



Paquete de bienvenida para nuevos pacientes
Adultos



Saludos,

¡Bienvenido a Orchid Health! Nuestras Clínicas de Salud se fundaron en la creencia de que las comunidades rurales de nuestro estado merecen tener una atención médica de altísima calidad que sea local, integral y que se tome el tiempo necesario para abordar lo que más importa a cada persona.

Hemos reunido a los siguientes miembros del equipo de atención para ofrecer una atención individualizada e integral:

Proveedor de atención primaria (PCP): Su PCP le ayudará a tomar decisiones importantes sobre su salud y puede ponerlo en contacto con otro miembro del equipo de atención para asegurarse de que recibe los mejores cuidados.

Asistente médico (MA): Su asistente médico será a menudo la primera persona con la que hable cuando tenga un problema de salud y trabajará en estrecha colaboración con su PCP para ayudar a apoyar cualquier necesidad de atención médica estándar en curso.

Enfermero coordinador de la atención (RN): En Orchid, contamos con enfermeros que le ayudan a diseñar un Plan de Atención personalizado, que incluye la identificación de sus objetivos personales de salud y la planificación de cualquier elemento sanitario preventivo próximo.

Proveedor de salud conductual (BH): Nuestros proveedores de salud conductual están disponibles para ayudarlo con cualquier necesidad de salud mental, emocional o conductual que pueda tener. Esto puede incluir hacer cambios en el estilo de vida, lidiar con la tristeza o la soledad, o problemas en el hogar o la escuela.

Trabajador de la salud comunitaria (CHW): Nuestros trabajadores de la salud comunitaria están a su disposición para ponerlo en contacto con los recursos de la comunidad, brindarle asistencia para navegar por los sistemas, ayudarlo con preguntas sobre seguros, así como para ayudar a defender sus necesidades que pueden contribuir a mejorar los resultados generales de salud.

Adjuntamos nuestros formularios de registro de nuevos pacientes. Por favor, rellene estos formularios lo mejor que sepa. Se incluye un *Formulario de Divulgación de Expedientes Médicos*, que nos permite solicitar sus registros médicos anteriores antes de su primera visita. Le rogamos que rellene este formulario y lo entregue en nuestra clínica lo antes posible.

Para que podamos atenderlo mejor:

1. Preséntese en la clínica 15 minutos antes de la hora programada para su cita.
2. Traiga su tarjeta de seguro y su identificación a su visita.
3. Traiga los frascos de los medicamentos que esté tomando.
4. Requerimos un aviso de 24 horas para cancelaciones.



¡Estamos aquí para servir a los residentes de nuestra comunidad rural!
¡Bienvenidos a la familia Orchid Health!

Oakridge: Número de teléfono de la clínica 541-782-8304

- Estamos situados a 47815 Highway 58, Oakridge, justo al lado de la farmacia.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes y viernes 8:30am a 5pm, martes, miércoles y jueves de 8:30 a.m. a 7:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al número de teléfono principal de nuestra clínica.

Estacada: Número de teléfono de la clínica 503-630-8550

- Estamos situados a 535 NE 6th Ave, Estacada, en el campus de la Escuela Secundaria, justo a la derecha de Estacada High School.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes 8:30 a.m. a 5:00 p.m, martes 8:30 a.m. a 7:00 p.m., miércoles, jueves y viernes 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al número de teléfono principal de nuestra clínica.

McKenzie River: Número de teléfono de la clínica 541-822-3341

- Estamos ubicados en 51730 Dexter Street, Blue River justo al lado de la McKenzie River Hwy
- Nuestro horario de atención al público es: lunes a jueves de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al número de teléfono principal de nuestra clínica.

Fern Ridge: Número de teléfono de la clínica 541-234-3255

- Estamos ubicados en 24934 Fir Grove Lane, Elmira, en el estacionamiento de la Escuela Secundaria.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes, martes y jueves de 8:30 a.m. a 7:00 p.m. y de miércoles y viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al número de teléfono principal de nuestra clínica.

Sandy: Teléfono de la clínica 971-220-2701

- Estamos ubicados en 37400 Bell Street, Sandy, en el Centro de Salud Estudiantil del campus.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al teléfono principal de nuestra clínica.

