

Oakland Primary Health Services, Inc
Historia de Paciente

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nac. ____/____/____
Dirección _____ Apt# _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Número Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Cel _____
Email _____ SSN _____

Teléfono del contacto: Casa _____ Trabajo _____ Cel _____

Si es menor de 18, escriba el nombre de los padres o tutor:

Apellido _____ Nombre _____
Dirección _____ Apt# _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Cel _____
Relación con el paciente _____

Contacto de Emergencia:

Apellido _____ Nombre _____ Teléfono _____

Idioma Nativo: () Inglés () Español () Otro, cuál? _____

Situación Laboral () desempleado () retirado () empleado () otro

Raza/ Grupo étnico: Negro/ Afro-americano Hispano(a)/Latino
 Indígena Americano/ nativo de Alaska Blanco
 Asiático Negro
 Blanc Más de una raza
 Hawaiian Otro _____
 Otro isleño del Pacífico

Estado Civil: Soltero Casado (¿Por cuánto tiempo? _____) Viudo
 Separado Divorciado (¿por cuánto tiempo? _____) Unión Libre

Grado que terminó: () Secundaria () GED () Escuela de Oficios () universitaria _____

¿Veterano?: Si No

Situación de Vivienda: Propietario Viviendo en un refugio o vivienda temporal
 Rentando casa o apartamento Viviendo en la calle _____
 Viviendo con la familia/amigos Otro _____

¿Cómo supo de Oakland Primary Health Services?

Autoremisión Propaganda _____
 Miembro de la familia Periódico _____
 Vecino/ amigo El sistema judicial _____
 Sala de urgencias/ cuidados de emergencia Feria de Salud _____
 Remisión de Profesional de la salud Página WEB _____
 Otro _____

Firma de la persona que diligencia este formulario: Paciente Otro _____

INTEGRIDAD

RESPECTO

EXCELENCIA

COMPASIÓN



Oakland Primary Health Services, Inc
Historia de Paciente

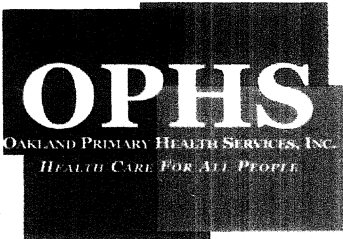
Apellido:		Nombre:		Fecha de Nac.:		Sexo : M F		Notas del Doctor (por favor no escriba en esta área)
¿Qué lo trae a la visita de hoy?								
ENFERMEDAD/ LESION: Por favor señale si usted ha tenido alguna de las siguientes								
Si	No		Si	No				
		Diabetes			Cancer			
		Presión alta			Úlcera Péptica			
		Ataque cardíaco			Hemorragia abdominal			
		Dolor en el pecho/ tensión			Diverticulosis			
		Historia de murmullo en el corazón			Hepatitis			
		Derrame cerebral			Ictericia			
		Enfermedad cardíaca			Cálculos biliares			
		Problemas pulmonares/ asma			Problemas de la tiroides			
		Respiración entrecortada			Cálculos renales			
		Tuberculosis			Eczema, dermatitis de contacto			
		Enfermedades mentales			Accidentes/ huesos rotos (lista)			
OPERACIONES: Enumere los nombres y las fechas de todas las operaciones que ha tenido								
Año	Nombre de la operación		Tipo de anestesia, si lo sabe		Complicaciones			
Enumere cualquier hospitalización que haya tenido por razones diferentes a las que mencionó anteriormente _____								
SOLO PARA MUJERES ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé								
MEDICINAS: Por favor escriba todas las medicinas que toma y la dosis:								
Medicina		Dosis		Medicina		Dosis		
ALERGIAS: Por favor enumere el tipo y la reacción								
Medicina		Reacción		Medicina		Reacción		
SOCIAL:								
<input type="checkbox"/> Uso de Tabaco		<input type="checkbox"/> Uso de Alcohol		<input type="checkbox"/> Uso de drogas callejeras/ recreacionales				
La información anterior es correcta y precisa.								
Firma de paciente (padres, si el paciente es un menor)								
Fecha								

INTEGRIDAD

RESPECTO

EXCELENCIA

COMPASIÓN



CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO MEDICO

1. **CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO MÉDICO:** Yo solicité y autorice los servicios que me recomendó mi doctor, su asistente o designado. Estos servicios incluyen pero no se limitan a: diagnóstico rutinario, procedimientos radiológicos y de laboratorio, administración de medicinas comunes, terapias biológicas o de otra clase y cuidados médicos y de enfermería comunes.
Yo entiendo que en caso de emergencia, yo autorizo cualquier servicio que el medico considere conveniente para preservar mi vida o mi salud. Entiendo que el cuidado esta dirigido por mi doctor y el personal de la oficina provee el cuidado y servicio a los pacientes, siguiendo las instrucciones del médico.
2. **PRUEBAS:** Entiendo que “ (OPHS) Oakland Primary Care Services” me hará una prueba de VIH, sin necesidad de una autorización escrita adicional si un profesional de la salud u otro empleado tiene membrana mucosa percutanea o una herida abierta que ha sido expuesta a mi sangre o cualquier otro fluido corporal.
3. **SIN GARANTÍAS:** Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. No se me han dado garantías o se me han hecho promesas respecto al resultado de cualquier atención médica o tratamiento.
4. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** He asignado y autorizado mi pago directo y/o el pago por parte de la compañía de seguros a Oakland Primary Care Services (OPHS) por concepto de cualquiera o de todos los servicios que me han prestado. Sé que soy responsable financieramente por el pago de los servicios que no sean cubiertos por mi plan de seguro médico, sin tener en cuenta ninguna disputa o desacuerdo entre la compañía de seguros y yo. Acepto pagar en el momento que se me presta el servicio todos los cargos que no sean cubiertos por la compañía de seguros, incluyendo los copagos y los deducibles.

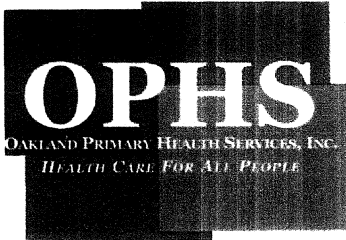
Certifico que he leído y he entendido el consentimiento descrito anteriormente.

Fecha

Firma del paciente/ Padres/ Representante Legal

Fecha

Firma de Testigo



46 N. Saginaw Pontiac, Mi 48342 ph: 248/322-OPHS (6747) Fax: 248/322-5787

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION DE SALUD

Oakland Primary Health Services (OPHS) puede necesitar utilizar su nombre, dirección, número de teléfono y su historia clínica para comunicarse con usted acerca de su tratamiento médico u otra información relacionada con su salud que pueda ser de interés para usted. Si esa comunicación es telefónica y usted no esta disponible, se le dejará un mensaje con la persona que conteste el teléfono y usted ha identificado en la lista siguiente. Al firmar este formulario usted le esta otorgando a Oakland Primary Health Services (OPHS) la autorización para comunicarse con usted acerca de su información médica. Usted también esta autorizando a Oakland Primary Health Services (OPHS) para dejar un mensaje con las siguientes persona en su casa o en el sitio donde usted nos indicó que lo contactáramos:

	<u>NOMBRE</u>	<u>PARENTEZCO</u>	<u>NÚMERO DE TELÉFONO</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

Usted puede limitar las organizaciones o individuos a quienes se les pueda divulgar su información acerca de su situación y cuidados de salud, o usted también puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, carta que debe ser enviada por correo a la dirección de nuestra oficina. Sin embargo, usted comprenderá, que nosotros no vamos a poder respetar sus deseos si ya hemos divulgado su información de salud antes de recibir su carta donde revoca la autorización.

La información que nosotros utilizamos o divulgamos, basandonos en esta autorización que usted nos da, puede ser utilizada o divulgada a su vez por todos aquellos que tengan acceso a la información y que no los cobijen las normas federales de protección de privacidad.

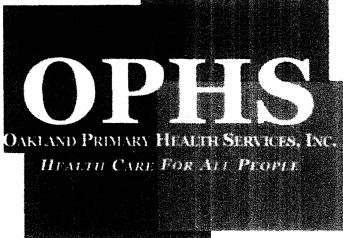
Usted tiene derecho a negarse a dar a Oakland Primary Health Services esta autorización. El hecho de abstenerse a dar la autorización no va a afectar la calidad del tratamiento que nosotros le proporcionamos.

