Family Health Care of Northwest Ohio, Inc.
Formulario de inscripción: Complete TODAS las secciones

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido	Nombre	In. 2.º nombre	Apellido de soltera:

Fecha de nacimiento	Masculino Femenino	Núm. de Seguro social

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Teléfono residencial ( )	Teléfono de día / laboral ( )	Teléfono celular ( ) ***Llamadas/mensajes de texto:*** FHCare no se hace responsable por las tarifas de uso o datos correspondientes.

Instrucciones especiales para llamadas telefónicas:	**Método de contacto de preferencia: (marque una opción)** Teléfono Correo Correo electrónico

¿Quiere acceder a su expediente médico en línea desde nuestro portal seguro para el paciente? _____SÍ _____NO
Dirección de correo electrónico:

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

MIEMBROS DEL HOGAR: Cónyuge: _____ Pareja: _____

Hijos (nombre y apellido): _____ Cantidad de personas en el hogar _____

INGRESOS FAMILIARES: (marque una opción) $0-$10,000 $10,001-$20,000 $20,001-$30,000 $30,001-$40,000 $40,001-$50,000 $50,001-$60,000 $60,001-$70,000 $70,001-$80,000 $80,001-$90,000 $90,001-$100,000 $100,001+ Rechazado

LUGAR DE TRABAJO: (Incluir ciudad y estado)	**Farmacia de preferencia:**

PERSONA RESPONSABLE (necesario para pacientes menores de 18 años)

Apellido	Nombre	In. 2.º nombre	Núm. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Relación

INFORMACIÓN DEL SEGURO (presente TODAS las tarjetas del seguro y una identificación fotográfica en la recepción)

Seguro primario	Titular de la póliza	Fecha de nacimiento	Vigencia	Copago $	N.º de póliza N.º de grupo	Relación
Seguro secundario	Titular de la póliza	Fecha de nacimiento	Vigencia	Copago $	N.º de póliza N.º de grupo	Relación

INFORMACIÓN CON FINES ESTADÍSTICOS ÚNICAMENTE:

Indique con una **X** su raza: __ Blanco __Negro/Afroamericano __Indígena americano __Asiático __Indígena hawaiano __Otras islas del Pacífico __Más de una raza

Indique con una **X** si es de origen hispano: _____Sí _____No

Indique con una **X** si es trabajador migrante: _____Sí _____No

Indique con una **X** si es trabajador por temporada: _____Sí _____No

Indique con una **X** su idioma de preferencia: _____Inglés _____Español _____Francés _____Creole _____Otro

Indique con una **X** su estado civil: _____Soltero _____Casado _____Viudo _____Separado legalmente _____Divorciado

Indique con una **X** su situación de estudiante: _____Tiempo completo _____Medio tiempo

Indique con una **X** si es: _____**Veterano** _____**Fumador**

Indique con una **X** si no tiene casa: _____Compartiendo habitación _____Transitorio _____Refugio _____Calle

Indique las creencias espirituales/culturales que pudieran afectar su atención médica:_____

Por la presente autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar un reclamo en mi compañía de seguros de salud y asignar los beneficios pagaderos que me correspondan a mí, al proveedor o al grupo indicados en el reclamo. Entiendo que tengo la responsabilidad financiera de cualquier saldo no cubierto por mi seguro de salud. Una copia de esta firma es igual de válida que la original.

Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

La información anterior es verdadera a mi saber y entender.

Nombre del paciente (letra de imprenta)	**Firma del paciente/persona responsable**	**Fecha**

Family Healthcare of Northwest Ohio, Inc.

Historia clínica

Para nosotros es importante contar con una historia clínica completa, a fin de que nuestro equipo de atención médica pueda brindar la atención más adecuada. Responda las siguientes preguntas relacionadas con su historia clínica.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

¿Tiene un proveedor primario de atención médica? Sí No Si no utiliza Family Health Care para recibir atención médica, ¿quién es su proveedor primario de atención médica? _____ Nombre del proveedor _____ Ciudad/Estado _____ Número de teléfono _____	¿Consulta a algún especialista? De ser así, enumere los especialistas y el motivo de las consultas: _____ _____ _____ _____ _____ _____
¿Tiene **alergias a medicamentos**? S N Si respondió sí, enumérelos:	

Enumere todas las hospitalizaciones, visitas recientes a salas de emergencias, motivo y lugar:

Enumere todas las cirugías y fechas aproximadas:

¿Tiene algún reemplazo ortopédico total de articulación (cadera, rodilla, codo, hombro)? S N Fecha:

Enfermedad cardiovascular		**Endócrino**		**Hematológico (sangre)**	
Problemas de corazón Enumérelos:	S N	Diabetes tipo I	S N	Trastorno de coagulación	S N
		Diabetes tipo II	S N	Anemia	S N
		Hipertiroidismo	S N	Anemia de células falciformes	S N
Presión arterial alta	S N	Hipotiroidismo	S N	SIDA/VIH	S N
Enfermedad valvular	S N	Otras:		Otras:	S N
¿Tiene marcapasos?	S N	**Digestivo**		**Neurológico**	
Endocarditis infecciosa previa	S N	Cirrosis del hígado	S N	Vértigo	S N
		Úlcera gástrica	S N	Accidente cerebrovascular	S N
Válvula cardíaca artificial	S N	Hepatitis	S N	Esclerosis múltiple	S N
Ataque cardíaco	S N	Síndrome de colon irritable	S N	Epilepsia/Convulsiones	S N
Colocación de stent	S N	Enfermedad de reflujo gastroesofágico	S N	Desmayos	S N
Enfermedad vascular periférica	S N	**Neoplasia (cáncer)**		**Únicamente mujeres**	
Salud conductual		Cáncer presente/pasado Lugar:	S N	Embarazo Fecha de parto:	S N
Problemas de salud mental	S N			Lactancia/amamantamiento	S N
TDAH	S N	Radiación	S N	Método anticonceptivo	S N
Bipolaridad	S N	Quimioterapia	S N	Fecha de la última menstruación:	
Trastorno de ansiedad/pánico	S N	Remisión	S N	Fecha de la última mamografía y lugar:	
Depresión	S N	**Respiratorio**			
Musculoesquelético		Asma Fecha del último ataque:	S N	Número de embarazos:	
				Número de nacimientos vivos:	
Artritis	S N	Enfisema	S N	**Otras (enumere si tiene otras enfermedades que no estén mencionadas).**	
Problemas de columna	S N	Enfermedad pulmonar (EPOC)	S N		
Dolor en el cuello	S N	Tuberculosis	S N		
Dolor en las articulaciones	S N	**Antecedentes sociales**			
Trastornos de ATM	S N	Abuso de alcohol/drogas	S N		
Osteoporosis	S N	Consumo de tabaco actual Fuma o mastica	S N		
Fibromialgia	S N				

Urología		Paquetes por día:		
Problemas de riñón/vejiga Tipo:	S N	Drogas recreativas Pasado o presente	S N	
Diálisis	S N			
Otras:				

¿Cuándo se realizó el último examen físico completo? _____

¿Se sometió a una colonoscopía alguna vez? ___NO ___SÍ (si respondió sí, fecha y lugar) _____
_____

¿Tiene testamento en vida/instrucciones anticipadas? ___NO ___SÍ
¿Tiene alguna discapacidad o necesidades especiales comunicativas? ___NO ___SÍ (si respondió sí, enumérelas):
_____ (Ceguera, pérdida auditiva, etc.)

¿Algún médico o dentista le recomendó tomar un antibiótico antes del tratamiento dental? S N
¿Alguna vez tomó medicamentos que afectan la densidad ósea (osteoporosis)? S N
Si respondió sí, enumérelos: _____
¿Toma actualmente algún anticoagulante? S N
Si respondió sí, enumérelos: _____

Enumere las enfermedades crónicas que tengan sus padres o hermanos biológicos (enfermedades cardíacas, cáncer, enfermedades respiratorias, etc.): _____
_____
_____
_____
_____

Enumere todos los medicamentos que tome actualmente (incluya los medicamentos y las vitaminas de venta libre)

Nombre del medicamento	**Dosis**	**Frecuencia**

Mencione la farmacia que utiliza actualmente: _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Family Health Care
Formulario de ingreso pediátrico

NOMBRE DEL NIÑO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ **FECHA DE HOY:** _____

Nuestro consultorio se dedica a brindar la mejor atención médica posible para su hijo. Para poder atenderlo mejor, dedique unos minutos a responder las siguientes preguntas. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales.

Encierre en un círculo la palabra o la letra de su respuesta cuando corresponda. Responda las preguntas en el espacio provisto.

¿Cuál es su relación con el paciente?

A. Madre
B. Padre
C. Abuelo
D. Padre/Madre adoptivo
E. Otro familiar
F. Otro

¿Cuántas veces se mudaron en el último año?
_____ veces

¿Dónde vive su hijo ahora?
A. Casa o apartamento con la familia
B. Casa o apartamento con familiares o amigos
C. Refugio
D. Otro

Además de usted, ¿alguna otra persona cuida a su hijo? Si respondió sí, ¿quién? Sí No

¿Su hijo recibió atención médica en otro lugar? Sí No
Si respondió sí, ¿cuál? _____

¿Cómo calificaría la salud general de su hijo?
A. Excelente B. Buena C. Aceptable D. Mala

¿Tiene alguna preocupación respecto a la conducta o el desarrollo de su hijo? Sí No

Si respondió sí, ¿cuál? _____

¿Cuáles son sus principales preocupaciones respecto a su hijo?

_____

¿Qué edad tiene?
_____ años

Su estado es
A. Soltero D. Divorciado
B. Casado E. Otro
C. Separado

¿Cuál es el grado más alto que completó?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 (Secundaria/GED)
13 14 15 Cierta educación universitaria o en escuela de formación profesional
16 Título universitario
17 18 19 Posgrado

Hábitos de salud familiares

¿Con qué frecuencia usa su hijo el cinturón de seguridad (asiento para coche)?
A. Nunca B. Rara vez C. Algunas veces D. Con frecuencia E. Siempre

¿Su hijo anda en bicicleta? Sí No
Si respondió sí, ¿con qué frecuencia usa casco?
A. Nunca B. Rara vez C. Algunas veces D. Con frecuencia E. Siempre

¿Considera que vive en un lugar seguro? Sí No
¿Tiene amenazas en casa?

En el último año, ¿su pareja u otro miembro de la familia lo empujó, golpeó, pateó o amenazó con dañarlo? Sí No

¿Qué tipo de armas hay en su casa?
A. Revólver B. Escopeta C. Rifle D. Otra _____ E. Ninguna

Si tiene armas en casa, ¿están guardadas bajo llave? N/A Sí

¿Hay algún fumador en la casa? Sí No

¿Fuma usted cigarrillos actualmente? Sí No
Si respondió sí, ¿cuántos cigarrillos fuma por día?

_____ cigarrillos por día

Antecedentes

MÉDICOS DE SU *HIJO*

Preocupaciones pasadas _____

Hospitalizaciones/cirugías/medicamentos _____

_____

VACUNAS: (marque las que recibió)

Rotavirus Hepatitis B Neumococo Hemophilus B Tos ferina Polio Hep A Gardasil Sarampión Paperas Rubéola Tétanos Gripe Difteria

¿Reacciones adversas? _____

ALERGIAS: (marque con un círculo)

Experiencias pasadas: eccema urticaria respiración sibilante asma congestión nasal (resfriado constante)

Alergias conocidas a: ¿Medicamentos? ¿Inyecciones? ¿Alimentos? (si respondió sí a alguna, detállelas)

_____

FAMILIA	Edad	Salud general	Enfermedad específica
Madre			
Padre			
Hermanos			
Abuelos			

PRENATAL Dificultades: (encierre en un círculo las que sufrió)

diabetes gestacional enfermedad tiroidea náuseas/vómitos trauma emocional traumatismo físico presión arterial alta toxemia sangrado déficit nutricional aumento de peso estrés infecciones

Exposición de la madre:

Indique con una X y proporcione detalles cuando responda "sí"

	No	Sí	Detalle
Alcohol			
Drogas (recreativas/tabaco)			
Medicamentos/suplementos			
Toxinas			
Enfermedades			

NACIMIENTO

¿El bebé nació a término? Sí No (Si respondió no, + semanas = _____ o - semanas = _____)

¿Método de parto? Hospital/Otro (explique): _____

Número de embarazos: _____ Número de abortos espontáneos _____

¿Alguna intervención? Analgésicos / epidural / fórceps / ventosa / pitocina / otro _____

Duración del parto _____ ¿Espontáneo? _____ ¿Inducido? _____

¿Cesárea? Sí / No Peso de nacimiento (lb): _____ longitud: _____

Perímetro cefálico: _____ Puntuación de Apgar: _____

Antecedentes

ALIMENTACIÓN

¿Lactancia? Sí / No ¿Duración? _____ ¿A demanda? Sí / No

¿Leche maternizada? Sí / No Si respondió sí, ¿cuándo la implementó? _____

Tipo de leche maternizada utilizada: _____

¿Implementó alimentos sólidos? Sí / No Si respondió sí, ¿cuáles y cuándo? _____

¿Cuándo comenzó a consumir leche de vaca? _____ Dieta actual (¿es selectivo con la comida?) Sí / No

_____

General

HÁBITOS DE SUEÑO

Describa lo siguiente:

_____

Actualmente: _____

Hábitos de siesta: _____

Problemas para permanecer despierto o para dormirse: _____

ANTECEDENTES EMOCIONALES Y DE CONDUCTA

En la escuela: **Desempeño / ansiedad / ansiedad por separación**

otros: _____

En la casa: ⇒ **Describa la relación con amigos, familia, hermanos:**

_____

⇒ **Entrenamiento para usar el baño:** _____

⇒ **Intereses/actividades:** _____

Encierre en un círculo las que presenta su hijo: **se come las uñas se succiona el pulgar pesadillas mal humor temores irritabilidad se orina en la cama problemas del habla celos no sabe usar el baño contiene la respiración hábitos de automaltrato**

EDAD DE LOS LOGROS

Sentarse: _____ **Caminar:** _____

Hablar: _____ **Voltearse:** _____

_____ **Vestirse solo:** _____

¿Alguna información adicional?

Gracias por su tiempo.

Firma _____

ANTECEDENTES MÉDICOS DE SU HIJO

<u>Afecciones/enfermedades</u>: Indique con una X y proporcione detalles cuando responda "sí"

	No	Sí	Detalle
¿Varicela?			
¿Sarampión?			
¿Paperas?			
¿Tos ferina?			
¿Rubéola?			
¿Convulsiones?			
¿Ictericia?			
¿Infecciones (por ejemplo, neumonía)?			
¿Erupciones cutáneas?			
¿Diarrea/estreñimiento?			
¿Cólicos?			
¿Eccema?			
¿Caries dentales?			
¿Aumento de peso adecuado?			
¿Mala alimentación?			
¿Secreciones?			
¿Dolores en aumento?			
¿Sangrado de nariz?			
¿Huesos quebrados?			
¿Anomalías congénitas?			
¿Infecciones de oído?			
¿Resfriados frecuentes?			
¿Dificultad respiratoria?			
¿Mascotas en la casa?			

Family Health Care of Northwest Ohio, Inc.
1191 Westwood Drive
Van Wert, OH 45891
Teléfono: 419-238-6747 Fax: 419-238-3721

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Su seguro pagará únicamente por los servicios que determine "razonables y necesarios". Si su compañía de seguros determina que un servicio específico, aunque en otro caso estuviera cubierto, "no es razonable y necesario" según sus estándares, el seguro no pagará por el servicio. En caso de que el seguro deniegue el pago, al firmar a continuación, usted acepta responsabilizarse personal y completamente por el pago de los servicios. Estos servicios pueden ser, entre otros: procedimientos odontológicos, exámenes de salud preventivos, consultas por salud conductual, exámenes pélvicos, exámenes mamarios, prueba de Papanicolaou, análisis de sangre oculta en heces o exámenes de próstata.

Firma del paciente: _____ Fecha _____

FAMILY HEALTH CARE NO OFRECE SERVICIOS PRENATALES

TOLERANCIA CERO PARA EL COMPORTAMIENTO RUDO

La Junta Directiva de Family Health Care ha adoptado una "Política de tolerancia 0" con respecto al lenguaje / comportamiento grosero y / o abusivo hacia cualquier miembro de nuestro personal. El incumplimiento de esta política podría resultar en una descarga. No se espera que el personal de FHC tolere un comportamiento grosero por teléfono o en persona. No esperamos que nuestro personal se ocupe de este comportamiento. Si es grosero en el teléfono, nuestro personal le pedirá amablemente que se detenga y si el comportamiento grosero continúa, colgarán. Si es descortés con nuestro personal en persona, se le pedirá que se vaya, y es posible que se llame a la policía si es necesario.

POLÍTICA DE INASISTENCIA

Si no puede presentarse a la cita médica, comuníquese para cancelarla/reprogramarla con no menos de ***dos horas*** de anticipación a la cita programada. Generalmente, Family Health Care tiene una lista de espera de pacientes que solicitan una cita. Si no puede presentarse a la cita y no se comunica para cancelarla con antelación, no podemos otorgar el horario de su cita a otro paciente.

Si no se comunica para cancelar y no llega a tiempo a su cita (si llega más de 10 minutos tarde, también se considera una cita perdida), se tomarán las siguientes medidas:

Si no se presenta a la cita, le enviarán una carta con la explicación de la política de inasistencia. Después de no presentarse en tres (3) citas, será dado de baja de Family Health Care. Si desea volver a incorporarse luego de la baja, puede programar una reunión por inasistencia con el director o el gerente de la oficina, y se considerará la readmisión.

Leí y acepto la política de tolerancia 0 y la política de inasistencia.

Nombre: _____ Fecha _____

Vigencia 3/29/2007
Revisión 9/24/2018,7/19/21

Family Health Care of Northwest Ohio, Inc.
1191 Westwood Drive
Van Wert, OH 45891
Teléfono: 419-238-6747 Fax: 419-238-3721

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA, TRATAMIENTOS Y PAGOS

Nombre del paciente _____ Fecha de nac. _____ N.º de SS _____

Permiso para usar y divulgar su información médica. Al firmar este consentimiento, nos autoriza a usar o divulgar su información médica para operaciones de atención médica, tratamientos y pagos. Tiene derecho a no firmar este consentimiento. No obstante, si se niega a firmar, tenemos derecho a negarle el tratamiento.
Derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad. Tiene derecho a revisar una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento o después de que se realicen revisiones. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad explica cómo podríamos usar y divulgar su información médica. Es posible que modifiquemos el aviso ocasionalmente.
Derecho a solicitar restricciones para el uso/la divulgación. Tiene derecho a solicitar, por escrito, que limitemos cómo usamos o divulgamos su información médica protegida con el fin de brindar tratamientos, obtener pagos por nuestros servicios o realizar operaciones de atención médica. Tenga en cuenta que no estamos obligados a aceptar las restricciones que pida. Sin embargo, si decidimos aceptar una restricción que usted pidió, debemos utilizar o divulgar su información médica de acuerdo con lo descrito en su pedido.
Derecho a revocar el consentimiento. Tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento, por escrito. Tenga en cuenta que la revocación de este consentimiento no será efectiva para la divulgación ya realizada de acuerdo con su consentimiento previo. También tenemos derecho a no proporcionar otros tratamientos si revoca este consentimiento.
Derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento. Tiene derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento una vez que lo firme.
Período de vigencia. Este consentimiento estará vigente hasta que usted lo revoque por escrito.

Leí y comprendo este consentimiento y autorizo, por el presente, a **Family Health Care** a utilizar o divulgar mi información médica para operaciones de tratamiento, pagos o atención médica.

Firma del paciente/representante _____ Fecha _____

Nombre del representante del paciente en imprenta _____ Relación _____

****

Complete el reverso de este formulario

Vigencia 3/29/2007
Revisión 3/12/2018

Consentimiento de información/tratamiento

Pacientes adultos (mayores de 18 años)

Autorizo al personal médico, odontológico y de salud conductual de Family Health Care a divulgar información sobre mi atención médica (información médica personal, horarios de citas, resultados de exámenes, etc.) **a las siguientes personas:**

Nombre(s) _____ Relación con el paciente _____

Nombre(s) _____ Relación con el paciente _____

Nombre(s) _____ Relación con el paciente _____

Si nadie debe recibir información sobre su atención médica, escriba "NADIE".

Firma del paciente _____ Fecha _____

Nombre y relación con el paciente (si firmó el representante del paciente) _____

Únicamente las personas enumeradas en este formulario podrán recibir información del personal de Family Health Care sobre usted. Sin excepciones.

Pacientes menores (de 0 a 17 años)

Madre _____ Padre _____
(o tutores legales)

Debido a las regulaciones de la HIPAA (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico), no podemos entregar información médica (información médica personal, horarios de citas, resultados de exámenes, etc.) sobre su hijo a ninguna persona excepto a sus **padres o tutores legales.** Si otra persona que no sea un padre o tutor legal debe estar autorizada a acceder a esta información, indique quién es en las siguientes líneas (abuelos, tíos, cuidadores, etc.): También indique quién puede dar consentimiento para realizar tratamientos MÉDICOS, DE SALUD CONDUCTUAL Y ODONTOLÓGICOS (entre ellos, exámenes, vacunas, etc.).

Nombre(s) _____ Relación con el paciente _____
- € Consentimiento de información
- € Consentimiento de autorización para tratamientos médicos/de salud conductual/odontológicos

Nombre(s) _____ Relación con el paciente _____
- € Consentimiento de información
- € Consentimiento de autorización para tratamientos médicos/de salud conductual/odontológicos

Nombre(s) _____ Relación con el paciente _____
- € Consentimiento de información
- € Consentimiento de autorización para tratamientos médicos/de salud conductual/odontológicos

Firma del padre/madre/tutor legal _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____ Relación _____

Vigencia 3/29/2007
Revisión 3/12/2018

Family Health Care of Northwest Ohio
1191 Westwood Drive Van Wert, OH 45891
Teléfono: 419-238-6747
Fax: 419-238-3721
Si el fax anterior no se envía, intente con: 419-771-1937

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Autorizo a (nombre del médico, dirección, ciudad y estado) _____
a divulgar a FAMILY HEALTH CARE OF NORTHWEST OHIO

la siguiente información:

___ Antecedentes médicos completos

___ Otra
_____

Antecedentes de los servicios prestados
desde la fecha _____ hasta
_____

___ Todos los antecedentes entre esas fechas
___ Análisis de laboratorio
___ Resumen del alta
___ Informes de consultas
___ Informes de diagnóstico por imágenes
___ Otra
_____

El propósito de esta divulgación es:

___ Transferencia de atención médica/coordinación de atención médica
___ Causa judicial
___ Solicitado por el paciente o su padre/madre/tutor
___ Otra
_____

1) Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito, a menos que los registros ya se hayan divulgado.
2) Entiendo que la parte que recibe la información puede no estar sujeta a la ley HIPAA y podría tener permitido divulgar esta información.

Una copia o fotocopia por FAX de esta autorización se considerará igual de válida que el original.

Fecha de vencimiento:

___ 90 días desde la firma
___ otra fecha: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si firma otra persona que no sea el paciente:

Nombre en letra de imprenta _____

Autorizado a firmar:
_____ Padre, madre o tutor
_____ Asignado por el paciente como representante personal para la HIPAA

_____ Otro _____

Fecha de revisión 10182016

Family Health Care of Northwest Ohio, Inc.
1191 Westwood Drive
Van Wert, OH 45891
Teléfono: 419-238-6747 Fax: 419-238-3721

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS ODONTOLÓGICOS

Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre del paciente: _____ N.º de teléfono del paciente: _____

Autorizo a _____ a divulgar mis registros odontológicos a

Family Health Care of Northwest Ohio Dental
1191 Westwood Drive
Van Wert, OH. 45891

N.º de teléfono: 419-238-0248
N.º de fax: 419-238-3721

Se solicitan específicamente copias de los siguientes registros:

_____ Notas de progreso

_____ Registro periodontal

_____ Todas las radiografías tomadas y las fechas

Firma del paciente o tutor: _____

Family Health Care of Northwest Ohio, Inc.
1191 Westwood Drive
Van Wert, OH 45891
Teléfono: 419-238-6747 Fax: 419-238-3721

POLÍTICA DE PAGOS

Pacientes de Medicaid de Ohio: no deben pagar nada en el momento de la consulta a menos que acepten someterse a un procedimiento que Medicaid no cubra. Le notificaremos esto con antelación. Es responsabilidad suya presentar la tarjeta actual cada vez que reciba nuestros servicios.

Pacientes de Medicare: deben pagar un copago o deducible en el momento de la consulta. Le pedirán que pague los procedimientos que Medicare no cubra. Le notificaremos esto con antelación. Presente la tarjeta de Medicare antes de la primera consulta. Puede solicitar la escala de descuento de tarifas ajustables para recibir una tarifa nominal o copago más bajos.

Pacientes con seguro: deben pagar el deducible o copago antes de la consulta. Es recomendable que se comunique con la compañía de seguros para verificar si su reclamo será procesado "dentro de la red" o "fuera de la red". Si no puede pagar este monto, programe una consulta con el emisor de la factura para acordar un plan de pagos. Presente su tarjeta del seguro en la consulta. Puede solicitar la escala de descuento de tarifas ajustables para recibir una tarifa nominal o copago más bajos.

Pacientes sin cobertura: les recomendamos comunicarse con el emisor de la factura o con el personal de recepción designado y presentar su documentación financiera actual. En ese momento, le otorgarán una escala de tarifas ajustables (según los lineamientos federales de pobreza). Según sus ingresos familiares, deberá pagar una tarifa nominal o hasta el 100 % de la facturación. El pago se realiza antes de recibir el servicio. *SI NO PRESENTA LA INFORMACIÓN FINANCIERA PRECISA, SERÁ DADO DE BAJA.*

POLÍTICAS/PAUTAS PARA EL PACIENTE

Recetas/reposiciones: antes de que se le recete cualquier medicamento, debe examinarlo y evaluarlo un proveedor de atención médica para establecer un registro médico. Family Health Care se reserva el derecho de no reponer determinados medicamentos sin ver al paciente en nuestro consultorio. Si necesita ayuda para cubrir el costo de los medicamentos, existen programas disponibles. Para acceder a estos programas, debe presentar información y cooperar. Avísenos si necesita acceder al programa de asistencia de medicamentos.

Resultados de exámenes: el proveedor pedirá y revisará todos sus exámenes de diagnóstico. Le informaremos todos los resultados de los exámenes por teléfono, correo, portal web o en las consultas de seguimiento.

Consultas: entendemos que es posible que deban verlo por una enfermedad aguda y haremos lo posible para satisfacer esa necesidad. Actualmente ofrecemos consultas diarias por enfermedades agudas sin cita. Comuníquese con el consultorio para conocer los horarios. También dejamos algunas consultas diarias abiertas para casos no urgentes. Si considera que su enfermedad requiere atención de urgencia, debe dirigirse al hospital con servicios de emergencia más cercano. Lleve una lista de los medicamentos, las dosis y las alergias a cada consulta.
Asimismo, cualquier trámite de documentación, tarjetas médicas o de seguro, o los cambios en la cobertura médica o en los ingresos podrían afectar el costo de la atención médica.

Fuera de horario: como proveedor de atención médica, entendemos que usted podría necesitar atención médica durante las horas en las que el centro está cerrado. Nuestros proveedores están de guardia para brindar atención médica de urgencia. No se comunique con el número de guardia en relación con citas, reposiciones de recetas o situaciones que no sean de urgencia. Si considera que necesita una evaluación de emergencia, diríjase al hospital con servicios de emergencia más cercano.

Vigencia 3/29/2007
Revisión 9/24/2018

Family Health Care of Northwest Ohio, Inc.
1191 Westwood Drive
Van Wert, OH 45891
Teléfono: 419-238-6747 Fax: 419-238-3721

DERECHOS DEL PACIENTE

- Los pacientes tienen derecho a recibir servicios de calidad, adecuados a sus necesidades de atención médica y proporcionados de manera oportuna.
- Los pacientes tienen derecho a recibir la atención médica, odontológica y de salud conductual que sea médicamente necesaria.
- Los pacientes tienen derecho a un acceso razonable a la atención médica, odontológica y de salud conductual.
- Los pacientes tienen derecho a la confidencialidad de sus antecedentes médicos y sociales, su expediente médico individual y su información médica.
- Los pacientes tienen derecho a ser tratados con dignidad, respeto y consideración.
- Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su salud personal en relación con las afecciones médicas, las pruebas de diagnóstico y los planes de tratamiento.
- Los pacientes tienen derecho a cambiar de proveedor.
- Los pacientes tienen derecho a una segunda opinión.
- Los pacientes tienen derecho a participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Los pacientes tienen derecho a tener privacidad auditiva y visual durante una consulta.
- Los pacientes tienen derecho a autorizar o rechazar la divulgación de información, excepto cuando esta divulgación es obligatoria según la ley.
- Los pacientes tienen derecho a rechazar un tratamiento o terapia. Se informará a la persona acerca de las consecuencias de su decisión, lo cual se documentará en su expediente médico.
- Los pacientes tienen derecho a elaborar instrucciones anticipadas que indiquen a los proveedores y a otros los deseos del paciente respecto de su tratamiento médico.
- Los pacientes tienen derecho a presentar reclamos y quejas sobre los proveedores y la atención médica recibida.
- Los pacientes tienen derecho a ser informados sobre el rol de los médicos practicantes supervisados y a rechazar dicha atención supervisada.

Family Health Care of Northwest Ohio
1191 Westwood Drive Van Wert, OH 45891
Teléfono: 419-238-6747
Fax: 419-238-3721

Aviso de prácticas de privacidad

PARA SU PROTECCIÓN

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE O DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

SUS REGISTROS SON PRIVADOS

Entendemos que la información que recopilamos sobre usted es personal. Mantener la privacidad de estos registros es una de nuestras responsabilidades más importantes. Family Health Care of Northwest Ohio, Inc. (FHC) respeta las regulaciones de la ley HIPAA que requiere diversas protecciones para garantizar su privacidad. En este aviso, utilizaremos el término "registros" para indicar los registros impresos o electrónicos que mantenemos.

¿QUIÉN VE Y DIVULGA MIS REGISTROS?

Los empleados de FHC que lo atienden pueden utilizar y recibir sus registros, así como las personas o entes que trabajan para nosotros, quienes firman contratos de confidencialidad estrictos.

En general, utilizamos y divulgamos su información para operaciones de atención médica, tratamientos y pagos. Algunos ejemplos específicos son:

- Proporcionar tratamiento para sus problemas médicos, entre ellos, análisis de laboratorio, hacer derivaciones a otros proveedores de atención médica y consultar a otros proveedores médicos que lo vieron.
- Garantizar pagos, por ejemplo, un empleado de facturación enviará electrónicamente la información de facturación a su compañía de seguros de salud u otro pagador.
- Determinados socios comerciales, que tienen un contrato para mantener la confidencialidad, pueden ver su información. Por ejemplo, si por error paga en exceso y enviamos un cheque de reembolso, nuestro contador podrá ver ese cheque.
- Para otras operaciones de funcionamiento y gestión de FHC, entre ellas, mejorar la calidad del servicio, capacitar al personal, administrar costos y cumplir con obligaciones comerciales. Por ejemplo, un revisor de control de calidad puede auditar sus registros para determinar si se brindan los servicios adecuados.
- Para recordarle una cita de servicios.
- Para recaudar fondos para FHC. Tiene derecho a renunciar a recibir estas comunicaciones.

Participamos en uno o más intercambios de información médica. Sus proveedores de atención médica pueden usar esta red electrónica para brindar un acceso seguro a sus registros médicos y conocer mejor sus necesidades médicas. Nosotros y otros proveedores de atención médica podemos permitir el acceso a su información a través del intercambio de información médica para operaciones de atención médica, tratamientos y pagos. Este es un acuerdo voluntario. Puede renunciar en cualquier momento comunicándose con el Medical Records Department (Departamento de Expedientes Médicos) de Family Health Care.

¿SE PUEDEN DIVULGAR MIS REGISTROS SIN MI PERMISO?

En situaciones limitadas podemos o estamos obligados a divulgar sus registros, o parte de ellos, sin su permiso firmado. Estas situaciones pueden ser:

- Informes a autoridades de salud pública para prevenir o controlar enfermedades u otras actividades de salud pública.
- Para proteger a víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Para revisiones, entre ellas, investigaciones, auditorías, acreditaciones e inspecciones, como las que realiza el State Department of Health (Departamento de Salud del Estado) o el State Pharmacy Board (Consejo Estatal de Farmacias) y otras agencias federales.
- Cuando una orden judicial, una citación u otro procedimiento legal nos obliga a divulgar información.
- Informes a organismos de seguridad para notificar sospechas de delitos, responder ante una emergencia o en otras situaciones en las que es obligatorio cooperar según la ley.
- En relación con una emergencia, o para reducir o prevenir una amenaza grave para la seguridad y la salud públicas.
- Ante forenses, examinadores médicos y directores funerarios.
- Ante víctimas de supuesta violencia o delitos sexuales.
- Para programas de compensación de trabajadores.
- Para funciones de gobierno especializadas, entre ellas, seguridad nacional, proteger al presidente, operar programas de beneficios gubernamentales y atención de prisioneros.
- En relación con denuncias de un empleado de FHC.

Cualquier otro uso no descrito anteriormente nos exige obtener un permiso firmado por usted como se describe a continuación.

QUÉ SUCEDE SI MIS REGISTROS SE DIVULGAN DE OTRO MODO

Para cualquier fin no descrito anteriormente, divulgaremos su información únicamente con su explícita autorización escrita. Las leyes federales exigen que le notifiquemos que todos los proveedores de atención médica deben obtener su permiso explícito para divulgar su información en cualquiera de los siguientes casos:

1. Divulgar notas de psicoterapia.
2. Con fines de comercialización.
3. Vender información sobre usted.

Tenga en cuenta que no es, ni ha sido nunca, política de esta organización vender información sobre usted ni utilizar su información con fines comerciales.

Su permiso escrito, llamado "autorización", nos indica qué información se enviará, adónde, por qué y a quién. Su autorización escrita es válida hasta la fecha que usted especifique. Puede revocar esta autorización en cualquier momento informándolo por escrito.

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS RESPECTO A LA PRIVACIDAD, EL ACCESO A MIS REGISTROS Y LA PRECISIÓN DE MIS REGISTROS?

Tiene derechos legales respecto a su privacidad, el acceso a sus registros y la precisión de sus registros:

1. Si lo solicita, le mostraremos sus registros o le entregaremos una copia.
2. Si considera que parte de la información es incorrecta, puede pedir que se modifique o que se incluya información nueva.
3. Si lo solicita, enviaremos todas las comunicaciones a una dirección confidencial.
4. Si lo solicita, entregaremos una lista de todos los lugares a los que se enviaron sus registros.
5. Puede solicitar que incluyamos límites adicionales al modo en que utilizamos o divulgamos su información. Debemos respetar las solicitudes de no facturar a otro pagador si usted paga la totalidad de la factura. Para otras solicitudes, consideraremos respetar su pedido, pero no estamos obligados a hacerlo.
6. Es posible recibir una copia impresa de este aviso.

Para ejercer cualquiera de estos derechos, envíe un correo postal a:

HIPAA Privacy Officer
Family Health Care of Northwest Ohio, Inc.
1191 Westwood Drive
Van Wert, Ohio 45891

NUESTRAS OBLIGACIONES

La ley nos exige cumplir con los términos de este aviso. En caso de incumplimiento, es decir, la divulgación no intencional de su información sin respetar estas prácticas, le avisaremos mediante correo de primera clase. De vez en cuando, es posible que implementemos cambios en nuestras políticas, y en caso de hacerlo y cuando lo hagamos, sus registros estarán protegidos por nuestras nuevas políticas modificadas. El aviso vigente siempre estará disponible en nuestro sitio web.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, o considera que no hemos protegido sus registros y desea presentar una queja sobre la privacidad o el acceso a los registros, comuníquese con:

Attn: HIPAA Privacy Officer
Family Health Care of Northwest Ohio, Inc.
1191 Westwood Drive
Van Wert, Ohio 45891
419-238-6747

¿TIENE PREGUNTAS O QUEJAS?

Nunca tomaremos represalias porque haya presentado una queja. Es más, si no está satisfecho con los resultados, también puede presentar una queja en el gobierno federal:

Secretary of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20201

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html

"Esta institución brinda igualdad de oportunidades".

Vigencia del aviso original [03292007]; Vigencia de la revisión actual [05042017].

Family Health Care

Solicitud para descuento de tarifas ajustables

Es política de Family Health Care brindar servicios de atención médica a los pacientes que los necesitan. Los descuentos se ofrecen a miembros de hogares con ingresos combinados menores al doble del nivel federal de pobreza. Si prefiere no brindar esta información, firme la siguiente renuncia y entregue el formulario en la recepción. Gracias.

Renuncia:

Prefiero no brindar la siguiente información en este momento. Renuncio a mi derecho de recibir descuentos a los cuales tendría derecho en otros casos.

_____	_____	_____
Nombre del paciente (letra de imprenta)	**Firma del paciente o garante**	**Fecha**

A fin de determinar el porcentaje para el cual es elegible, complete la siguiente información y entréguela en la recepción.

N.º DE PERSONAS QUE VIVEN DEL SIGUIENTE INGRESO DE LA CASA (mencionarlas):

Paciente

Nombre	Inicial 2º nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	N.º de seguro social	Relación	S/N

Nota: Incluya los ingresos de todas las personas de la casa y todas las fuentes, incluidos salarios, propinas, seguridad social, discapacidad, pensiones, anualidades, pagos a veteranos, ejército, trabajo autónomo, manutención, cuota alimentaria, desempleo, asistencia pública y otros ingresos de cualquier origen. Es necesario presentar la documentación probatoria antes de aprobar el descuento de tarifas ajustables, y los descuentos aprobados serán válidos durante un año.
Las formas aceptables pueden ser: copias de dos comprobantes/cheques recientes, W-2, declaración fiscal reciente, comprobante/cheque de asistencia pública o seguro social, o carta de asignación. Carta de certificación de asistencia médica o del Department of Social Services (Departamento de Servicios Sociales), prueba de ayuda gubernamental o prueba de ingresos limitados o nulos.