Hoodland: Teléfono de la clínica 971-333-0494

- Estamos ubicados en 24461 E. Welches Rd, Welches. Situado al lado del edificio de correos.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al teléfono principal de nuestra clínica.

FAQ - Preguntas frecuentes

- **¿Cómo puedo concertar una cita?**
 - La mayoría de la gente llama a nuestra clínica para concertar una cita.
 - También puede solicitar una cita a través de nuestro Portal del Paciente.
- **¿Necesitas cancelar tu cita?**
 - Requerimos un aviso de 24 horas para cancelaciones.
- **¿Qué es el Portal del Paciente?**
 - El Portal le permite enviar mensajes directamente a su Proveedor, en lugar de llamar. También le permite ver cualquier resultado de laboratorio y de imagen tan pronto como los recibamos.
 - Encontrará el enlace al portal en nuestra página web: www.orchidhealth.org (esquina superior derecha). Pida ayuda a cualquiera de nuestros empleados. Podemos enviarle un enlace por correo electrónico o configurarlo cuando venga.
 - Su información médica estará disponible a través de nuestro portal para pacientes, en inglés o español. El portal es compatible con diversas tecnologías de lectura de pantalla, incluyendo pruebas de daltonismo, para facilitar la accesibilidad a personas con discapacidad visual.
- **¿Llamando a la oficina?**
 - Nos esforzamos por responder a sus solicitudes con prontitud. Si llama a la clínica, le responderemos en un plazo de 24 a 48 horas hábiles para asuntos no urgentes. Si envía un mensaje a través del portal, recibirá una respuesta en un plazo de 2 días hábiles.
- **¿Y si necesito hablar con alguien después de que la oficina esté cerrada?**
 - Es muy fácil. Utilice el mismo número de teléfono al que llama normalmente y busque la opción de contactar con nuestro Servicio de Enfermería fuera de horario.
- **¿Cómo puedo volver a surtir mi receta?**
 - El mejor PRIMER paso es llamar a su farmacia y pedirles que le vuelvan a surtir el medicamento; ellos se comunicarán directamente con nosotros si es necesario.
 - Si tiene alguna dificultad, llámenos para que podamos resolverla. (¡O utilice el Portal del Paciente!) Es necesario que cualquier “receta de medicación controlada” se entregue durante una cita. (Esto incluiría cosas como analgésicos, ciertos medicamentos para la ansiedad o el sueño, etc.).
- **¿Puedo hacerme análisis de sangre en Orchid?**
 - Sí, realizamos análisis para los pacientes que se han establecido con nosotros (Incluso si los solicita otro profesional de la salud).
- **¿Hacen radiografías en Orchid?**
 - No, lo sentimos, en este momento, no contamos con rayos X en ninguno de nuestros centros - pero podemos darle una orden para realizar su radiografía en su centro de diagnóstico por imágenes preferido.
- **¿Cómo puedo obtener los resultados de mis análisis o radiografías?**
 - La mayoría de los resultados de las pruebas se comparten en el portal para pacientes. Si no tiene una cuenta en el portal para pacientes, le llamaremos para comunicarle los resultados. Algunos profesionales de la salud pueden coordinar la revisión de sus resultados durante una visita programada. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros a través del portal o llame a su clínica. Estamos aquí para ayudarle.
- **¿Y si tengo problemas para pagar la visita o los análisis?**
 - No queremos que el dinero interfiera en el cuidado de su salud, así que por favor hable con nosotros acerca de cualquier dificultad que tenga.
 - Pregunte también por nuestro Descuento por Tarifa Móvil.
- **¿Atienden a niños, bebés y personas mayores?**
 - ¡Sí, sí y sí!
- **¿Cómo puedo informar un problema a Orchid Health?**
 - Los pacientes o familiares pueden reportar inquietudes sobre la calidad de la atención, la seguridad o el servicio a cualquier miembro del personal, del personal médico o del gerente de la clínica. También pueden comunicarse con el Departamento de Relaciones con el Paciente (que se indica a continuación) para expresar sus inquietudes o para enviar un cumplido.
 - **Relaciones con los pacientes – Orchid Health**
 - Correo electrónico: patientrelations@orchidhealth.org
 - Dirección: PO Box 546 Gresham, Oregon 97030