Yo, _____, después de haber leído en su totalidad el presente documento y entendiendo su contenido, autorizo a OPHS a utilizar y/o divulgar información acerca de mi salud en la forma descrita anteriormente.

_____ Nombre del Paciente	_____ Nombre del Representante Personal	_____ Fecha
------------------------------	--	----------------

_____ Firma del Paciente	_____ Firma del Representante Personal	_____ Descripción de La Ley de Autorización
-----------------------------	---	--

INTEGRIDAD RESPETO EXCELENCIA COMPASIÓN



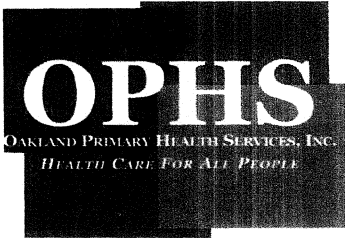
CONTRATO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE SUBSTANCIAS CONTROLADAS

1. Soy responsable por mis medicinas que sean sustancias controladas. Si se me pierde la receta, o la extravío, o me la roban o la termino antes de lo programado, entiendo que esta no será reemplazada. También sé que debo reportar a la policía si me roban la medicina.
2. No voy a solicitar, o aceptar medicinas controladas de ningún otro médico o individuo, mientras que yo este recibiendo mis medicinas de un doctor en OPHS. Hacer esto además de ser ilegal, también pone en peligro mi salud. La única excepción es cuando se me receta la sustancia controlada mientras yo este internado en un hospital, o que mi médico este de acuerdo.
3. Para solicitar más medicina:
 - a. Solamente la puedo solicitar durante horas de oficina, en persona; durante una cita establecida con anterioridad. No se darán recetas en la noche, durante un día festivo, durante los fines de semana o por el teléfono.
 - b. No se darán recetas los viernes por la tarde, aún cuando se diga que es una “emergencia” pues yo sé que la medicina se me va a acabar durante el fin de semana. Yo debo hacer el seguimiento de mi medicina y debo hacer planes con anterioridad. Yo voy a llamar con por lo menos 24 horas de anticipación si necesito ayuda con una receta de medicina controlada.
 - c. Tampoco se darán recetas si yo termino la medicina “más rápido” de lo planeado por mi médico. No voy a tomar una dosis de medicina mayor a la que me recomendó mi médico, a menos que yo hable con el médico o la enfermera de OPHS.
4. Entiendo que si yo tengo una condición de dolor crónico, que requiere el uso continuo de narcóticos para aliviarlo, yo voy a ser remitido a un especialista en dolor o a otro especialista que sea apropiado. Si tengo un trastorno de “ansiedad” que requiere la utilización continua de medicinas para la ansiedad que son controladas, yo voy a ser remitido a un psiquiatra o a un especialista en el comportamiento humano. Esta remisión se hará a completa discreción del médico.
5. Si no tengo documentación acerca de la necesidad de utilizar una sustancia controlada del médico anterior, no se me recetarán estas medicinas en OPHS; ni tampoco se darán recetas parciales que me duren “hasta que me vea otro médico”.
6. Entiendo que la meta principal del tratamiento es mejorar mi capacidad para funcionar/ trabajar. Teniendo en cuenta esta meta, estoy de acuerdo en ayudarme teniendo mejores hábitos de higiene, específicamente lo que concierne a ejercicio corporal, control de mi peso, y la utilización de tabaco y alcohol. Entiendo que sólo siguiendo un estilo de vida más saludable puedo esperar los resultados más favorables a mi tratamiento.
7. Entiendo que si el equipo de tratamiento cree que yo no estoy tomando mis medicinas en la forma que me lo recetaron, todos y cada uno de los privilegios acerca de la utilización de sustancias controladas con OPHS se van a terminar.
8. Estoy completamente conciente de la dependencia psicológica (adicción) que generan las sustancias controladas. Sé que su utilización prolongada puede/ causa dependencia de la medicina.

Firma: _____

Escriba su nombre: _____

Fecha: _____



Notificación de Privacidad

Esta publicación describe cómo va a ser utilizada su información médica y a quién será revelada, así como también el proceso para que usted tenga acceso a esa información.

Este material esta en efecto desde _____ y se mantendrá hasta que sea reemplazada por la organización.

1. NUESTRA PROMESA EN CUANTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA

La privacidad de su información médica es de importancia para nosotros. Sabemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a protegerla. Nosotros creamos un registro del cuidado y atención recibidos por usted en nuestra organización, la historia clínica. Esta historia es importante para nosotros para saber qué servicios le hemos proporcionado y cuáles están pendientes. No sólo describimos sus derechos también describimos sus deberes con respecto al uso y divulgación de su información.

2. NUESTRO DEBER LEGAL

La ley nos requiere que:

- A. Mantengamos su información en forma privada.
- B. Le proporcionemos esta notificación para darle a conocer nuestros deberes legales, las prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información médica.
- C. Nuestras prácticas sigan las normas vigentes.

Nosotros tenemos derecho a;

- a. Cambiar nuestras practicas respecto a la privacidad y el término de vigencia de esta notificación, siempre y cuando los nuevos términos esten permitidos por la ley. Antes de realizar cualquier cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, nosotros haremos un cambio a esta notificación y la distribuiremos entre nuestros pacientes.
- b. Cuando hagamos cambios a nuestras prácticas acerca de la privacidad de la información estos afectarán la información obtenida en el momento, la información que se va a obtener en el futuro y la información recibida con anterioridad a los cambios.

3. UTILIZACION Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

La sección siguiente describe las diversas maneras en que utilizamos y divulgamos su información médica. No toda las formas de divulgar su información estará en esta lista, aunque si esta la gran mayoría. Nosotros no utilizaremos o divulgaremos su información para algún otro propósito que no este listado a continuación, a menos que tengamos su autorización por escrito. Cualquier autorización específica por escrito que usted nos proporcione, puede ser revocada tan pronto usted nos avise por escrito. Una lista detallada de las situaciones de divulgación esta disponible para su consulta en la recepción.

- A. **Para tratamiento:** Podemos utilizar su información médica para proporcionarle tratamiento y/o servicios médicos. Podemos revelar esta información a otros médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, psicólogos y a cualquier otra persona encargada de su cuidado médico. Podemos también compartir su información a otros proveedores de asistencia médica, para ayudarles con su tratamiento.
- B. **Para Pago:** Podemos utilizar y divulgar su información para efectos de pago de servicios.
- C. **Para el funcionamiento del sistema de salud:** Podemos utilizar y divulgar su información para que los sistemas de salud funcionen de manera óptima, que incluye utilización de medicinas; mejorar la calidad, desempeño y evaluación de los empleados; entrenamiento en los diversos programas y obtención de las debidas acreditación; licencias, y certificados.
- D. **Recordatorio de citas:** Podemos usar sus datos para contactarle y recordarle de su cita para tratamiento o cuidado con nosotros.
- E. **Alternativas de Tratamiento:** sus datos serán utilizados para recomendarle posibles opciones de tratamiento u otras alternativas de interés para usted.
- F. **Servicios y beneficios:** Podemos usar su información para informarle acerca de beneficios de salud que sean de interés para usted.
- G. **Actividades de recaudación de fondos:** Podemos utilizar su información médica para comunicarnos con usted en un esfuerzo de reunir dinero para nuestra organización y su funcionamiento.
- H. **Los individuos implicados en su cuidado o el pago del mismo:** Podemos divulgar sus datos a un amigo a miembro de su familia que este involucrado en su cuidado médico.
- I. **Investigación:** Bajo circunstancias específicas podemos utilizar su información para propósitos de investigación.
- J. **Como es requerido por la ley:** Revisaremos la información médica como es requerido por la ley del estado, ley federal y por la legislación local.
- K. **Para evitar una amenaza grave a su salud o integridad:** Podemos utilizar sus datos cuando se necesite evitar una grave amenaza a su salud, su seguridad o integridad, o la salud y seguridad de otra persona o el público en general.

HE RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD Y HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE REVISARLA.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma: _____ Fecha _____