



INFORMACION DEMOGRAFICA DEL PACIENTE

Fecha:		Proveedor de Servicio:			
INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:	# de Seguro Social
Fecha de Nacimiento:					
Edad:	Este es tu nombre legal?		Si No, cual es?		
Apellido de soltero/a:		Estado civil:			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Soltero/a	Casado/a	Separado/a	Viudo/a
Divorciado/a	Sexo al nacer:		Genero actual:		Orientacion sexual:
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Masculino	Femenino	Trransgenero	Heterosexual	Lesbiana
Otro/a	No deseo informar	No deseo informar	Bisexual	Veterano/a:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Idioma preferido:		Raza/Ethnicidad:			
		Americano/a	Asiatico/a	Hispano/Latino/a	Nativo Hawaiano/a
		Caucasico/a	Africano Americano/a	Reusada Reportar	Otro Pacifico
		Otro			
Direccion de hogar:			Ciudad, Estado, Codigo, Postal:		
Numero de telefono:			Correo electronico:		
Circule si corresponde: Propietario Rento Sin Hogar Trabajador estacional Inmigrante/Refugio					
Como escuchaste de FirstMed Health and Wellness?					
Nombre y direccion de se farmacia:				Numero de la farmacia:	
Otros miembros de la familia vistos aqui:					

INFORMACION DE ASEGURANZA					
Persona responsable:		Fecha de nacimiento:		Direccion:	# de telefono:
El garantor es paciente?	El paciente tiene aseguranza?		Nombre de aseguranza:		Numero de poliza:
Numero del grupo:		Direccion de aseguranza:		Nombre de segunda aseguranza:	
Numero de poliza:	Numero del grupo:		Direccion de segunda aseguranza:		



EN CASO DE UNA EMERGENCIA

Indique a cualquier persona que usted autorise a FirstMed Health and Wellness Center para contactar y dar información sobre su estado de salud, **en caso de una emergencia:**

Nombre(s):

Relación con el paciente:

Número de teléfono:

CONSENTIMIENTO PARA DEJAR MENSAJE DE VOZ

Doy mi consentimiento a FirstMed Health and Wellness Center dejar un mensaje de voz en mi teléfono con respecto a la información de citas en el siguiente número de teléfono: : (____) _____
_____ (inicial)

Autorizo para dejar información médica que es relevante, como resultados de pruebas, información de tratamiento, etc., en mi contestador automático o correo de voz. _____ (inicial)

O, No autorizo para que dejen mensaje de voz que contenga información médica. _____ (inicial)

HIPAA AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo su información médica puede ser utilizada, divulgada y cómo puede obtener acceso a esta información. Toda la información solicitada debe ser relevante para la atención y el bienestar de la persona atendida y debe considerarse información médica protegida, de acuerdo con la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. La firma de este Aviso de Privacidad servirá como reconocimiento de que FIRSTMED HEALTH & WELLNESS CENTER puede usar y / o compartir información para tratamiento, pago y operaciones generales de atención médica que pueden incluir vinculación de la atención, el asesoramiento, la facturación y la garantía de calidad.

El uso de compartir información no relacionada directamente con servicios y soporte deberá contar con autorización. Solo en caso de emergencia médica que amenace la vida será necesario compartir información médica sin el consentimiento o la autorización por escrito.

Derechos del individuo: El individuo, por escrito, puede solicitar restricciones sobre el uso o el intercambio de cualquier información, la comunicación confidencial recibida, inspeccionar y recibir copias de la información compartida, recibir un informe de la información compartida y enmendar o revocar la autorización.

Deberes de la entidad cubierta: Mantenga la privacidad y notifique las obligaciones legales y prácticas de privacidad, cumpla con este aviso efectivo y cualquier acuerdo de restricción y notifique las prácticas de privacidad revisadas.