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ORCHID HEALTH

(Escriba en letra de molde)

Nombre legal: _____ Fecha de hoy: _____

Nombre - Segundo nombre - Apellidos

Nombre preferido/nombre por el que se le conoce: _____ Pronombres preferidos: _____

Sexo legal: Masculino/Femenino/Otro Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ ¿Acepta mensajes de texto? ☐ Sí ☐ No

Correo electrónico: _____ Método de comunicación preferido: _____ Idioma preferido: _____

Raza: (Puede elegir más de una si procede) ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Asiático ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Origen hispano o latino

Etnia: ☐ No hispano/ latino ☐ Hispano/latino ☐ Otro

Contacto de emergencia Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Estado civil: ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Soltero ☐ Viudo(a) ☐ Otra pareja

Situación laboral: ☐ Trabaja ☐ Desempleado ☐ Jubilado ☐ Desempleado intencionado

¿Cuál es (o ha sido) su ocupación habitual? (tipo de trabajo) _____

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS

(traiga su tarjeta de seguro a nuestra recepcionista)

Indique el nombre del seguro principal: _____

Número de ID del seguro _____ Número de grupo: _____

Nombre del INSCRITO: _____ NSS: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación del paciente con el inscrito: ☐ Propio ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro

Nombre del seguro secundario (si procede): _____

Número de ID del seguro _____ Número de grupo: _____

Nombre del INSCRITO: _____ NSS: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación del paciente con el inscrito: ☐ Propio ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro

PERSONA financieramente responsable de las facturas y del pago:

Relación con el paciente: _____ Nombre: _____ FEC. NAC.: _____

Dirección postal: _____ Código postal: _____ Ciudad _____ Estado: _____

Mejor número de teléfono: _____

**** ÚNICAMENTE PACIENTES VA DEBEN completar esta sección ****

Número de Seguridad Social o Número DBN de Titular de Póliza: _____

Nombre de Seguro: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Consentimiento para tratamiento: Doy mi consentimiento para el tratamiento médico de los servicios médicos realizados o prescritos por los proveedores médicos que atienden en Orchid Health, y estoy de acuerdo con la realización de tratamientos o procedimientos que se consideran necesarios, rutinarios o aconsejables. Un ejemplo de algunos tratamientos realizados en Orchid:

- Exámenes físicos rutinarios, incluidos los deportivos
- Detección precoz, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones, tratamiento de lesiones leves
- Evaluación y manejo de enfermedades crónicas
- Salud reproductiva adecuada a la edad
- Pruebas de laboratorio rutinarias e inmunizaciones
- Educación sanitaria, asesoramiento y promoción del bienestar
- Medicamentos con receta, si procede
- Servicios de salud conductual
- Derivación a servicios de atención médica no prestados por Orchid Health

Autorización de pago: Asigno y autorizo el pago directo a Orchid Health de todos los beneficios del seguro y del plan que sean pagaderos por el/los servicio(s) que reciba. También autorizo la liberación de cualquier registro médico necesario para permitir que la compañía de seguros pague por estos servicios, dentro de las directrices de las Leyes HIPAA (Privacidad). Entiendo a la perfección que en caso de que mi compañía de seguros o la parte financieramente responsable no pague por los servicios que recibo, seré el responsable financiero del pago. Si no tengo seguro activo, acepto pagar los servicios en el momento en que los reciba.

Aviso de prácticas de privacidad: Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de Orchid Health. Este aviso se puede encontrar en nuestro sitio web en los formularios del paciente, está disponible en la clínica al ingresar, y está de otra manera a mi disposición en cualquier momento previa solicitud. Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y rechazar estos servicios. Reconozco que tengo derecho a rechazar la atención o retirar mi consentimiento para la atención, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro. Acuso recibo de información sobre los derechos del paciente y puedo aceptar o rechazar la atención en cualquier momento.

Derechos y responsabilidades del paciente: Acuso recibo de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de Orchid Health. Estos se pueden encontrar en nuestro sitio web en los formularios del paciente, están disponibles en la clínica en el check-in, y son de otra manera a mi disposición en cualquier momento previa solicitud.

Consentimiento para acceder a los registros históricos de recetas/farmacia, y para ponerse en contacto con las redes hospitalarias locales para acceder a la información sobre la historia clínica: Autorizo la divulgación de mi información sobre la historia clínica, ya que la información exacta es necesaria para la prestación de una atención médica precisa y de calidad.

Consentimiento para recibir llamadas: Doy mi consentimiento para recibir llamadas de Orchid Health para mi atención médica protegida y otros servicios en el número o números de teléfono proporcionados al consultorio, incluyendo mi número de teléfono celular. Entiendo que mi proveedor de telefonía celular puede cobrarme por dichas llamadas y que éstas pueden ser generadas por un sistema de marcación automática.

Nombre del paciente o representante autorizado (en letra de molde) _____

Fecha de nacimiento _____

Si es un representante autorizado, indique su relación con el paciente _____

Firma _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorización para divulgar información a otros:

Sin un permiso específico, **no** divulgaremos ninguna información médica a nadie más que a usted. En algunos casos, es posible que desee que otra persona tenga acceso a su información médica. Identifique a esas personas y su relación con usted (es decir, cónyuge, padre, hijo, hija, pareja, etc.).

Doy permiso para divulgar la siguiente información a las personas que se enumeran a continuación:

- ☐ Toda la información de salud sobre mí creada o recibida por Orchid Health, que incluye registros médicos, gestión médica o de casos, facturación, pagos, reclamos e inscripción, salud mental, discapacidades del desarrollo, información o resultados de pruebas de SIDA/VIH, tratamiento de abuso de sustancias y alcohol, y pruebas genéticas.
- ☐ Toda la información de salud, **excepto**: salud mental, discapacidades del desarrollo, información o resultados de pruebas de SIDA/VIH, tratamiento por abuso de sustancias y alcohol, y pruebas genéticas.

Nombre	Relación	Número telefónico

Métodos de comunicación personal:

Como paciente nuestro, es posible que necesitemos comunicarnos con usted fuera de nuestra clínica. Para garantizar su privacidad, nos gustaría que nos indique si está bien o no dejar información médica (como resultados normales de laboratorio) en un correo de voz si no podemos comunicarnos con usted.

Teléfono de casa _____

Teléfono celular _____

____ NO dejar mensajes

____ NO dejar mensajes

____ Sólo puede dejar números de devolución de llamada

____ Sólo puede dejar números de devolución de llamada

____ Puede dejar mensajes con detalles

____ Puede dejar mensajes con detalles

PLAZO: Esta autorización permanecerá vigente por un período de **un año**. Puedo revocar esta autorización por escrito (en cualquier momento) como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad de Orchid Health.

Nombre del paciente o representante autorizado (en letra de molde) _____

Fecha de nacimiento _____

Si es un representante autorizado, indique su relación con el paciente _____

Firma _____ Fecha _____

Divulgación de Expediente Médico

Nombre del paciente _____		Nombre anterior (si lo hay) _____	
FEC. NAC.: _____		Teléfono: _____	
Dirección _____		Ciudad _____	Estado _____ Código Postal _____

Autorizo a que se divulgue la información DE: Nombre/Instalación: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, CP: _____ Teléfono: _____	Autorizo a que se divulgue la información A: Nombre/Instalación: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, CP: _____ Teléfono: _____
---	--

El propósito de esta solicitud es:

☐ Atención médica referida
 ☐ Atención transferida
 ☐ Personal
 ☐ Legal
 ☐ Otro _____

Tipo de información a ser divulgada:

☐ Expediente médico completo *(Consta de los 2 últimos años de tratamiento, salvo que se especifique lo contrario)*
☐ Otro (Especifique por favor): _____

DEBE ESTAR RUBRICADO para que se incluya en los registros

____ Registros relacionados con VIH/SIDA ____ Registros relacionados con la salud mental ____ Información de pruebas genéticas ____ Drogas/Alcohol**

**LA REDIVULGACIÓN ESTÁ PROHIBIDA: Esta información le ha sido divulgada a partir de registros protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin.

