

Información del Paciente (Por favor presente su identificación con foto y tarjeta de seguro junto con este papeleo)

Nombre Legal:	Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sufijo (Jr., Sr., II, III etc.)
----------------------	---------------	-------------------------	-------------------------	--

Fecha de Nacimiento: ____/____/____	N.º de Seguro Social	Sexo del paciente según figura en el seguro/licencia de conducir/documento de identidad del estado <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
---	-----------------------------	---

Dirección	Apto./Int. /Und.	Ciudad	Estado	Código postal
------------------	-------------------------	---------------	---------------	----------------------

Teléfono móvil / Celular ()	Teléfono de casa ()	Dirección de correo electrónico
-------------------------------------	-----------------------------	--

La mejor manera de ponerse en contacto conmigo/dejar mensajes (marque todas las que correspondan): Teléfono/correo de voz Correo electrónico/Portal del paciente Mensaje de texto

Pronombre preferido	<input type="checkbox"/> Pregunta desconocida	<input type="checkbox"/> Él, Él, Su	<input type="checkbox"/> Ella, Su	<input type="checkbox"/> Ellos, Ellas, Sus	<input type="checkbox"/> Elle	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Rechazado
----------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

¿Cómo describiría usted (paciente) su identidad de género?	Orientación sexual:
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre (FTM) Transgénero Masculino <input type="checkbox"/> Hombre a Mujer (MTF) Transgénero Femenino <input type="checkbox"/> Elijo no revelar <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Heterosexual (o hetero) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> Elijo no revelar <input type="checkbox"/> No lo sé

Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Conviviente	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Otros:
---------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Idioma Preferido	<input type="checkbox"/> Birmano	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Español
	<input type="checkbox"/> Guajarati	<input type="checkbox"/> Kanjobal	<input type="checkbox"/> Tigrña	<input type="checkbox"/> Sudanés	<input type="checkbox"/> Otros:		

Condición de estudiante	<input type="checkbox"/> A tiempo completo	<input type="checkbox"/> A tiempo parcial	<input type="checkbox"/> No es un estudiante
--------------------------------	--	---	--

Persona responsable de la factura - Si es "uno mismo", déjelo en blanco

Relación	<input type="checkbox"/> Yo mismo	<input type="checkbox"/> Padres	<input type="checkbox"/> Conviviente	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Otros: _____
-----------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

Nombre Legal:	Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sufijo (Jr., Sr., II, III etc.)
----------------------	---------------	-------------------------	-------------------------	--

Dirección	Apto./Int. /Und.	Ciudad	Estado	Código postal
------------------	-------------------------	---------------	---------------	----------------------

Fecha de Nacimiento ____/____/____	N.º de Seguro Social
--	-----------------------------

Información sobre seguros

Nombre del seguro principal:	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> BCBS	<input type="checkbox"/> Molina	<input type="checkbox"/> United Healthcare
	<input type="checkbox"/> Otros:				

Nombre del titular de la póliza:	Número de ID:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:
	Número de grupo:	____/____/____

Relación	<input type="checkbox"/> Yo mismo	<input type="checkbox"/> Padre:	<input type="checkbox"/> Conviviente	<input type="checkbox"/> Cónyuge
	<input type="checkbox"/> Otros:			

Nombre del seguro secundario:	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> BCBS	<input type="checkbox"/> Molina	<input type="checkbox"/> United Healthcare
	<input type="checkbox"/> Otros:				

Nombre del titular de la póliza:	Número de ID:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:
	Número de grupo:	____/____/____

Relación	<input type="checkbox"/> Yo mismo	<input type="checkbox"/> Padre:	<input type="checkbox"/> Conviviente	<input type="checkbox"/> Cónyuge
	<input type="checkbox"/> Otros:			

Vivienda y situación laboral

Situación de las personas sin hogar:	<input type="checkbox"/> Dobles	<input type="checkbox"/> Transitorio	<input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> Albergue	<input type="checkbox"/> Otros (Sin hogar)	<input type="checkbox"/> Viviendas de apoyo permanente
	<input type="checkbox"/> No sin hogar	<input type="checkbox"/> Desconocido (Sin hogar)				

Información del Empleador					
Nombre del Empleador:					
Dirección del Empleador:		Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono de trabajo:			Ocupación:		
Situación Laboral <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Sin empleo					
Contacto en caso de emergencia/relaciones/role					
Nombre Legal: Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno	Sufijo (Jr., Sr., II, III etc.)
Dirección			Apto./Int. /Und.	Ciudad	Estado
Código postal	Teléfono móvil / Celular ()		Teléfono de casa ()		Relación con el Paciente
Condición de trabajador migrante					
<input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> No es un trabajador agrícola <input type="checkbox"/> Trabajador temporal					
Raza: <input type="checkbox"/> indio asiático <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> asiático					
<input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> Otros asiáticos <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano					
<input type="checkbox"/> indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> guameño o chamorro					
Etnia: <input type="checkbox"/> hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> cubana <input type="checkbox"/> Otros hispanos					
<input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoamericano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> español					
Condición de veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
- Servicio activo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
- En caso de "No", indique la fecha de jubilación: _____					

Escala de honorarios y acuerdo financiero

Ingreso familiar actual: Semanal de \$ Mensual \$ Anualmente \$

¿Cuántas personas viven en su hogar?

PHC recibe financiación para proporcionar prestaciones económicas a los clientes. Al presentar su comprobante de ingresos, PHC puede determinar si usted es apto para recibir estas prestaciones.

Los comprobantes de sus ingresos incluyen, pero no se limitan a, sus últimos dos o tres recibos de sueldo, el formulario W-2 del año pasado, la declaración de impuestos del año pasado o documentación aprobada por un consejero financiero de PHC.

Al firmar, entiendo que:

- Basado en mis ingresos, puedo ser elegible para la escala móvil de PHC. Sin embargo, debo proporcionar un comprobante de ingresos para recibir estos beneficios dentro de los 30 días de mi primera visita.
- Entiendo que se me cobrará la tarifa completa de mi visita si no traigo la documentación de ingresos dentro de los 30 días de mi primera visita.
- Entiendo que soy financieramente responsable del copago / deducible que indica mi cobertura de salud o si no tengo seguro, seré responsable de los cargos menos cualquier descuento basado en los ingresos a los que pueda calificar.
- Entiendo que el incumplimiento de pago puede dar lugar a que mi cuenta sea remitida a una agencia de cobros externa. Todos los gastos de cobro incurridos serán mi responsabilidad. Estoy de acuerdo en que esta autorización cubre todos los servicios prestados.
- Entiendo que nunca se me negarán servicios en el PHC por falta de pago.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento del menor para el tratamiento

Nombre completo del menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Un médico, una enfermera o un auxiliar médico, un dentista, un higienista dental, una enfermera, un psiquiatra y un consejero de salud mental están disponibles, según el horario, para proporcionar atención sanitaria primaria, cuidados dentales, servicios psicosociales y consultas nutricionales.

Los servicios disponibles pueden incluir, entre otros:

- Exámenes físicos, evaluaciones de salud y/o detección de problemas de salud
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas
- Educación y promoción de la salud: se ofrecerán talleres de promoción y prevención de la salud.
- Inmunizaciones
- Promoción del bienestar, como dejar de fumar, nutrición o control del peso
- Atención a la salud reproductiva, incluidos exámenes ginecológicos, educación sobre ETS, pruebas y tratamiento, educación sobre VIH/SIDA, asesoramiento/pruebas y servicios anticonceptivos
- Pruebas de laboratorio como cultivo de exudado faríngeo, hemograma completo, mononucleosis, etc.
- Servicios de asesoramiento en salud mental
- Examen y tratamiento dental
- Remisiones a otros organismos para servicios no prestados en el Centro de Salud Escolar.

Al firmar a continuación, certifico y afirmo que:

El niño mencionado tiene mi consentimiento para recibir los servicios ofrecidos por Promise Healthcare por sus proveedores. He sido informado y comprendo el alcance de los servicios que pueden prestarse. También entiendo que un padre, tutor legal o menor de edad que esté autorizado por la ley de Illinois a dar su consentimiento en su propio nombre tiene derecho a rechazar cualquier servicio(s) de atención sanitaria. También entiendo que, aunque se me recomienda estar presente para las citas, no es obligatorio y que, al firmar a continuación, estoy autorizando a Promise Healthcare a proporcionar servicios a mi hijo en su mejor interés.