Firma del paciente / tutor legal:

Nombre:

Fecha:



Apellido del paciente:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha De Nacimiento: / /
-------------------------------	-----------------------	------------------------	------------------------------------

Motivo de la visita de hoy:

HISTORIA MÉDICA PASADA
(Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastorno Autoinmune (e.g. Lupus TIA) <input type="checkbox"/> Cancer (tipo): _____ <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Desorden de coagulacion <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica/ Enfisima <input type="checkbox"/> Sordo/ Problema para escuchar	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Piedras en laVisicula <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Acidez estomacal <input type="checkbox"/> Dolores De Cabeza <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Alta presicion <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> VIH positivo / SIDA <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon	<input type="checkbox"/> Piedras en el Riñón <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Prueba Positiva de TB <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (CVA/ <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides <input type="checkbox"/> Otro: _____ _____ _____ _____
---	---	--

MEDICACIONES ACTUALES
(Por favor, enumere los medicamentos que está tomando. Incluye medicamentos sin receta, vitaminas o suplementos)

Allergias a medicamento: Si No **Por favor enumere :**

Nombre De Medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia tomas esto?	¿Cuánto tiempo has tomado esto?

CIRUGIAS		HOSPITALIZACIONES	
Tipo	Fecha	Tipo	Fecha
Firma del paciente / tutor legal:		Nombre:	Fecha:



CONSENT FOR HEALTHCARE TREATMENT

Yo , _____ (nombre del paciente), consentimiento a cualquier diagnóstico y tratamiento médico, estudios de laboratorio, imágenes, historial de prescripciones, evaluación por un asistente social interno, y derivación a otros proveedores de atención médica que se consideren necesarios y aconsejables por un médico o enfermera profesional titulado en FirstMed Health & Wellness Center. Tengo el derecho de consentir o rechazar el consentimiento a cualquier curso terapéutico propuesto, en ausencia de circunstancias de emergencia.

Firma Del Paciente:	Nombre:	Fecha:
----------------------------	----------------	---------------

CONSENT FOR HEALTHCARE TREATMENT OF MINOR CHILD

Autorizo y acepto permitir FirstMed Health & Wellness Center ("FirstMed"), incluidos sus médicos y enfermeras practicantes, para proporcionar exámenes médicos, conductuales y mentales, diagnósticos y tratamientos para el Menor, que incluyen, entre otros, exámenes de lesiones o enfermedades, exámenes preventivos, análisis de laboratorio, exámenes de rayos X, recetas, derivaciones a otros proveedores de atención médica, y cualquier otra atención médica que FirstMed considere aconsejable.

Autorizo y doy mi consentimiento para permitir a First Med el acceso completo y el uso de los antecedentes y registros médicos, de comportamiento y de salud mental del Menor.

Autorizo y doy mi consentimiento para permitir que FirstMed me contacte por correo electrónico o por correspondencia telefónica a la dirección de correo electrónico y / o al número de teléfono que figuran a continuación con respecto al pronóstico, diagnóstico, tratamiento y cualquier otro asunto relacionado con el Menor.

Entiendo que soy responsable de los costos y gastos financieros incurridos por First Med por los servicios prestados al menor .

Yo represento, garantizo y garantizo que tengo la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre del Menor y que tengo plena autoridad para ejecutar este Consentimiento.

Entiendo que este consentimiento permanecerá en efecto indefinidamente para todos los servicios de atención médica futuros y posteriores provistos por FirstMed al menor hasta que revoque este consentimiento entregando un aviso de revocación por escrito a FirstMed. Dicha revocación no entrará en vigor hasta que FirstMed la entregue y realmente la reciba

Firma del padre / tutor legal:	Nombre:	Fecha:
---------------------------------------	----------------	---------------

Número de padre / tutor legal:	Correo electrónico del padre / tutor legal:
---------------------------------------	--

Parent/ Legal Guardian Address:
--



AUTORIZACIÓN DE USO Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Apellido del paciente:	Primer Nombre:	Segundo nombre:	Fecha De Nacimiento: / /
Direccion de casa		Ciudad, Estado, Código postal:	

Indique los miembros de su familia, amigos, personas significativas, proveedores médicos y agencias a quienusted nos autorize a informar sobre su afección médica o la divulgación de sus registros médicos o información a

Nombre:	Relación:

Yo autorizo , _____ para divulgar mis registros médicos / de salud conductual a FirstMed Health & Wellness Center. Mi registro médico / de salud conductual debe incluir lo siguiente:

- Registros médicos
- Registros de salud conductual
- Informes de radiología
- Informes de patología
- Resultados De Laboratorio
- Otro:

Duración: esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente hasta por un año.