Todos los Registros serán enviados a través de fax a menos que se indique lo contrario. Doy mi consentimiento para el envío por fax de mi expediente médico. Todos los documentos enviados por fax contienen una declaración de confidencialidad, sin embargo, entiendo que no se puede garantizar la confidencialidad en el extremo de recepción.. SÍ NO

Mi firma indica que autorizo la divulgación de la información anterior y entiendo lo siguiente:

Entiendo que puedo elegir no firmar esta autorización y que mi elección de no firmar no será una base para afectar mi capacidad de recibir tratamiento.

Entiendo que puedo cancelar la autorización para utilizar y divulgar mi información en cualquier momento por escrito. A menos que se revoque antes, este consentimiento caducará a los 180 días de la fecha de la firma o permanecerá en vigor durante el periodo razonablemente necesario para completar la solicitud. Entiendo que este cambio no afectará la información que ya ha sido compartida.

Entiendo que las leyes federales y estatales protegen mi información médica. Sin embargo, mi información podría ser compartida con agencias o empresas que pueden no estar cubiertas por esta ley. Ellos podrían entonces compartir mi información con otros. Entiendo que no pueden compartir información relativa al VIH/SIDA, tratamiento de salud mental, tratamiento de alcoholismo y drogadicción o pruebas genéticas a menos que yo les dé permiso rubricando este permiso más arriba o según lo permita la ley. Entiendo que se me permite recibir una copia de esta Autorización..

Firma del paciente/Persona legalmente responsable

Relación con el paciente Fecha

☐ **Wade Creek Clinic**
535 NE 6th Ave • Estacada, OR 97023
F: (866) 669-3334 Ph: (503) 630-8550

☐ **Oakridge Clinic**
47815 Hwy 58 • Oakridge, OR 97463
F: (855) 313-2095 Ph: (541) 782-8304

☐ **Fern Ridge Clinic**
24934 Fir Grove Ln • Elmira, OR 97437
F: (833) 673-0252 Ph: (541) 234-3255

☐ **McKenzie River Clinic**
51730 Dexter Street • Blue River, OR 97413
F: (833) 905-2303 Ph: (541) 822-3341

☐ **Sandy Clinic**
37400 Bell St • Sandy, OR 97055
F: (833) 903-3607 Ph: (971) 220-2701

☐ **Hoodland Clinic**
24461 E Welches Road • Welches, OR 97067
F: (833) 973-4292 Ph: 971-333-0494

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MARKETING DE ORCHID HEALTH

¿Cómo supo de nosotros? (Marque una opción o proporcione los detalles si no aparece en la lista):

☐ Búsqueda en línea

☐ De boca en boca

☐ Redes sociales

☐ Anuncio impreso

☐ Vio un cartel

☐ Otro: _____

Yo, _____, doy mi consentimiento a Orchid Health para que me envíe comunicaciones de marketing por correo electrónico. Entiendo que tengo derecho a "cancelar" la recepción de dichas comunicaciones aunque haya firmado la opción de suscripción.

Entiendo y reconozco lo siguiente:

1. Propósito: Las comunicaciones que lo animan a utilizar nuestros servicios se consideran marketing. Debemos obtener su autorización. Las comunicaciones de marketing pueden incluir información sobre los servicios de Orchid Health, promociones, eventos, boletines y otros materiales de atención médica relacionados.

2. Participación voluntaria: Tengo derecho a elegir si deseo o no recibir comunicaciones de marketing de Orchid Health. La participación es totalmente voluntaria.

3. Privacidad: Orchid Health tratará mi información personal de acuerdo con su política de privacidad y las leyes y reglamentos aplicables.

Opciones de consentimiento:

Indique su preferencia marcando la casilla correspondiente a continuación:

☐ Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de marketing de Orchid Health por correo electrónico.

☐ **NO** deseo recibir comunicaciones de marketing de Orchid Health.

Nombre del paciente o representante autorizado (en letra de molde): _____

Fecha de nacimiento _____

Si es un representante autorizado, indique su relación con el paciente _____

Firma _____ Fecha _____

Declaración de no discriminación y accesibilidad:

La discriminación es contraria a la ley

Orchid Health cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual descrita en 45 CFR § 92.101(a)(2)). Orchid Health no excluye a las personas ni las trata de forma menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Orchid Health:

- Proporciona a las personas con discapacidad modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares apropiados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes de lengua de signos calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, que pueden incluir:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con el Responsable de Cumplimiento.

Si cree que Orchid Health no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en:

- El Responsable de Cumplimiento
- PO BOX 546 GRESHAM, OR 97030
- patientrelations@orchidhealth.org
- 541-246-7133

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Responsable de Cumplimiento está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de denuncia están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
Este aviso está disponible en la página web de Orchid Health: www.orchidhealth.org.

Historial médico del paciente nuevo - Adulto

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Preocupaciones médicas actuales (de lo que le gustaría hablar hoy):

1. (más importante) _____
2. _____

Indique si es alérgico a algún medicamento:

Nombre del medicamento y reacción

Indique todos los medicamentos que toma actualmente, incluidos los medicamentos de venta sin receta, los suplementos herbolarios o las vitaminas (escriba en el reverso de la página si necesita más espacio):

Nombre del medicamento, dosis e instrucciones (frecuencia con la que lo toma)

¿Ha recibido las siguientes inmunizaciones (vacunas)? En caso afirmativo, indique el año aprox. en que las recibió:

Vacuna antigripal: ☐ Sí ☐ No Año _____ Tétanos/Difteria: ☐ Sí ☐ No Año _____ Hepatitis A: ☐ Sí ☐ No Año _____

Herpes zóster: ☐ Sí ☐ No Año _____ Vacuna contra neumonía: ☐ Sí ☐ No Año _____

Hepatitis B: ☐ Sí ☐ No Año _____ MMR: ☐ Sí ☐ No Año _____ Polio: ☐ Sí ☐ No Año _____

Otros: ☐ Sí ☐ No Año _____

MUJERES: ¿Existe la posibilidad de que esté embarazada? ☐ Sí ☐ No

¿Ha estado embarazada anteriormente? ☐ Sí ☐ No (¿Cuántas veces?) _____

¿Cuándo fue su último periodo menstrual? _____

¿Se ha sometido alguna vez a una intervención quirúrgica? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, enumérelas (incluya el año si es posible):

¿Alguna hospitalización? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, enumérelas (incluya el año si es posible):

Ha tenido alguna otra lesión grave? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, enumérelas (incluya el año si es posible):

¿Se ha sometido a alguna de estas PRUEBAS? En caso afirmativo, indique cuándo:

Colonoscopia ☐ Sí ☐ No Año _____ Prueba de densidad ósea ☐ Sí ☐ No Año _____ Prueba de Papanicolaou ☐ Sí ☐ No Año _____ Mamografía ☐ Sí ☐ No Año _____ Prueba cardíaca/ prueba de esfuerzo ☐ Sí ☐ No Año _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

¿Eres adoptado/a? ☐ Sí ☐ No (Si la respuesta es NO, llena la siguiente sección) P=Paterno M=Materno

	Madre	Padre	Abuela	Abuelo	Hermana	Hermano	Tio	Tia
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)								
Enfermedad de Alzheimer								
Alcoholismo/Abuso de sustancias								
Aneurisma								
Ansiedad y/o depresión								
Artritis								
Asma								
Bipolar o esquizofrenia								
Trastornos sanguíneos								
Cáncer								
Trastorno del desarrollo								
Diabetes								
Enfisema/ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)								
Infarto de miocardio								
Trastorno hereditario								
Colesterol alto								
Hipertensión arterial								
Enfermedad renal								
Enfermedades hepáticas								
Migrañas								
Osteoporosis								
Convulsiones/Epilepsia								
Cáncer de piel								
Ictus								
Muerte súbita cardíaca								
Trastorno tiroideo								

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

TDAH o TDA	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Endometriosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alcoholismo/Abuso de sustancias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fibromialgia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alergias/Fiebre del heno	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Gota	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Anemia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas ginecológicos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Complicaciones de la anestesia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	VIH	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastorno de ansiedad o ansiedad recurrente	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas cardiacos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Artritis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Hepatitis C	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Asma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Presión arterial alta/Hipertensión	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastorno del espectro autista	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Colesterol alto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Bipolar o esquizofrenia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cálculos renales	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Defectos congénitos o enfermedades hereditarias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de riñón o vejiga	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Transfusión sanguínea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Enfermedades hepáticas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Migrañas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Varicela	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas musculares, articulares u óseos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas de coagulación/sangrado excesivo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Osteoporosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Depresión	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Reflujo/GERD	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastornos del desarrollo o del comportamiento	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Convulsiones/Epilepsia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes o prediabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas cutáneos (erupciones/ lunares cambiantes)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diverticulitis/Diverticulosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Úlceras de estómago o problemas para tragar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Violencia doméstica	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular o AIT	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Infecciones crónicas de oído	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas de oído o audición	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tuberculosis o prueba TB positiva	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastornos alimentarios como anorexia o bulimia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de visión u oculares	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Eczema	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Otros:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfisema/EPOC/Bronquitis crónica	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			













Como parte de la atención integral a la persona que ofrecemos en Orchid Health, tenemos trabajadores comunitarios de salud disponibles para ayudarle a conectarse con recursos aparte de la clínica médica.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

1. ¿Qué es algo que te hace feliz o algo que te hace sentir orgulloso?

2. ¿Vives actualmente en un refugio o no tienes un lugar estable donde dormir por la noche? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Cree que corre el riesgo de quedarse sin hogar? ¿O en riesgo de desalojo?
☐ Sí ☐ No
4. En los últimos 12 meses, la comida que compraste no te duró y no tenías dinero para comprar más.
☐ A menudo cierto ☐ A veces cierto ☐ Nunca es cierto
5. En los últimos 12 meses, le preocupaba que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más.
☐ A menudo cierto ☐ A veces cierto ☐ Nunca es cierto
6. ¿Tiene problemas para conseguir transporte para acudir a las citas médicas?
☐ Sí ☐ No

Indique si le preocupa alguna de las siguientes opciones:

- | | | | |
|---|--|---|---|
|  | <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol/sustancias |  | <input type="checkbox"/> Seguro de salud |
|  | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños/
Personas mayores |  | <input type="checkbox"/> Plagas/moho/calidad del aire |
|  | <input type="checkbox"/> Ropa |  | <input type="checkbox"/> Costes de los medicamentos |
|  | <input type="checkbox"/> Atención dental |  | <input type="checkbox"/> Conexión social |
|  | <input type="checkbox"/> Educación |  | <input type="checkbox"/> Facturas de servicios |
|  | <input type="checkbox"/> Empleo |  | <input type="checkbox"/> Atención oftalmológica |

¿Desea ayuda en alguna de estas áreas? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

Formulario de consentimiento del paciente para la grabación con inteligencia artificial

Para respaldar nuestra misión de brindar atención de alta calidad, estamos utilizando una nueva tecnología que utiliza inteligencia artificial y flujos de trabajo asociados para generar documentación basada en el audio grabado de las visitas de los pacientes. Esta tecnología reduce significativamente la cantidad de tiempo que su médico dedica a la documentación y le permite disponer de más tiempo para brindarle atención a usted y a otros pacientes. Su médico revisa, corrige y aprueba toda la documentación para garantizar la precisión e integridad de su historial médico.

Le solicitamos que firme este formulario para indicar su consentimiento para que su visita se registre y procese con el fin de documentar su atención. Reconozco que mi información médica es sensible y confidencial. Doy mi consentimiento para que se graben y documenten mis visitas médicas con la condición de que se tomen las medidas adecuadas para salvaguardar la privacidad y seguridad de mi información médica.

Este consentimiento es voluntario y su atención no estará condicionada a que usted dé su consentimiento. Lea atentamente la declaración a continuación y firme para indicar su consentimiento o para optar por no participar.

- ☐ Por la presente doy mi consentimiento para que se graben mi visita de hoy y cualquier visita futura. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento para que se graben futuras visitas en cualquier momento.
- ☐ Por la presente no doy mi consentimiento para que se graben mis visitas de hoy y opto por no participar.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente o representante personal

Si la firma es de otra persona diferente al paciente: Nombre del representante en LETRA DE IMPRENTA y su relación con el paciente

Fecha de hoy