Entiendo además que, según la ley de Illinois, un menor de más de 12 años tiene la misma capacidad que un adulto para dar su consentimiento a determinados servicios sanitarios y no se requiere la presencia de los padres para dichos servicios.

Entiendo que, si mi hijo tiene 12 años o más y fuera a recibir servicios de salud mental/abuso de sustancias de Promise Healthcare, él/ella/ellos pueden recibir hasta ocho sesiones de terapia sin mi consentimiento. Por ley, un menor de 12 años no podrá recibir servicios de salud mental/abuso de sustancias sin el consentimiento de sus padres.

Este consentimiento será efectivo a partir de la fecha de la firma durante un año, a menos que lo rescinda por escrito o en el momento en que el menor cumpla dieciocho (18) años o se emancipe de otro modo.

Nombre completo impreso del padre/tutor: _____

Relación con el menor: _____

Si/cuando yo no esté disponible, autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a acompañar a este niño a su(s) cita(s) si procede:

Nombre Completo: _____ Relación con el Niño: _____

Nombre Completo: _____ Relación con el Niño: _____

Nombre Completo: _____ Relación con el Niño: _____

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Firma del paciente (12 años o más): _____ **Fecha:** _____

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL

Recibido por: _____ Fecha de Recepción: _____

Formulario de autorización HIPAA

¿Quién puede discutir su información médica?

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Acerca de este formulario:

- Este formulario permite a las personas indicadas a continuación disponer de información sobre su atención médica y/o pago, ya sea verbalmente en persona o por teléfono.
- Este formulario permite a Promise Healthcare informar a las personas indicadas a continuación (o a una organización de ayuda en caso de catástrofe) de su ubicación, estado de salud o fallecimiento.
- Este formulario **NO** sustituye al formulario de "Divulgación de información" que permite obtener copias de los historiales médicos.

No deseo autorizar a Promise Healthcare a discutir mi información médica con nadie.

ESTAS PERSONAS PUEDEN TENER MI INFORMACIÓN MÉDICA:

1. Nombre:		Relación con usted:	
N.º de teléfono		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
2. Nombre:		Relación con usted:	
N.º de teléfono		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
3. Nombre:		Relación con usted:	
N.º de teléfono		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	

TIPOS DE INFORMACIÓN APROBADOS:

<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Información de citas	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas
<input type="checkbox"/> Información de facturación	<input type="checkbox"/> Tratamientos	<input type="checkbox"/> Servicios Dentales	<input type="checkbox"/> Otros: _____ _____

Al firmar, autorizo a Promise Healthcare a hablar sobre mi información médica (o la de mi dependiente) con la persona mencionada anteriormente. Entiendo que este formulario NO reemplaza la 'Divulgación de información' y no permite que las personas mencionadas anteriormente reciban copias de mi historia clínica.

Firma del paciente/padre/tutor: _____ Fecha: _____

Formulario de autorización HIPAA (Cont.)

INFORMACIÓN MÉDICA SENSIBLE QUE DEBE DARSE A CONOCER (Inicial y fecha requeridas para cada ítem):

Entiendo que la información aprobada arriba puede contener información médica sensible que requiere mi consentimiento específico para poder ser discutida. Al poner mis iniciales en cada ítem, autorizo específicamente a Promise Healthcare a hablar sobre los siguientes temas delicados con las personas que figuran en este formulario:

- | | | |
|--|------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Salud mental/conductual | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Genética | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Reproductivo | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> VIH / SIDA / Enfermedades de Transmisión Sexual | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |

Nota: La siguiente información médica de un paciente de 12 a 17 años (paciente menor de edad) está restringida de la siguiente manera:

El consumo de drogas/alcohol, la salud reproductiva, el SIDA/VIH, otras enfermedades de transmisión sexual, el control de la natalidad, las agresiones sexuales, así como cualquier información médica generada como resultado del consentimiento independiente y legalmente autorizado del paciente menor de edad para recibir tratamiento, requieren la firma del paciente menor de edad para ser tratados.

La información en materia de salud mental o discapacidades del desarrollo estará disponible tras la firma del paciente menor de edad, siempre que éste haya sido informado y no se oponga a su divulgación. De lo contrario, la ley de Illinois solo permite que los padres o tutores del paciente menor de edad dispongan de información limitada sobre salud mental o discapacidades del desarrollo.

Si el paciente es menor de edad (12-17 años), Promise Healthcare exige que un adulto sea testigo de la firma.

Firma del paciente/padre/tutor:	La fecha de hoy:
Firma del testigo:	La fecha de hoy:
Nombre del testigo (impreso):	N.º de teléfono del testigo:
Relación del testigo con el paciente:	

Esta autorización será válida mientras el paciente siga siendo paciente de Promise Healthcare, a menos que el paciente designe una fecha de vencimiento o revoque la autorización por escrito. Si el paciente completa varias versiones de este formulario, todas las versiones anteriores de este formulario serán nulas y solo se aceptará el formulario más reciente con la fecha de firma más reciente. Si el paciente es menor de edad al momento de la firma, esta autorización se vence cuando el menor cumpla la mayoría de edad.

Historial médico del paciente

Este cuestionario se utiliza para recoger información sobre su historial médico actual. Además de proporcionar a su equipo médico información clínica importante, este cuestionario también nos ayuda a cumplir los requisitos especiales establecidos por Medicare y otras aseguradoras médicas.

Información para el paciente

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** / / **Sexo:** Hombre Mujer

¿Cuál es su lengua materna?

Alergias:

¿Ha tenido urticaria, erupciones cutáneas, problemas respiratorios u otras reacciones alérgicas a medicamentos? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indíquelo a continuación:

Nombre del medicamento:	Describir la reacción alérgica:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Hay medicamentos, aparte de aquellos a los que es alérgico, que preferiría no tomar debido a efectos secundarios desagradables anteriores?

Sí No

Si **Sí**, por favor especifique:

¿Ha tenido alguna reacción alérgica a:

yodo o al medio de contraste para radiografías?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Látex o goma (guantes, preservativos, globos)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Nada de marisco?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Picaduras de abeja o avispa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Cinta adhesiva?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
hay otras alergias (especifique):		

Indique cualquier alergia alimentaria:

Altura: _____ Peso: _____ **¿Cambio de peso reciente?** No Sí **Aumento de lbs.** _____ **Pérdida de** _____
lbs.

Si es mujer, ¿está embarazada? Sí No **Fecha de la última vacuna contra la gripe:** _____

Historial médico pasado

Compruebe si padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Adicción al alcohol | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza por migraña |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> ERGE | <input type="checkbox"/> Infección miocárdica |
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Trastorno Neurológico |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> VIH Positivo / SIDA | <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca / Cirugía | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Trastorno autoinmune | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Atención Psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento con bisfosfonatos | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Hipertrofia prostática benigna | <input type="checkbox"/> Enfermedad del intestino irritable | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Reemplazo articular | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo/epiléptico |
| <input type="checkbox"/> Cáncer o Tumor | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS, ETS) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Chron | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

- Diabetes
- Trastorno Alimentario

- Enfermedad pulmonar
- Hipertensión / Presión Arterial Alta

Otros:

Antecedentes quirúrgicos

Marque todo lo que corresponda:

- | | | | | | |
|--|-----------|---|-----------|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Angioplastia | Año _____ | <input type="checkbox"/> Colectomía | Año _____ | <input type="checkbox"/> Marcapasos | Año _____ |
| <input type="checkbox"/> Angio con stent | _____ | <input type="checkbox"/> Colostomía | _____ | <input type="checkbox"/> Biopsia de próstata | _____ |
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | _____ | <input type="checkbox"/> Bypass gástrico | _____ | <input type="checkbox"/> Resección del intestino delgado | _____ |
| <input type="checkbox"/> Artroscopia | _____ | <input type="checkbox"/> Reparación de hernias | _____ | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda | _____ | <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera | _____ | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía | _____ |
| <input type="checkbox"/> CACG | _____ | <input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla | _____ | <input type="checkbox"/> Resección transuretral de la próstata (TURP) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Túnel carpiano | _____ | <input type="checkbox"/> LASIK | _____ | <input type="checkbox"/> Vasectomía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Extracción de cataratas | _____ | <input type="checkbox"/> Biopsia de hígado | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Colectomía | _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de reducción abierta y fijación interna (ORIF) | _____ | | |
- Otros:

Hospitalizaciones: Enumere las principales hospitalizaciones anteriores:

¿Ha sido hospitalizado en los últimos 10 años? Sí No

Año	Lugar	Enfermedad/Lesión	Médico
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historial Dental

¿Cuál fue la fecha de su última visita al dentista?

Nombre del dentista anterior:

Por favor, enumere cualquier duda que tenga sobre los tratamientos dentales:

¿Le ha dicho su médico que se predique antes de las citas con el dentista debido a alguna enfermedad? Sí No

Alcohol

¿Bebe usted alcohol? Sí No

¿Qué tipo de alcohol?

¿Cuánto bebe en una semana normal?

¿Cuándo bebió por última vez?

Si ha dejado de beber, ¿cuándo lo hizo?

¿Cuántas veces en el último año ha bebido más de 4 copas al día si es mujer, más de 5 si es hombre?

Consumo de marihuana:

¿En los últimos 12 meses ha consumido marihuana? Sí No ¿Con qué frecuencia consume marihuana?

Consumo de sustancias

En los últimos 12 meses, ¿ha consumido alguna sustancia ilegal, por ejemplo, cocaína, crack, heroína, metanfetamina (Metanfetamina de cristal), alucinógenos, éxtasis/MMDA?

Sí No

¿Con qué frecuencia ha consumido cocaína, crack, heroína, metanfetamina (Metanfetamina de cristal) alucinógenos, éxtasis/MMDA?

En los últimos 12 meses, ¿ha abusado de los medicamentos con receta?
 Sí No ¿Con
 qué frecuencia ha consumido indebidamente medicamentos con receta?

Antecedentes Familiares

Año de nacimiento	Enfermedad grave (si procede, causa del fallecimiento)	Vivo/Fallecido	Si falleció, ¿a qué edad?
Padre _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Madre _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Hermanos			
_____ <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____ <input type="checkbox"/> Mujer			
_____ <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____ <input type="checkbox"/> Mujer			
Niños			
_____ <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____ <input type="checkbox"/> Mujer			
_____ <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____ <input type="checkbox"/> Mujer			

Antecedentes Familiares:

Marque si algún miembro de su familia ha padecido alguna de las siguientes enfermedades y quién las ha padecido. (Ejemplo: Todos)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Enfermedad del intestino irritable |
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Chron | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza por migraña |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Infección miocárdica |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> ERGE | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Hipertrofia prostática benigna | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> EPOC | | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) |

Enumere a continuación todos los medicamentos que toma actualmente y quién se los recetó:

Medicamentos:	Doctor que prescribe:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y revelar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente. Este aviso aplica para todos los centros de Promise Healthcare.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico.

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos pedirle que haga la solicitud por escrito.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable según el costo.

Pedirnos que corrijamos su expediente médico.

- Puede pedirnos que corrijamos la información médica sobre usted que piense que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos el por qué por escrito en el plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales.

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a un teléfono de su casa o de la oficina) o que enviemos el correo a una dirección diferente.
- Diremos que "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos.

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información médica respecto a tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectaría la atención que reciba.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con fines de pago o nuestras operaciones con la empresa de su seguro médico.
- Diremos que "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información.

- Puede solicitar una lista (conteo) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha de solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las revelaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras revelaciones (como las que nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe de un año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable según el costo si solicita otro dentro de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad.

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

Elegir a alguien que actúe por usted.

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y que puede actuar por usted antes de que tomemos cualquier acción.

Presentar una queja si considera que sus derechos son violados.

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información que se encuentra en la última página de este aviso.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877- 696- 6775, o ingresando a la página www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Sus elecciones

Para cierta información médica puede decirnos las elecciones que realizó sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la elección de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre. Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos proceder a compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- La mayoría de las notas de salud mental que se comparten

En el caso de la recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos de nuevo.