Revocación: Mi revocación escrita entrará en vigencia una vez recibida, pero no entrará en vigencia en la medida en que el solicitante y otras personas hayan actuado de conformidad con esta autorización.

Revocación: Mi revocación escrita entrará en vigencia una vez recibida, pero no entrará en vigencia en la medida en que el solicitante u otras personas hayan actuado de conformidad con esta autorización..

Esta información se solicita para los siguientes propósitos (Marque todo lo que corresponda):

- Medical Legal Personal Salud Conductual Otro: _____

Firma del paciente / tutor legal:	Nombre:	Fecha:
-----------------------------------	---------	--------



FirstMed Health and Wellness Center ("FirstMed") se compromete a brindar atención de salud médica y conductual integral y de calidad, en un ambiente de respeto y dignidad. Para garantizar que podamos brindarle una atención excepcional, lea lo siguiente a continuación y firme que esta de acuerdo y entiende nuestra política para compartir información confidencial.

- Entiendo que es mi responsabilidad notificar a FirstMed 24 horas antes de mi cita programada si no puedo asistir y necesito reprogramarla o cancelarla. Si no llamo 24 horas antes, entiendo que se considerará una "No presentación" a mi cita. Después de 3 "No-Shows" consecutivos, se me notificará por correo certificado que FirstMed ya no podrá brindarme los servicios..
- Entiendo que es mi responsabilidad llegar 10 - 15 minutos antes de mi cita. Llegar tarde a mi cita sin llamar se considerará una "No-presentación" y otro paciente puede ser colocado en mi horario de cita.
- Entiendo que si no tengo una cita pero deseo que me vean, me programaré como un "Walk-In" en la próxima apertura disponible en el calendario del proveedor..
- Acepto proporcionar a mi proveedor de servicios médicos y de salud del comportamiento información correcta y completa sobre el historial médico y mental, por ej. alergias, enfermedades pasadas y presentes, medicamentos y hospitalizaciones, y acuerdan actualizar esta información en caso de que cambie.
- Le haré preguntas a mi proveedor cuando no entiendo alguna parte de mi plan de cuidado.
- Reconozco que debo programar una cita para renovaciones de recetas. Las recargas requieren una cita con un proveedor.
- Entiendo que FirstMed generalmente no brinda control del dolor crónico, pero me derivará a un proveedor apropiado para garantizar la atención continua..
- Entiendo que debo firmar un formulario de "Autorización de uso y divulgación de información" para que mi proveedor pueda coordinar la atención con otras partes involucradas en mi cuidado..
- Acepto proporcionar al personal información demográfica y de seguro actual y completa, cada vez que veo a mi proveedor.
- Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que no están cubiertos por mi seguro, como los copagos, deducibles y coseguro, y que se deben abonar al recibirlos, a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros entre FirstMed y yo..
- Entiendo que si no puedo pagar mi factura en su totalidad, estoy obligado al acuerdo del plan de pago y puedo solicitar un descuento en la escala de tarifa móvil..
- Entiendo que soy responsable de confirmar con mi compañía de seguros el estado del proveedor participante de FirstMed Health and Wellness Center y entiendo que seré responsable de cualquier cargo incurrido por un estado fuera de la red.
- Autorizo a FirstMed Health and Wellness Center a divulgar la información necesaria para presentar y / o procesar un reclamo con mi compañía de seguros.
- Acepto seguir las reglas de conducta de FirstMed y respetar los derechos y las propiedades de su personal y otras personas en la oficina.

He leído y entiendo la información anterior y acepto cumplir con los términos anteriores para los servicios prestados por FirstMed Health & Wellness Center.

Firma del paciente / tutor legal:

Relacion al paciente:

Yo Padre o tutor legal Otro:

Nombre:

Fecha: