

Apellido:		Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Domicilio:		Ciudad, estado, código postal:			
Nombre de empleador/ Ocupación: _____		Idioma Principal: _____			
Número de teléfono de empleador: ()		Servicios de intérprete ofrecidos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		Paciente con problemas de audición: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> SEP.		Raza:		Etnicidad:	
MÉTODO PREFERIDO DE COMUNICACIÓN					
Teléfono: () _____ Métodos autorizados de comunicación (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Solo devuelva una llamada, no deje un mensaje <input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje detallado con la persona <input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje detallado en el contestador automático		Celular: () _____ Métodos autorizados de comunicación (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Solo devuelva una llamada, no deje un mensaje <input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje detallado con la persona <input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje detallado en el contestador automático		Correo electrónico: _____ ¿Cómo supiste de nosotros? <input type="checkbox"/> Web <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> FERIA De Salud <input type="checkbox"/> Pasando por <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Other	
Información de seguros y garantes (Persona responsable para fines de facturación)					
Nombre del seguro:		Número de identificación del miembro:		Circule uno: HMO PPO MEDICARE MEDI-CAL	
Nombre del suscriptor: <input type="checkbox"/> o marque para uno mismo		Fecha De Nacimiento de suscriptor:		Relacion al Paciente:	
EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre de contacto de emergencia:		Relacion:		Número de teléfono:	
INFORMACION DE DOCTOR PRIMARIO, HOSPITAL, Y FARMACIA					
Nombre De su doctor primario:			Hospital Preferido:		
Farmacia / Domicilio y ciudad			Teléfono de farmacia:		

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, PAGO E INFORMACIÓN MÉDICA

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a **Mayflower Medical Group**. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a **Mayflower Medical Group** o compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos. Por la presente autorizo a **Mayflower Medical Group** y / o cualquier asociado que trabaje en nombre de este grupo para prestar cualquier atención médica determinada por una evaluación médica.

Firma Del Paciente: _____ Fecha _____

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL

Entiendo que según la ley federal (**HIPAA**), este consultorio médico **NO** puede divulgar ninguna **información médica personal** a ninguna persona sin mi permiso expreso por escrito. La aplicación de la ley y la orden judicial son dos excepciones a este requisito. Por lo tanto, doy permiso a **Mayflower Medical Group** para **divulgar información médica en mi nombre, a las siguientes personas a continuación:**

Apellido y primer Nombre:		RELACION:
DOMICILIO:		
TELEFONO #	EDAD:	Fecha De Nacimiento:
NÚMERO DE LICENCIA Y FECHA DE NACIMIENTO:		SEGURO SOCIAL
OTRA FORMA DE IDENTIFICACIÓN: (CREA UN PIN DE 4 DÍGITOS)		

Apellido y primer Nombre:		RELACION:
DOMICILIO:		
TELEFONO #	EDAD:	Fecha De Nacimiento:
NÚMERO DE LICENCIA Y FECHA DE NACIMIENTO:		SEGURO SOCIAL
OTRA FORMA DE IDENTIFICACIÓN: (CREA UN PIN DE 4 DÍGITOS)		

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Formulario de consentimiento del paciente para la tecnología de la información de salud para la salud económica y clínica (HITECH)

Lea el formulario de consentimiento y proporcione la siguiente información:

Nombre de Paciente: (Apellido) _____ (Primer Nombre) _____

Fecha De Nacimiento: _____ Sexo: Hombre____ Mujer____

Domicilio: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Opciones de consentimiento (Marque uno):

[☐] **CONSENTIMIENTO** para que todos los participantes de HITECH accedan a **TODA mi información electrónica de salud (incluida la información confidencial)** en relación con la prestación de servicios de atención médica, incluida la atención de emergencia.

[☐] **CONSENTIMIENTO SOLO EN CASO DE UNA EMERGENCIA** para que todos los participantes de HITECH accedan a **TODA mi información de salud electrónica (incluida la información confidencial) SOLO** en caso de una emergencia médica.

[☐] **NO CONSENTIMIENTO** que ningún participante de HITECH acceda a cualquiera de mi información de salud electrónica **INCLUSO** en el caso de una emergencia médica

Al firmar, usted acepta y da su consentimiento a las opciones marcadas anteriormente

X _____

Firma Del Paciente

Fecha

SÓLO PARA USO INTERNO

Nombre de la organización: Mayflower Medical Group **Nombre del testigo:** _____

Como testigo de este consentimiento, doy fe de que el firmante anterior me conoce personalmente o ha establecido su identidad conmigo mediante una identificación con foto satisfactoria, una tarjeta de seguro u otra evidencia de identidad usualmente utilizada en la atención médica.

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MEDICO

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: (circule uno) C S D V

Grado de educación completado: _____

Orientación Sexual: (circule uno) Heterosexual Homosexual Bisexual

Grado: _____ Colegio: _____

NOTA: Este es un registro confidencial de su historial médico. Como su médico de familia, es importante conocer esta información, para poder proporcionarle la mejor atención médica posible. La información aquí contenida no se liberará a nadie sin su consentimiento previo. Se le pedirá que complete este formulario cada año.

Historial Personal: Marque todas las que apliquen	Medicinas que está tomando:	Historial Familiar
Enfermedades/problemas médicos que ha tenido:		Favor, marque si sus parientes sanguíneos han tenido alguno de los siguientes:
		*Especificar relación
<input type="checkbox"/> TDAH/Trastorno de comportamiento		<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Alergias-temporada, mascotas, alimentos, etc.		<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Anemia	Alergias a Medicamentos:	<input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación de la sangre
<input type="checkbox"/> Artritis		<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar de obstrucción crónica
<input type="checkbox"/> Problemas de Riñón o Vejiga		<input type="checkbox"/> Arterioesclerosis coronaria
<input type="checkbox"/> Desordenes de Sangrado		<input type="checkbox"/> Demencia
<input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre	¿Usa el Cinturón de Seguridad? Si/No	<input type="checkbox"/> Trastorno depresivo
<input type="checkbox"/> Problemas intestinales	¿Usa Protector Solar a diario? Si/No	<input type="checkbox"/> Trastorno del desarrollo
<input type="checkbox"/> Tipo de cancer:	¿Tiene armas en la casa? Si/No	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Dolor crónico/Fibromialgia	¿Alarma de humo en la casa? Si/No	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado
<input type="checkbox"/> Anomalías congénitas y defectos de nacimiento	Dieta- regular, vegetariano, veganos, etc.	<input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides
<input type="checkbox"/> Depresión/Desorden Mental	Nivel de estrés: bajo/med/alto	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón
<input type="checkbox"/> Diabetes	Nivel de ejercicio: bajo/med/alto	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto
<input type="checkbox"/> Oídos o Problemas de Audición	Legalmente ciego o sordo Si/No	<input type="checkbox"/> Presión arterial Alta
<input type="checkbox"/> VIH		<input type="checkbox"/> Trastorno de inmunodeficiencia
<input type="checkbox"/> Lesión de cabeza/conmoción cerebral	Ocupación:	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón
<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza	Directiva Avanzada :	<input type="checkbox"/> Tipo de Cancer:
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	Testamento de vida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Trastorno Mental
<input type="checkbox"/> Problemas del corazón/Soplo cardíaco	Poder notarial duradero para:	<input type="checkbox"/> Migraña
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	Cuidado de la Salud <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Obeso
<input type="checkbox"/> Hipertensión/Alta Presión	En caso afirmativo, por favor nos proporcione una copia	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado	Mujer:	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Pulmón	Edad de Menopausia/primer periodo:	<input type="checkbox"/> Convulsion
<input type="checkbox"/> Musculoesqueletal	Días de Flujo:	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	Menstruación mensual	Historia de Sustancias:
<input type="checkbox"/> Reflujo/GER/ulceras	Flujo: Ligero moderado pesado	Usa Tabaco?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Transmisión Sexual	¿Usa método anticonceptivo? ¿Cuál?	Fuma/mastica (Cuanto) _____ Edad que comenzó a fumar: _____
<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	¿Examina sus senos? sí/ no	Solía fumar pero lo dejó el _____
<input type="checkbox"/> Problemas de la Piel	Fecha de Último Papanicolaou	¿Toma Alcohol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, Cuanto por semana
<input type="checkbox"/> Apnea del Sueño	¿Pap anormal?	
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/Derrame Cerebral	Su edad cuando tuvo el 1er embarazo	¿Usa Drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Desorden de la tiroides	# de embarazos: _____	Describe: _____ Frecuencia: _____
<input type="checkbox"/> Visión o Problemas de los ojos	Sexualmente activa(o) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Consumo de Caféina: ocasional, moderado, bastante, ninguno
Cirugía mayor o Hospitalización/Año	Está embarazada Si/No	Ha visitado recientemente algún centro de urgencia/salud mental/ especialistas Si/No
	Nombre OB/Ginecólogo _____	porque: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

FIRMA DE Dr./Dra. X _____ Fecha/Date: _____

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

Adulto (Adult)

Nombre del paciente (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy
Persona que llena el formulario (si el paciente necesita ayuda) <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro Especifique			¿Necesita ayuda para llenar el formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre alguna sección de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?
☐ Sí ☐ No

Clinic Use Only:

Nutrition

1	¿Bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Drinks or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
2	¿Come frutas y verduras todos los días? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
3	¿Limita la cantidad de alimentos fritos o comida rápida que come? <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
4	¿Tiene la posibilidad de comer suficientes alimentos saludables? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>(Skip)</i>
5	¿La mayoría de los días bebe un refresco, jugo, bebida deportiva o bebida energizante? <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>
6	Por lo general, ¿come demasiado o muy poco? <i>Often eats too much or too little food?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>
7	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>
8	¿Hace ejercicio o realiza actividades, como caminar, jardinería o nadar durante, al menos, ½ hora al día? <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
9	¿Se siente seguro donde vive? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
10	¿Ha tenido accidentes automovilísticos últimamente? <i>Had any car accidents lately?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>

Physical Activity

Safety

11	Durante el último año, ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado o lastimado físicamente? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
12	¿Siempre usa cinturón de seguridad cuando conduce o viaja en automóvil? <i>Always wears a seat belt when driving or riding in a car?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
13	¿Tiene un arma de fuego en su hogar o en el lugar donde vive? <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
14	¿Se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Dental Health
15	¿Con frecuencia se siente triste, desesperanzado, enojado o preocupado? <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Mental Health
16	¿Con frecuencia tiene dificultades para dormir? <i>Often has trouble sleeping?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
17	¿Fuma o masca tabaco? <i>Smokes or chews tobacco?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
18	¿Sus amigos o familiares fuman en su hogar o en el lugar donde usted vive? <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
19	En el último año ¿ha tomado: <input type="checkbox"/> (hombres) 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día? <input type="checkbox"/> (mujeres) 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día? <i>In past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?</i>	No	Sí (Yes)	Omitir <i>Skip</i>	
20	¿Consume drogas o medicamentos para ayudarlo a dormir, relajarse, calmarse, sentirse mejor o perder peso? <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
21	¿Cree que usted o su pareja podría estar embarazada? <i>Thinks she/he or partner could be pregnant?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Sexual Issues
22	¿Cree que usted o su pareja pueden tener una infección de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI), como clamidia, gonorrea, verrugas genitales, etc.? <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
23	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin utilizar un método anticonceptivo en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
24	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales con otras personas en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

25	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin condón en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
26	¿Alguna vez le forzaron o presionaron para tener relaciones sexuales? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
27	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre su salud? <i>Any other questions or concerns about health?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:

<i>Clinic Use Only</i>	Counseled	Referred	Anticipator y Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
<input type="checkbox"/> Physical activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:

Depression Screening Assessment

Member Name: _____

Date of Birth: _____

Member ID: _____

Depression Screening (PHQ-9)

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

		Not at all <i>Ningún día</i>	Several Days <i>Varios días</i>	More Than Half the Days <i>Más de la mitad de los días</i>	Nearly Every Day <i>Casi todos los días</i>
1	Little interest or pleasure in doing things <i>Poco interés o placer en hacer cosas</i>	0	1	2	3
2	Feeling down, depressed, or hopeless <i>Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas</i>	0	1	2	3
3	Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much <i>Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado</i>	0	1	2	3
4	Feeling tired or having little energy <i>Se ha sentido cansado(a) o con poca energía</i>	0	1	2	3
5	Poor appetite or overeating <i>Sin apetito o ha comido en exceso</i>	0	1	2	3
6	Feeling bad about yourself - or that you are a failure or have let yourself or your family down <i>Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia</i>	0	1	2	3
7	Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television <i>Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión</i>	0	1	2	3
8	Moving or speaking so slowly that other people could have noticed or being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual <i>¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal</i>	0	1	2	3
9	Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way <i>Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera</i>	0	1	2	3
1-4 Minimal Depression, 5-9 Mild Depression, 10-14 Moderate Depression, 15-19 Moderately Severe Depression, 20-27 Severe Depression		TOTAL:			

Los Angeles County Adult Tuberculosis Risk Assessment

- Use this tool to identify asymptomatic **adults** for TB infection testing
- Re-testing should only be done in persons who previously tested negative, and have **new** risk factors since the last assessment
- For TB symptoms or abnormal chest x-ray consistent with active TB disease → Evaluate for active TB disease
Complete evaluation for active TB disease includes: symptom screen, chest x-ray, and if indicated, sputum AFB smears, cultures, and nucleic acid amplification testing. A negative tuberculin skin test or interferon gamma release assay does not rule out active TB disease.

Check appropriate risk factor boxes below.

TB infection testing is recommended if any of the 4 boxes below are checked.

If TB infection test result is positive and active TB disease is ruled out, TB infection treatment is recommended.

☐ Birth, travel, or residence in a country with an elevated TB rate for at least 1 month

- Includes countries other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or Western and Northern European countries
- If resources require prioritization within this group, **prioritize** patients with at least one medical risk for progression (see Fact Sheet for list)
- Interferon Gamma Release Assay is preferred over Tuberculin Skin Test for non-U.S.-born persons ≥ 2 years old

☐ Immunosuppression, current or planned

- HIV infection, organ transplant recipient, treated with TNF-alpha antagonist (e.g., infliximab, etanercept, others), steroids equivalent of prednisone ≥ 15 mg/day for ≥ 1 month) or other immunosuppressive medication

☐ Close contact to someone with infectious TB disease at any time

- The Centers for Disease Control and Prevention indicates that the evaluation of contacts and treatment of infected contacts is an important component of the U.S. strategy for TB elimination

☐ History of homelessness or incarceration

- The U.S. Preventive Service Task Force (USPSTF) recommends screening populations at increased risk for TB infection based on increased risk of exposure including persons who have lived in high-risk congregate settings (e.g. homeless shelters and correctional facilities)

☐ None; no TB testing is indicated at this time.

Provider: ☐ Lina Dela Cruz, M.D. ☐ Randy Taylor
☐ Judith Foyabo N.P. ☐ Lara Clark, P.A.

Assessment Date: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

(Place sticker here if applicable)

See the [Los Angeles County Adult Tuberculosis Risk Assessment User Guide](#) for more information about using this tool.

Adapted for LAC use from the California Tuberculosis Risk Assessment available on the PROVIDERS page at www.ctca.org

To ensure you have the most recent version visit <http://publichealth.lacounty.gov/tb/provider toolkit.htm>

ACUERDO DE ARBITRAJE ENTRE MEDICO Y PACIENTE

Artículo 1: Acuerdo de someterse a arbitraje: Por el presente se acuerda que cualquier disputa referente a negligencia profesional, es decir, en lo que se refiera a si cualquiera de los servicios médicos efectuados bajo este acuerdo fueron innecesarios o no autorizados o fueron llevados a cabo, inadecuada, negligente o incompetente, se determinará por medio de un arbitraje en conformidad con las leyes de California, y no por medio de un juicio o recurso a procedimiento de corte, con excepción de la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje conforme a las leyes de California. Ambos participantes en este contrato, por el hecho de entrar a este contrato, están renunciando sus derechos constitucionales que cualquiera disputa sea decidida en corte frente a un jurado, y, en su lugar, aceptan el uso de arbitraje.

Artículo 2: Todos los reclamos deben someterse a arbitraje: Es la intención de los participantes que por medio de este acuerdo sea obligatorio para todos aquellos cuyos reclamos surjan o estén vinculados con el tratamiento o los servicios prestados por el médico incluyendo a cualquier cónyuge o heredero del paciente y a cualquier hijo que haya nacido o no en el momento en que ocurrió el acontecimiento que dió lugar a dicho reclamo. En el caso de una madre embarazada, el término "paciente" se referirá tanto a la madre como al bebé o los bebés que la madre espera.

Todos los reclamos por daños y perjuicios monetarios que excedan el límite de la jurisdicción de la corte de reclamos de menor cuantía contra el médico, y los socios del médico, asociados, corporación o sociedad colectiva, y los empleados, agentes o propiedad de cualquiera de ellos, deben someterse a arbitraje incluyendo, pero no limitándose, a reclamos por pérdida de consorcio conyugal, muerte por negligencia, trastornos emocionales o daños punitivos. Que el médico haya entablado una acción judicial en cualquier corte con el fin de cobrar honorarios del paciente no significará una renuncia al derecho de someter a arbitraje cualquier reclamo por negligencia médica.

Artículo 3: Procedimientos y Derecho Aplicable: Se requiere que todos los participantes sean notificados por escrito en caso de una solicitud de arbitraje. Cada uno de los participantes deberá escoger un árbitro (árbitro del participante) dentro de un plazo de treinta días y los árbitros nombrados por los participantes escogerán un tercer árbitro (árbitro neutral) dentro del plazo de treinta días después de la solicitud por un árbitro neutral de cualquiera de las dos partes. Cada participante del arbitraje deberá pagar su porción prorrateada correspondiente de los costos y honorarios del árbitro neutral, además de otros gastos de arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, excluyendo los honorarios de los abogados o de los testigos u otros gastos incurridos por una de las partes para el beneficio propio del participante. Los participantes estipulan que los árbitros tendrán la inmunidad de un oficial judicial contra la responsabilidad civil mientras está actuando en la capacidad de árbitro bajo este contrato. Esta inmunidad suplementará y no reemplazará, cualquiera otra ley, sea común o estatutoria, que se aplique.

Por medio de una petición escrita al árbitro neutral, cada uno de los participantes podrá ejercer un derecho absoluto de someter separadamente al arbitraje los asuntos de responsabilidad por daños y perjuicios.

Los participantes acceden a que toda persona o entidad que, de otra manera, sería una parte adicional oportuna en una acción judicial, pueda intervenir y participar en este arbitraje, y en caso de que tal intervención o participación ocurra, toda acción jurídica existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá hasta el momento del arbitraje.

Los participantes estipulan que las disposiciones de las leyes de California aplicables a los profesionales que suministran atención médica se aplicarán a las disputas incluidas en este acuerdo de arbitraje, incluyendo, pero sin limitarse a, las Secciones 340.5 y 667.7 del Código de Procedimientos Civiles y Secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquier participante puede presentar a los árbitros una solicitud para una decisión sumaria o una adjudicación sumaria en conformidad con el Código de Procedimientos Civiles. El proceso de descubrimiento será conducido en conformidad con el Código de Procedimientos Civiles de California, Sección 1283.05, sin embargo, las deposiciones se pueden llevar a cabo sin antes tener el permiso del árbitro neutral.

Artículo 4: Disposiciones Generales: Todos los reclamos basados en el mismo incidente, transacciones o circunstancias vinculadas deberán ser sometidas a arbitraje en el mismo procedimiento. Se renunciará al reclamo o este se anulará para siempre si (1) en la fecha en que se reciba su notificación, el reclamo, en caso de ser parte de una acción civil, fuera excluido bajo el estatuto de limitaciones de California correspondiente o (2) el reclamante no demuestra diligencia razonable en llevar adelante el reclamo de arbitraje en conformidad con los procedimientos aquí descritos. Con respecto a cualquier otro asunto que no esté estipulado expresamente en el presente, el arbitraje se regirá por las disposiciones relativas a arbitraje del Código de Procedimientos Civiles de California.

Artículo 5: Revocación: Este acuerdo puede revocarse por medio de notificación escrita entregada al médico dentro de un plazo de treinta (30) días de su firma y si no es revocado regirá todos los servicios médicos recibidos por el paciente. La intención de este acuerdo, es que se aplique a todos los servicios médicos efectuados en cualquier momento y por cualquiera condición.

Artículo 6: Vigencia Retroactiva: Si el paciente desea que este acuerdo cubra los servicios efectuados antes de la fecha de su firma (incluyendo, pero sin limitarse a, tratamiento de urgencia), el paciente deberá poner las iniciales de su nombre abajo.

Entra en vigencia en la fecha de los servicios médicos iniciales.

Iniciales del Paciente o del Representante del Paciente

En caso de que cualquiera de las disposiciones del presente acuerdo de arbitraje sea declarada inválida o imposible de cumplir, las disposiciones restantes quedarán en pleno vigor y no serán afectadas por la invalidez de cualquiera de las otras disposiciones.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Mi firma al pie de la página representa mi acuse de recibo de una copia del acuerdo.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED SE COMPROMETE A SOMETER CUALQUIER ASUNTO RELATIVO A NEGLIGENCIA MEDICA A UNA DECISION POR ARBITRAJE NEUTRAL Y ESTA RENUNCIANDO A SU DERECHO A UN JUICIO POR JURADO O POR JUEZ. VEA EL ARTICULO 1 DE ESTE CONTRATO.

POR: _____
Firma del Médico o Representante Autorizado Fecha

POR: _____
Firma del Paciente o Representante del Paciente Fecha

Nombre del Médico, Grupo Médico o Asociación
en Letra de Molde o Sello

POR: _____
Nombre del Paciente en Letra de Molde

Una copia firmada de este documento debe entregarse al paciente.
El original deberá archivar con el expediente médico del paciente.

POR: _____
Si es representante del paciente, nombre en Letra de Molde
y relación al paciente.

Norma de Privacidad de HIPAA

Acuerdo de Autorizacion del Paciente

Autorizacion para la Revelacion de Informacion Confidencial de Salud para

Tratamiento, Pago o Cuidado Medico (§ 164.508(a))

Yo, _____ (Nombre del Paciente) entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Mayflower Medical Group Inc., crea y mantiene los documentos medicos que describen mi historial medico, sintomas, examinaciones y los resultados, diagnosticos, tratamientos y cualquiera plan para futuro cuidado o tratamiento. Yo entiendo que esta informacion sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento;
- Un medio de comunicacion entre profesionales del campo medico que pueden contribuir a mi cuidado medico;
- Una fuente de informacion de como aplicar mi diagnostico e informacion quirurgica a mi cuenta;
- Un medio por el cual un pagador puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados;
- Un medio para operaciones rutinarias de cuidado medico tales como determinacion de calidad y revision de capacidad de los profesionales en el campo medico.

He sido proporcionado(a) con una copia del **Aviso de Practicas de Privacidad** que provee una descripcion mas complete sobre los usos y revelaciones de informacion.

Entiendo que como parte de mi cuidado y tratamiento puede ser necesario proveer a otra entidad mi Informacion Confidencial Medica. Yo tengo el derecho de revisar el aviso de Mayflower Medical Group Inc., antes de firmar autorizacion. Autorizo la revelacion de mi Informacion Confidencial Medica como sera especificado posteriormente para los propositos y a los y a los grupos indicados por mi.

Norma de Privacidad Consentimiento del Paciente

Consentimiento para la Revelacion de informacion Confidencial de Salud para

Tratamiento, Pago o Cuidado Medico (§ 164.506(a))

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de Practicas de Informacion de Mayflower Medical Group Inc., antes de firmar este consentimiento;
- Que Mayflower Medical Group Inc., reserva su derecho de cambiar el aviso y las practicas y que si solicito, enviara una copia del aviso editado a la direccion que he dado antes de ponerlo en practica;
- Tengo el derecho a oponerme al uso de mi informacion medica para propositos directorios;
- Tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a como mi informacion confidencial medica puede ser usada o revelada para realizar tratamiento, pago o cuidado medico y que no es requerido por la ley que Mayflower Medical Group Inc., este de acuerdo con las restricciones solicitadas;
- Puedo revocar este consentimiento escrito en cualquier momento, excepto hasta el punto que Mayflower Medical Group Inc., ya haya tomado accion dependiendo del consentimiento escrito.

Firma del Paciente o Testigo Representante Legal.

Nombre del Paciente o Testigo Representante Legal.

Fecha:

**Regla de Privacidad HIPAA Recibo de Noticia de Practica de
Privacidad Forma de Reconocimiento Escrita**

Mayflower Medical Group Inc.

**Reconocimiento de recibo de la Noticia de Practica de Privacidad
(§164.520(a))**

Yo, _____ (Nombre del Paciente) entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Mayflower Medical Group Inc. crea y mantiene los documentos medicos que describen mi historial medico, sintomas, exámenes y los resultados, diagnosticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado medico o tratamiento. Yo reconozco que se me ha proporcionado y entiendo que el Aviso de las Practicas de Privacidad Mayflower Medical Group Inc provee una descripcion completa del uso y revelacion de mi informacion medica.

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de las Practicas de privacidad de Mayflower Medical Group Inc., antes de firmar esta forma;
- Que Mayflower Medical Group Inc. reserva su derecho de cambiar el Aviso de las Practicas de Privacidad y que enviara una copia del aviso editado a la direccion que ha dado antes de ponerlo en practica, si lo solicito.

Firma del Individuo o Testigo Representante Legal _____

Nombre del Individuo o Testigo Representante Legal _____

Fecha: _____

SOLO PARA USO INTERNO DE LA OFICINA

Intentamos obtener reconocimiento escrito de nuestro Aviso de las Practicas de Privacidad, pero no ha podido ser obtenido porque:

- ☐ Individuo reuso firmar
 - ☐ Dificultades de comunicacion prohibio que obtuvieramos el reconocimiento
 - ☐ Una emergencia evito obtuvieramos el reconocimiento
 - ☐ Otro (especifique por favor)
-

Site Manager

Fecha