como paciente, autorizo y doy mi permiso a CHCP a que se haga cargo de mi tratamiento médico.</p>													
<p><b>II. Autorización para tratamiento médico a un menor</b> Por este medio, yo como Padre o Tutor legal del paciente doy mi permiso y autorizo su tratamiento médico. Además, doy permiso a _____ para que autorice en mi ausencia cualquier tratamiento médico necesario.</p>													
<p><b>III. Hogar Médico:</b> Elijo participar en el Hogar Médico centrado en el paciente.</p>													
<p><b>IV. Aviso de Privacidad</b> Declaro que he recibido una copia del Aviso de Privacidad el cual describe las formas en que la Práctica podría utilizar y divulgar mi información médica con el fin de llevar mi tratamiento, pago o el plan de atención médica. Yo entiendo que puedo comunicarme con el Representante Encargado de la Conformidad "Compliance Officer" en caso de tener alguna pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi permiso para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de la Privacidad de esta Práctica Médica.</p>													
<p><b>V. Envío de la información</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La información médica puede ser enviada a cualquier persona o entidad responsable por el pago a nombre del paciente con el fin de verificar la cobertura, preguntas o para cualquier otro propósito relacionado con el pago.</li> <li>Si estoy cubierto por Medicaid o Medicare, autorizo a que mi información médica sea enviada a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o transportistas para el pago de la reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. La información a enviar puede incluir, sin ningún tipo de limitación, el historial médico, examen físico, los expedientes de la sala de emergencia, resultados de laboratorios, tratamiento de alcoholismo y de abuso de drogas y el informe de alta.</li> <li>Las Leyes Federales y Estatales podrían permitir que esta Oficina participe en organizaciones, con otros proveedores médicos, aseguradoras y/u otros participantes de la industria médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades puedan compartir entre ellos mi información médica para alcanzar los objetivos que incluyan pero que no estén limitados a; mejorar la precisión y disponibilidad de mi información médica; reducir el tiempo necesario para tener disponible la información; manejar y comparar mi información para propósitos de mejorar la calidad, y cualquier otro propósito que sea permitido por ley. Entiendo que esta Oficina puede ser miembro de una de estas organizaciones. Esta autorización específicamente incluye información concerniente a: condiciones psicológicas, psiquiátricas, incapacidad intelectual, información genética, dependencia a sustancias químicas y/o enfermedades infecciosas, incluyendo, pero no limitado a, enfermedades transmitidas por la sangre como el SIDA (AIDS) y el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV).</li> </ul> <p>Por este medio autorizo a esta organización, a los médicos u otros profesionales médicos que estén involucrados en mi tratamiento médico a proveer mi información médica para fines de tratamiento, pagos y /u otras operaciones de atención médica.</p>													
<p><b>VI. Divulgación de Información a Familiares y/o Amigos</b> Doy permiso para que se les provea mi información médica confidencial a los familiares y/o amigos que aparecen en el siguiente listado para propósitos de coordinar tratamiento médico, comunicar resultados, condiciones encontradas y decisiones:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Nombre</th> <th style="width: 33%;">Relación</th> <th style="width: 33%;">Número de Teléfono</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>**Usted tiene el derecho de revocar la persona a la cual nosotros le podemos proveer su información médica en cualquier momento. Por favor llene una nueva autorización.</p>	Nombre	Relación	Número de Teléfono										
Nombre	Relación	Número de Teléfono											

			INICIALES
<b>VII. Autorización para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida</b>		Sí	No
	¿Podemos llamar a su trabajo y dejarle un mensaje? En case afirmativo, ¿a qué número? _____		
	¿Podemos llamar a su casa y dejar un mensaje? En case afirmativo, ¿a qué número? _____		
	¿Podemos dejarle un mensaje con información médica en su teléfono celular? En case afirmativo, ¿a qué número? _____		
<b>VIII. Autorización para que a través de correos electrónicos y mensajes de texto le recordemos sus citas y otros comunicaciones médicas.</b>  Los pacientes en nuestra oficina pueden ser contactados a través de correos electrónicos y/o mensajes de texto para recordarles su cita médica, para obtener información sobre su experiencia con nuestro personal médico, y para proveerle cualquier recordatorio o información médica en general.  Doy mi autorización y mi permiso para recibir recordatorios para las citas, y otras comunicaciones de información medica al correo electrónico o al numero celular que yo les provea.  <b>Yo autorizo a recibir mensajes de TEXTO para: recordatorios de citas, comentarios, recordatorios o información médica en general al siguiente número de celular: _____.</b>  <b>Yo autorizo a recibir CORREOS ELECTRÓNICOS para: recordatorios de citas, comentarios, recordatorios o información médica en general a la siguiente dirección: _____.</b>  <i>Community Health Centers of Pinellas, Inc. no cobra por este servicio, pueden aplicar tarifas de datos y mensajería estándar conforme a su plan inalámbrico (WIFI). (Póngase en contacto con la compañía que tiene su contrato para los precios de los planes y detalles).</i>			
<b>IX. Revocación (Si usted no quiere recibir mensajes de TEXTO o CORREOS ELECTRÓNICOS de parte de nosotros sobre futuros recordatorios de cita médicas, comentarios e información general).</b>  <input type="checkbox"/> Revoco mi solicitud para recibir los recordatorios de citas futuros, comentarios e información médica en general a través de mensajes de TEXTO.  _____ Firma del Paciente/Tutor Legal  _____ Fecha			
<input type="checkbox"/> Revoco mi solicitud para recibir los recordatorios de citas futuros, comentarios e información médica en general a través de Correo Electrónico.  _____ Firma del Paciente/Tutor Legal  _____ Fecha			
<b>X. Derechos del Paciente, Responsabilidades e Información y Hogar Médico</b> Estos documentos son enviados en la sala de espera. Reconozco que he recibido una copia de cada uno.			
<b>XI. Notificación sobre las Normas de Directivas por Anticipado de Salud (para paciente mayores de 18 años)</b> Las Directivas por Anticipado son declaraciones legales que indican el tipo de tratamiento médico que desea o no desea una persona en el caso de no tener la capacidad de tomar decisiones, y al mismo tiempo autorizan a alguien para que tome esas decisiones por uno. Las Directivas por anticipado se redactan con anterioridad y frente a testigos antes de caer enfermo o con una lesión grave. De conformidad con la ley federal y estatal, este documento sirve como notificación de que el CHCP archiva sus Directivas por Anticipado por si se presentara una situación de emergencia en la que su vida se encuentre en peligro durante la visita a uno de nuestros Centros o durante su transferencia a otro lugar de tratamiento de nivel más alto. Al firmar este documento doy fe de que estoy de acuerdo y entiendo el contenido de esta notificación. Por favor marque debajo si es que tiene o no tiene una Directiva por Anticipado o si usted quiere recibir información sobre las Directivas por Anticipado:  <input type="checkbox"/> Yo tengo una Directiva por Anticipado. <input type="checkbox"/> No tengo una Directiva por Anticipado. <input type="checkbox"/> Me gustaría recibir información sobre las Directivas por Anticipado.			
<b>XII. Residentes y Estudiantes</b> Yo entiendo que Community Health Centes of Pinellas, Inc. respalda la educación de profesionales médicos y jurídicos y cuenta con Residentes y Estudiantes que podrían asistir y colaborar con mi tratamiento.			

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ – 2)**

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

*Por favor conteste las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Todas sus respuestas se mantendrán en privado.  
Durante las últimas dos (2) semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (Circule un número)*

	0 días a la semana	1-3 días a la semana	4-5 días a la semana	6-7 días a la semana
1. Ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
2. Se ha sentido desanimado(a), deprimido(a), o sin esperanzas.	0	1	2	3

Sumar los dos números que están dentro de los círculos.

Si la suma es de **3 o más**, entregue el formulario y complete la forma PHQ-9. Gracias.

Total



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ – 9)**

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

*Por favor conteste las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Todas sus respuestas se mantendrán en privado.  
Durante las últimas dos (2) semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (Circule un número)*

	0 días a la semana	1-3 días a la semana	4-5 días a la semana	6-7 días a la semana
1. Ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
2. Se ha sentido desanimado(a), deprimido(a), o sin esperanzas.	0	1	2	3
3. Ha tenido problemas en dormirse o en mantenerse dormido(a), o está durmiendo demasiado.	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía.	0	1	2	3
5. Ha tenido poco apetito o está comiendo en exceso.	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo, piensa que eres un fracaso, o que se ha defraudado a usted y/o a su familia.	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión.	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta. O de lo contrario, esta tan agitado(a) o inquieto(a) que se mueve mucho más de lo acostumbrado.	0	1	2	3
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto(a) o en hacerse daño a usted mismo.	0	1	2	3

Para el uso de su proveedor médico:

add columns  +  +

Total

10. Si usted se identificó con cualquier problema en éste cuestionario, ¿cuan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?	Sin Ninguna Dificultad	Un Poco Dificil	Muy Dificil	Extremadamente Dificil
---	------------------------	-----------------	-------------	------------------------

NEW PATIENT HEALTH RISK ASSESSMENT



**COMMUNITY HEALTH CENTERS  
OF PINELLAS, INC.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

1. ¿Quién fue su médico/proveedor? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuándo fue la última vez que vio a su previo médico/proveedor? \_\_\_\_\_
3. ¿Está usted tomando alguna medicina (recetado, de venta libre, o de hierbas)?  Sí  No En caso afirmativo enumere los:

Nombre de la medicina, vitamina, o suplemento	Dosis – ¿Cuánto toma?	¿Con que frecuencia lo toma?	¿Necesita un recambio?

4. ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, etc.?  Sí  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
5. ¿Usas tabaco?  Sí  No En caso afirmativo,  Tabaco sin humo (rapé)  Cigarrillos, cuanto al día? \_\_\_\_\_
6. ¿Bebes alcohol?  Sí  No En case afirmativo, cuantas bebidas en una semana?  Consumo del alcohol en el pasado
7. ¿Qué idiomas hablas? \_\_\_\_\_ ¿Qué idiomas se lee? \_\_\_\_\_
8. ¿Cuál es su nivel de educación?  Grados 1-6  Grados 7-12  Colegio/Universidad  No educación formal
9. ¿Cómo prefiere aprender?  En persona  Folletos  Vídeos/Audio
10. ¿Tienes algunas necesidades educativas especiales que debemos tener en cuenta en las siguientes áreas?  
 Audición  Visión  Lenguaje  Espirituales  Creencia culturales  Ninguno
11. En este momento, ¿tiene limitaciones o barreras emocionales que podrían afectar su capacidad para aprender?  Sí  No
12. ¿Cuándo se le da instrucciones de su médico o a su farmacéutico, ¿con qué frecuencia se necesita a alguien para ayudarlo?  
 Jamás  Raramente  A veces  Mucho  Siempre
13. ¿Tiene dificultad para hacer cualquier de las siguientes por usted mismo?  Bañarse  Vestirse  Compra  Comiendo

**HISTORIA QUIRÚRGICA**

14. ¿Alguna vez ha tenido algunas cirugías? ¿dónde? ¿cuándo? ¿por qué?  
 \_\_\_\_\_  
 Vasectomía: \_\_\_\_\_  
 Colectomía: \_\_\_\_\_  
 Histerectomía:  Total  Parcial \_\_\_\_\_  
 Colectistectomía: \_\_\_\_\_  
 Mastectomía:  Derecha  Izquierda  Bilateral \_\_\_\_\_  
 Cirugías/procedimientos previos: \_\_\_\_\_  
 Ligadura de trompas: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DEL PACIENTE**

15. ¿Alguna vez ha sido víctima de maltrato o descuido?  Sí  No
16. ¿Ha tenido algunos caídos, traumatismos u otras lesiones?  Sí  No
17. ¿Cuál es su dieta normal?  Regular  Baja en sal  Baja en Colesterol  Vegetariano  Otro
18. ¿Ha perdido una cantidad significativa de peso recientemente?  Sí  No En caso afirmativo, cuántos pesos? \_\_\_\_\_
19. ¿Está trabajando actualmente?  Sí  No
20. Ocupación: \_\_\_\_\_
21. ¿Vives solo?  Sí  No
22. ¿Sus actividades diarias necesitan que usted se quede en el sol mucho?  Sí  No
23. ¿Se le ha expuesto al asbesto, la radiación, productos químicos, y/o humos?  Sí  No
24. ¿Usted tiene una Directiva Avanzada o Testamento de Vida?  Sí  No

## NEW PATIENT HEALTH RISK ASSESSMENT

### SEGURIDAD:

25. ¿Usa cinturones de seguridad?  Sí  No                      26. ¿Tiene un detector de humo?  Sí  No  
 27. ¿Está usted sexualmente activa?  Sí  No    En caso afirmativo, ¿usas condones?  Sí  No  Otra protección: \_\_\_\_\_

### HISTORIA MÉDICO DEL PACIENTE / FAMILIAR

28. Madre             Vivo  Fallecido, explique por qué: \_\_\_\_\_  
 29. Padre             Vivo  Fallecido, explique por qué: \_\_\_\_\_  
 30. Hermanos    # Vivos: \_\_\_\_\_                      # Fallecidos: \_\_\_\_\_    Si son fallecidos, ¿por qué?: \_\_\_\_\_  
 31. ¿Usted o algún familiar consanguíneo (padres, hermanos, abuelos) ha tenido algunos de los siguientes?

Sí Mismo		Madre	Padre	Hermano/a	Abuelo/s
<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Trastornos de sangrado / coagulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	EPOC / Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Depresión, Ansiedad, Desordenes Psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<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"/>
<input type="checkbox"/>	Muertes Tempranas (después de los 50 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Alergias ambientales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enfermedad genética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza / jaquecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado / hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Altos niveles de lípidos o de colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fecha del Diagnóstico: _____ Enfermedad de VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hipertensión / Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los riñones / cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Convulsiones / epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Anemia de células falciformes (Sickle Cell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ataque fulminante / Carrera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enfermedad de las tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SÓLO PACIENTES 50 AÑOS Y MÁS

Fecha de la última colonoscopia: \_\_\_\_\_

### SÓLO MUJERES:

Fecha de la última Papanicolaou: \_\_\_\_\_                      ¿Dónde?: \_\_\_\_\_

Fecha de la última mamografía: \_\_\_\_\_                      ¿Dónde?: \_\_\_\_\_

32. Último periodo menstrual \_\_\_\_\_                      33. ¿Problemas menstruales o cambios recientes?  Sí  No  
 34. ¿Cuántas veces ha estado embarazada? \_\_\_\_\_                      35. ¿Cuántos embarazos a término completo ha tenido? \_\_\_\_\_  
 36. ¿Cuántos embarazos prematuros ha tenido? \_\_\_\_\_                      37. ¿Cuántos abortos ha tenido? \_\_\_\_\_  
 38. ¿Cuántos abortos involuntarios ha tenido? \_\_\_\_\_                      39. ¿Cuántos embarazos ectópicos (tubárico) ha tenido? \_\_\_\_\_  
 40. ¿Cuántos de sus hijos están viviendo? \_\_\_\_\_





El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. ha establecido una " Regla de Privacidad " para ayudar a asegurar que la información médica personal está protegida por la privacidad. La Regla de Privacidad se creó con el fin de proporcionar un estándar para ciertos proveedores de atención de salud para obtener el consentimiento de los pacientes para el uso y divulgación de Información de Salud Protegida (PHI) sobre el paciente, con el fin de llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica.

Como nuestro paciente, queremos que sepan que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y haremos todo lo que podamos para asegurar y proteger la privacidad. Nos esforzamos en tomar las precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando sea apropiado y necesario, proporcionamos la información mínima que sólo aquellos que sentimos están en necesidad de la información de atención de salud, el tratamiento, el pago y / o operaciones de cuidado de la salud, con el fin de proporcionar servicios de salud que se encuentra en su mejor interés.

También queremos que sepan que nosotros apoyamos su pleno acceso a sus expedientes médicos personales. Podemos tener relaciones indirectas de tratamiento con usted (como los laboratorios que sólo interactúan con los médicos y no los pacientes), y puede que tengamos que revelar su de Información de Salud Protegida (PHI) para propósitos de tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica. Estas entidades generalmente no están obligados a obtener el consentimiento del paciente / tutor.

Usted puede negarse a dar su consentimiento para el uso o divulgación de su de Información de Salud Protegida (PHI), pero esto debe hacerse por escrito. Según la ley, tenemos el derecho de negarnos a atenderlo, en caso de que se niega a revelar su Información de Salud Protegida (PHI). Si decide dar su consentimiento en el presente documento, en algún momento en el futuro, usted puede solicitar a rechazar la totalidad o parte de su de Información de Salud Protegida (PHI). Usted no puede revocar las medidas que ya han sido adoptadas, que se basó en esto o un consentimiento firmado previamente.

### **Sus Derechos de Información de Salud**

Aunque su expediente médico es propiedad física del médico o de la institución que los compiló, usted tiene derecho a:

- Revisar y obtener una copia de su Información de Salud Protegida, que incluye la información de facturación.
- Modificar: Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda para mientras la información sea mantenida por o para la instalación. Cualquier solicitud de modificación debe ser enviada por escrito al Director / Oficial de Cumplimiento del Centro o persona designada.
- Podemos negar su solicitud de modificación y, si es así, le notificaremos la razón de la negación.
- Una Contabilización de las Revelaciones: Usted tiene el derecho de solicitar y de contabilidad de accesos. Esta es una lista de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su información de salud para fines distintos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica en los que no haya sido necesario solicitar autorización.
- Solicitar Restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o revelamos acerca de usted para tratamiento, pago o atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que divulguemos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, como un familiar o amigo. Toda solicitud de restricción debe enviarse por escrito al Director / Oficial de Cumplimiento del Centro o persona designada.
- Nosotros estamos obligados a aceptar su solicitud solamente si 1) excepto que se requiera por ley la divulgación de su plan de salud y el propósito está vinculada al pago o a operaciones de atención médica (y no a tratamiento) y 2) su información pertenece a la asistencia sanitaria servicios para los cuales usted ha pagado en su totalidad. Para otras peticiones, no estamos obligados a estar de acuerdo. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.
- La comunicación confidencial de pedidos: usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. CHCP cumplirá con las solicitudes razonables de comunicaciones confidenciales a ubicaciones alternas y configuración o a través de medios alternativos sólo si la solicitud se presentará por escrito y previa petición por escrito incluye una dirección postal donde la persona recibirá facturas por los servicios prestados por la CHCP y la correspondencia relacionada con el pago de los servicios. Por favor, tome en cuenta, que nos reservamos el derecho de comunicarnos con usted por otros medios y en otras ubicaciones si usted no contesta a cualquier comunicación de nuestra parte que requiera una respuesta.
- Quejas: Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja por escrito al / Oficial de Cumplimiento Director del Centro o persona designada. También puede presentar una queja con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

CHCP puede divulgar su Información de Salud Protegida (PHI) :

- A colaboradores que hayamos contratado para prestar algún servicio y para facturarlos;
- Para recordarle que tiene una cita para atención médica;
- Para evaluar su satisfacción con nuestros servicios;
- Para informarle sobre posibles alternativas de tratamiento ;
- Para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud ;
- Para informar a Directores Funerarios de conformidad con las leyes aplicables ;
- Para las actividades poblacionales que sirvan para mejorar la salud o reducir los costos de atención de la salud, y
- Para llevar a cabo programas o revisar la competencia de los profesionales de la salud .

Al revelar la información, los recordatorios principalmente de citas y esfuerzos de facturación, podemos dejar mensajes en su contestador electrónico de la máquina / de voz.

Comunicaciones Futuras : Es posible comunicarse con usted a través de boletines, envíos por correo u otros medios relacionados con los servicios de salud, recordatorios , programas de manejo de enfermedades , programas de bienestar u otras iniciativas o actividades basadas en la comunidad que involucran CHCP .

CHCP y miembros de su personal médico se han organizado y le presentan este documento como una notificación conjunta. La información será compartida según sea necesario para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Los médicos y los cuidadores pueden tener acceso a Información de Salud Protegida (PHI) en sus consultorios para ayudar a revisar el tratamiento previo ya que esto podría afectar el tratamiento en este momento.

**Como es requerido por la ley**, también podemos usar y revelar información médica a los siguientes tipos de entidades, incluyendo pero no limitado a:

- Administración de Alimentos y Drogas
- Salud Pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades , lesiones o discapacidades
- Instituciones Correccionales
- Trabajadores Agentes de Compensación
- Autoridades Militares
- Las agencias de supervisión de salud
- Los Directores de funerales , Médicos Forenses y Examinadores Médicos
- Seguridad Nacional e Inteligencia

**Aplicación de la ley / Procedimientos Legales:** Podemos divulgar información médica para propósitos de aplicación de la ley como lo exige la ley o en respuesta a una citación válida.

Si usted tiene alguna objeción a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento del Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA/ Health Insurance Portability and Accountability).

Usted tiene el derecho de revisar nuestra política de privacidad de solicitar restricciones, y revocar el consentimiento por escrito, después de haber revisado nuestra política de privacidad.

## **CUMPLIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE GARANTÍA PARA NUESTROS PACIENTES**

A Nuestros Valorados Pacientes:

El mal uso de su Información de Salud Protegida (PHI) ha sido identificado como un problema nacional causando pacientes inconvenientes, molestias y dinero. Nosotros queremos que sepas que todos nuestros empleados, gerentes y médicos experimentan continuamente la formación para que puedan comprender y cumplir con las reglas y regulaciones del Gobierno en cuanto a la ley del Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA/ Health Insurance Portability and Accountability) con especial énfasis en la "Regla de Privacidad". Nos esforzamos para alcanzar los más altos estándares de ética e integridad en la realización de los servicios a nuestros pacientes.

Es nuestra política para determinar adecuadamente el uso apropiado de la Información de Salud Protegida (PHI) - de acuerdo con las normas gubernamentales, leyes y reglamentos.

Queremos asegurarnos de que nuestra práctica no contribuye, en modo alguno, al creciente problema de la divulgación indebida de Información de Salud Protegida (PHI). Como parte de este plan, hemos puesto en marcha un Programa de Cumplimiento que creemos ayudará a evitar cualquier uso inadecuado de Información de Salud Protegida (PHI).

También sabemos que no somos perfectos! Debido a este hecho, nuestra política es escuchar a nuestros empleados y nuestros pacientes sin cualquier pensamiento de penalización si sienten que un evento de ninguna manera compromete nuestra política de integridad. Más aún, le invitamos a su información respecto a cualquier problema de servicio para que podamos corregir la situación correcta y oportunamente.

Gracias por ser uno de nuestros pacientes mas valorados!



# COMMUNITY HEALTH CENTERS OF PINELLAS, INC.

Fecha: \_\_\_\_\_

*Estimado Paciente,*

Como manera de ahorrar dinero en su cuidado médico, CHCP ofrece descuentos basados en los ingresos de su hogar. Para calificar para un descuento, CHCP acepta cualquiera de los siguientes documentos:

- Salario – Recibos recientes de nómina de pago durante un mes
- Manutención de Menores – Mandato judicial
- Orden Judicial de Pensión Alimenticia
- AFDC – Notificación de caso de la acción de HRS
- SSI – Carta de la Oficina de Seguridad Social
- Pensión – Carta de la asignación que indica la pensión
- Discapacidad – Carta de la Oficina de Seguridad Social
- Transcripción de Salarios de Compensación por Desempleo del Estado
- Transcripción de Compensación Salarial de los Trabajadores del Estado
- Auto Declaración de Ingresos/Carta de la Fuente de Ingresos
- Declaración de impuestos con los W2's – Una copia completa, incluyendo todas las firmas de la persona que presta y las personas/organizaciones que preparan el retorno.
- Otros documentos como medios de apoyo y los ingresos anuales (ej. una carta del empleador con el membrete de la empresa).

Sin esta información no podremos calificar para los servicios con descuento.

Gracias,

*Community Health Centers of Pinellas*

CHCP Form# FIN113 (rev. 3/18)  
SPANISH-SFS Proof of Income List

**MISSION: "TO PROVIDE QUALITY HEALTH CARE TO ALL"**

**ADMINISTRATION: 1344 22ND STREET SOUTH ♦ ST. PETERSBURG, FL 33712**

**727.824.8181 ♦ WWW.CHCPINELLAS.ORG**



Accredited by the  
ACCREDITATION ASSOCIATION  
for AMBULATORY HEALTH CARE, INC.



## **DERECHOS DEL PACIENTE, RESPONSABILIDADES E INFORMACIÓN**

### HOGAR MÉDICO

1. En un hogar médico existe un equipo especializado en diferentes disciplinas médicas que le brinda atención de una manera accesible, comprensiva y continua.
2. El hogar médico:
  - Se encarga de coordinar las necesidades de salud del paciente.
  - Conoce a sus pacientes en detalle y en especial a aquellos que tienen necesidades especiales.
3. En un hogar médico:
  - Los pacientes y sus médicos toman decisiones en conjunto y tienen una buena comunicación.
  - Los pacientes tienen acceso fácil para ver a sus médicos.
4. En un hogar médico se fomenta un ambiente de confianza y respeto. El paciente es el centro de atención y recibe cuidado inmediato, efectivo, consistente y seguro.

### DERECHOS DEL PACIENTE

El paciente tiene el derecho a:

1. Ser tratado con cortesía y respeto, reconociendo su dignidad individual y protegiendo su privacidad.
2. Que se respondan sus preguntas y peticiones con prontitud.
3. Saber quién le brinda sus servicios médicos y quién es responsable de su tratamiento.
4. Saber qué servicios adicionales están a su alcance, incluyendo si hay un intérprete disponible si no habla inglés.
5. Saber que reglas y regulaciones se aplican a su conducta.
6. Rechazar cualquier tratamiento médico, excepto en los casos provistos por la ley.
7. Acceso a tratamiento médico y a las facilidades, independientemente de su raza, origen nacional, religión, incapacidad, o fuente de pago.
8. Tratamiento médico en caso de emergencia.
9. Cambiar de proveedor médico de haber otro disponible.
10. Expresar sus quejas sobre cualquier violación de sus derechos, como se indica en la ley de Florida, a través del proceso de quejas de la oficina y de la agencia licenciadora del estado.

### INFORMACIÓN

El paciente tiene el derecho a:

1. Solicitar información con respecto al diagnóstico, plan de tratamiento, alternativas, riesgos y pronóstico médico.
2. Recibir, al solitizarlo, información y asesoramiento acerca de la disponibilidad de ayudas económicas.
3. Recibir, al solitizarlo antes del tratamiento, un estimado del costo de la visita.

4. Una copia de una factura detallada y, de ser solicitado, una explicación de los cargos.
5. Saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y aceptar o negarse a participar del mismo.

Un paciente que es elegible para Medicare tiene derecho a saber, si lo solicita antes del tratamiento, si el Hogar Médico o clínica acepta la tasa de pago de Medicare.

### RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

El paciente es responsable de:

1. Informar al proveedor: datos precisos y completos acerca de sus problemas médicos actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
2. Notificar al personal del hogar médico de cualquier cambio en su estado de salud.
3. Conocer e identificar al personal del hogar médico.
4. Informar al personal de su hogar médico si comprende o no el plan de tratamiento y lo que se espera de usted como paciente.
5. Seguir el plan de tratamiento que es recomendado por el personal del hogar médico.
6. Sus acciones si se niega a recibir o seguir el tratamiento recomendado y las instrucciones de su médico.
7. Informar al hogar médico si tiene un testamento de vida, poder médico, o una directiva avanzada que podría afectar su tratamiento.
8. Asegurarse que su obligación financiera al hogar médico se cumpla con rapidez.
9. Seguir las reglas y regulaciones del hogar médico que se relacionan al cuidado y conducta del paciente.
10. Mantener sus citas y notificar al personal del hogar médico si no puede venir para hacerle otra cita y de esa manera otro paciente puede ser atendido.

De no estar satisfecho con el servicio ofrecido, o si tiene alguna pregunta o preocupación, usted debe de informarlo sin ningún temor. CHCP está interesado en saber si usted no está satisfecho o si tiene alguna pregunta o preocupación y le exhorta a que se comunique con nosotros ó le informe a alguno de nuestros empleados. Ellos pueden ayudarle a resolver cualquier problema o dificultad que usted haya tenido. Si nuestro empleado no puede ayudarle, éste se comunicará con el Gerente de la Oficina o con el Proveedor Médico para que le ayuden. Si usted entiende que sus preocupaciones no han sido atendidas, puede comunicarse con:

**El Director de Operaciones Clínicas y Calidad al 727.824.8130**

Si aún así, usted no está satisfecho puede someter una queja formal llamando a:

Servicio al Cliente al 1.888.419.3456 o escribiendo a la siguiente dirección:  
Administración de Servicios de Salud  
Unidad de Servicios al Cliente  
P.O. Box 14000  
Tallahassee, FL 32317-4000