Otros usos y revelaciones

¿Cómo usamos o compartimos su información médica normalmente? Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras: **Para tratarlo.**

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. Ejemplo: Un médico que lo atiende por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.
- Podemos usar y compartir su información médica para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Ejemplo: Usamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.
- Podemos usar y compartir su información médica para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades. Ejemplo: Le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios. Los ejemplos utilizados en este Aviso de Prácticas de Privacidad son solo ilustrativos y no pretenden ser una lista completa.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Estamos autorizados u obligados a compartir su información de otras maneras, por lo general, de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>.

Ayuda con problemas de salud y seguridad pública.

- Podemos compartir información médica sobre usted en ciertas situaciones tales como:
 - Prevención de enfermedades
 - Ayuda con las retiradas de productos
 - Notificación de reacciones adversas a medicamentos
 - Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona

Formulario de Registro de Promise Healthcare

Investigar.

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir con la ley.

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos

si quiere ver que estamos cumpliendo con las leyes de privacidad federales.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.

- Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o un director funerario.

- Podemos compartir información médica con un médico forense o director funerario cuando muere una persona.

Abordar indemnizaciones por accidentes laborales, la aplicación de la ley y otras

solicitudes del gobierno.

- Podemos usar o compartir información médica sobre usted:
- Para reclamos de indemnizaciones por accidentes laborales
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales.

- Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden de un tribunal

una orden administrativa, o en respuesta a una citación.

Las protecciones de privacidad de la ley federal y las protecciones de privacidad de la ley estatal de la HIPAA generalmente no impiden ni anulan otras leyes que brindan a las personas mayores protecciones de privacidad. Si alguna ley estatal o federal aplicable exige que le proporcionemos más protecciones de privacidad, entonces debemos seguir esa ley además de la HIPAA.

Algunos tipos de información médica pueden tener protección adicional bajo la ley federal o estatal. Por ejemplo, algunos resultados de pruebas genéticas, registros de salud mental, resultados de pruebas de VIH/SIDA, registros educativos y programas de tratamiento de abuso de alcohol y sustancias con asistencia federal están sujetos a restricciones especiales sobre nuestro uso y revelación en virtud de diversas leyes.

Nuestras responsabilidades

- Por ley, estamos obligados a preservar la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera

que no sea la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios aplicarán para toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en

nuestro sitio web.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad, comuníquese con el Funcionario de Privacidad de Promise Healthcare al 217-356-1558



Declaracion de Derechos del Paciente

Promise Healthcare trabaja con usted para superar sus expectativas. Respetamos sus derechos al acceso a la atención médica, la equidad y la seguridad, y su privacidad es nuestra prioridad. Sus derechos, sus responsabilidades y nuestros compromisos con usted son detallados a continuación.

Usted tiene derecho a:

- Recibir atención respetuosa independientemente de su sexo, edad, raza, religión, color, nacionalidad, orientación sexual o cualquier otra característica personal, incluida su fuente principal de pago.
- Ser tratado con consideración en cuanto a sus necesidades emocionales, espirituales y culturales.
- Estar totalmente informado sobre los servicios disponibles en Promise Healthcare, incluyendo la atención fuera del horario de atención y de emergencia y las tarifas de todos los servicios.
- Esperar una continuidad razonable de la atención y tener un proveedor que administre su atención.
- Solicitar una segunda opinión cuando lo crea necesario.
- Conocer los nombres y cargos de las personas involucradas en su atención por medio de una etiqueta con su nombre oficial o una presentación personal.
- Tener una selección razonable de proveedores e información sobre sus opciones. Puede cambiar de proveedor si no está satisfecho con su atención mediante nuestro procedimiento para cambiar de proveedor. Por favor, pida ayuda en la recepción.
- Buscar ayuda, como una silla de ruedas o un intérprete, para obtener atención de manera más fácil.
- Recibir la información sobre su salud de una manera que pueda comprender, participar en las decisiones sobre su atención y dar su consentimiento informado antes de que se realice cualquier procedimiento según la ley de Illinois.
- Estar al tanto de cualquier resultado imprevisto.
- Participar plenamente en el proceso de toma de decisiones sobre su atención. Puede hacer que participen padres, tutores, miembros de la familia, parejas de unión civil u otras personas que elija.
- Rechazar un tratamiento recomendado, en la medida permitida por la ley, y ser informado de los riesgos asociados y las posibles consecuencias de negarse a recibir tratamiento.
- Esperar que su expediente médico sea mantenido de forma confidencial. Para obtener más información sobre su derecho a la privacidad, revise las declaraciones de su HIPAA y de! Aviso de Privacidad.
- Preguntar y recibir una explicación de los cargos realizados por Promise Healthcare, incluso si están cubiertos por un seguro.
- Realizar una directiva anticipada para la atención al final de la vida. Por favor, informe a su equipo de atención médica si está interesado en obtener más información sobre las directivas anticipadas.
- Expresar cualquier queja o inquietud a través de nuestro formulario de quejas/comentarios para pacientes.

Como parte de nuestro contrato con usted, nos comprometemos a:

- Brindarle un tratamiento ético por parte de proveedores de atención médica atentos y calificados.
- Proporcionar servicios que estén disponibles para usted según los necesite.
- Proporcionar cobertura de emergencia y disponibilidad de proveedores de guardia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana al llamar al número de nuestra oficina. Cuando la oficina esté cerrada, el proveedor puede consultar con usted por teléfono.

- Siempre tratar con usted de manera honesta y abierta.
- Proporcionarle ayuda financiera de acuerdo con una escala de tarifas móviles. Esto depende de sus ingresos.
- Proporcionarle una explicación confidencial y detallada de su factura de servicios.
- Participar en medidas para garantizar siempre la seguridad del paciente.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Llegar a tiempo para las citas programadas y decirnos si va a llegar tarde. Si llega tarde, no podemos garantizar su cita.

Llámenos con al menos 24 horas de anticipación si necesita cancelar o reprogramar.

- Avisarnos con al menos 48 horas de anticipación cuando usted o un miembro de su familia necesiten medicamentos a una receta.
- Seguir todas las reglas y normativas publicadas en Promise Healthcare.
- Hablar y comportarse respetuosamente con el personal de Promise Healthcare y otros pacientes.
- Respetar la privacidad y confidencialidad de los demás pacientes.
- Apagar los teléfonos celulares en las áreas clínicas.
- Proporcionarnos toda la información necesaria para que podamos mantener un expediente preciso de usted. Esto incluye informar sobre cualquier cambio en su dirección, número de teléfono, estado de las directivas anticipadas y, si es necesario, condición económica.
- Pagar sus facturas en el momento del servicio, incluidos los copagos y las deducibles, u organizar un plan de pago si es necesario.
- Proporcionar información honesta y completa sobre sus inquietudes de salud, historial médico anterior, medicamentos y cambios inesperados en su salud para que podamos brindarle el más alto nivel de atención.
- Proporcionarnos registros médicos a pedido.
- Hacer preguntas si no entiende alguna información o instrucciones que le demos.
- Desarrollar un plan de tratamiento con su equipo de atención y seguirlo lo mejor que pueda. Ser honesto acerca de lo que ha podido hacer (o no hacer) cuando lo vean en el seguimiento. Si no puede seguir un plan de tratamiento, haremos todo lo posible para ayudarlo a averiguar cómo cambiar el plan o corregir el problema, si es posible.
- Supervisar a los niños que están bajo su cuidado.
- **Tenga en cuenta:** Hacer declaraciones de acoso, ofensivas o intimidatorias o amenazas de violencia podría resultar en su expulsión de Promise Healthcare. Si lo expulsan de una de nuestras oficinas, se lo considera expulsado de todos los sitios de Promi

Formulario revisado el 18/03/2024

Confirmación de la "Notificación de prácticas en la privacidad"

Al firmar a continuación, confirmo que he recibido una copia de la "Notificación de prácticas en la privacidad".

Nombre del Paciente / Tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Confirmación de la "Declaración de derechos del paciente"

Al firmar a continuación, confirmo que he recibido una copia de la "Declaración de derechos del paciente".

Nombre del Paciente / Tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____