Ingresos totales del hogar (complete solo una columna):

Miembro	Anual	Mensual	Bisemanal	Semanal
Propios				
Cónyuge				
Hijos				
Familiares/otros				
Total				

Certificación:

Certifico que la información sobre los ingresos y el tamaño del hogar incluida arriba es correcta. **Entiendo que es necesario presentar la documentación que prueba la posición económica del hogar antes de que se pueda aprobar el descuento.** Entiendo que debo actualizar esta información si mi situación cambia y que se debe completar una nueva solicitud de descuento al menos cada doce (12) meses. Recibí información que explica el programa, y entiendo y acepto cumplir con los términos. **Entiendo que, si soy un paciente con pagos a mi cargo, debo pagar una tarifa nominal de $20 (médica), $5 (salud conductual) y $35 (odontológica) antes de recibir servicios de atención médica.** Entiendo que, al firmar a continuación, reconozco que la información proporcionada es verdadera y actualizada. **Entiendo que Family Health Care tiene derecho a darme de baja como paciente si brindé información falsa respecto al tamaño del hogar y los ingresos.**

_____	_____	_____
Nombre del paciente (letra de imprenta)	**Firma del paciente o tutor**	**Fecha**

Solo para uso de la oficina

Documentación	%	Fecha
Recibido/Revisado		

Family Health Care

Información para el paciente sobre el descuento de tarifas ajustables

Los pacientes con ingresos familiares que incluyan hasta un 200 % de los lineamientos federales de pobreza pueden solicitar la escala de descuento de tarifas ajustables.

l. Cualquier paciente puede solicitar un descuento completando la solicitud para la escala de tarifas ajustables.
2. Se colocarán avisos para indicar que está disponible el descuento de tarifas ajustables para los pacientes elegibles.
3. El paciente también debe presentar una o todas de las siguientes opciones:
    a. Declaración fiscal de salarios (1040) o 2 comprobantes de pago del empleador actual o copia de hojas de trabajo Telefile con número de confirmación.
    b. Carta del empleador o formulario 4506-T (si no presentó el W-2).
    c. Los trabajadores independientes deben entregar los detalles de los tres últimos meses de ingresos y gastos de su negocio o la declaración fiscal del año anterior.
    d. Seguridad social/Discapacidad/Pensión: declaración de las agencias
    e. Desempleo: aviso de elegibilidad para subsidio por desempleo o determinación de beneficios de subsidio por desempleo
    f. Compensación de trabajadores: declaración de la agencia
    g. Manutención infantil: declaración de la agencia de manutención infantil
    h. Pensión: declaración
    i. Otros ingresos: prueba escrita
4. La combinación de los ingresos familiares y el número de dependientes determina el porcentaje de ajuste en la escala de tarifas ajustables.
5. La escala de tarifas ajustables tiene al menos 4 categorías de ingresos que comienzan en el 100 % y llegan a incluir hasta el 200 % de los lineamientos federales de pobreza.
6. Se entregará al paciente una Política de la escala de tarifas ajustables antes de completar la solicitud para la escala de tarifas ajustables. El paciente firmará la solicitud para la escala de tarifas ajustables que deberá estar rubricada por el emisor de la factura o el personal de recepción designado, y esta se guardará en la ficha del paciente junto con las pruebas de ingresos.
7. El paciente tendrá 30 días desde la fecha del servicio para presentar la verificación de ingresos. Si no se recibe la verificación de ingresos en esos 30 días, se enviará una notificación al paciente por el monto de cobro total. Si después de 60 días desde la fecha del servicio, aún no se presentó la verificación de ingresos, el paciente deberá pagar el 100 %.
8. Se puede solicitar una nueva escala de tarifas ajustables si hay un cambio en los ingresos. De lo contrario, la escala de tarifas ajustables debe completarse anualmente.
9. Con el propósito de determinar los ingresos, una familia se define como un grupo de dos o más personas emparentadas por nacimiento, casamiento, adopción, tutela o núcleo familiar.
10. Se solicitará un pago de tarifa nominal en el momento de cada consulta por servicios médicos, odontológicos o de salud conductual. Si un paciente tiene una consulta médica y de salud conductual el mismo día, puede no aplicarse la tarifa de salud conductual siempre que se pague la tarifa médica.
11. Las solicitudes por dificultades financieras están disponibles si el paciente solicita que se difiera la tarifa nominal o si hay negación de pago (si el paciente se presenta y dice que no puede pagar debido a fondos insuficientes). Los pacientes podrán atenderse con el proveedor, pero deben completar la solicitud por dificultades financieras en la fecha del servicio.
12. El paciente acepta pagar a Family Health Care todos los beneficios del seguro que recibió por los servicios provistos por Family Health Care.
13. Servicios no cubiertos por la escala de tarifas ajustables: vacunas, suministros médicos no rutinarios, análisis médicos de laboratorio, análisis odontológicos de laboratorio y todo servicio externo. El proveedor revisará los costos adicionales cuando se establezca un plan de tratamiento en el momento de la consulta. Luego se facturarán al paciente esos costos adicionales.