

Historial Médico del Paciente

Por favor complete ambos lados de esta forma

Este cuestionario es utilizado para recopilar información acerca de su historial médico. Además de proveer al equipo médico con información clínica importante, este cuestionario también nos ayuda para cumplir con unos requisito específicos establecidos por Medicare y otros seguros de salud.

Información del Paciente:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Lugar de nacimiento: _____ Religión: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
 Raza: ☐ Blanco ☐ Afroamericano ☐ Hispano ☐ Asiático ☐ Otro, especifique _____
 Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado
 Nombre de su proveedor de salud primario/ Doctor de familia: _____ Ciudad: _____

Alergias:

¿Ha tenido alguna reacción alérgica por algún medicamento (ronchas, irritación de la piel, problemas para respirar...)? ☐ Sí ☐ No Si marcó Sí, por favor haga una lista:

Nombre de la medicina	Describa la reacción alérgica
_____	_____
_____	_____

¿Hay algún otro medicamento que prefiere no tomar debido a los efectos secundarios que conllevan? ☐ Sí ☐ No

Si marcó Sí, por favor especifique: _____

Tiene alguna alergia o sensibilidad a:

¿Yodo o colorantes de contraste para Rayos X? ☐ Sí ☐ No ¿Látex o caucho (guantes, condones, globos)? ☐ Sí ☐ No
 ¿Picaduras de abejas o avispas? ☐ Sí ☐ No ¿Cinta adhesiva? ☐ Sí ☐ No

Otras alergias (especifique): _____

Haga una lista de alimentos que le produzcan alergias: ☐ Ninguno

Estatura: _____ Peso: _____ Fecha de su última vacuna de la gripa (Flu): _____

¿Ha tenido cambios recientes en su peso? ☐ No ☐ Sí Subió _____ lbs. Bajó _____ lbs.

Historial Médico:

Por favor, marque si usted tiene o ha tenido algunas de estas condiciones:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Accidente cerebro vascular | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Síndrome del Intestino Irritable |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Enfermedad Arterial Coronaria | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Infarto Agudo del Miocardio |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Vesícula Biliar | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Agrandamiento prostático benigno | <input type="checkbox"/> Reflujo Gastro-esofágico | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica |
| <input type="checkbox"/> Coágulos en la sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| (Tipo: _____) | | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ | | |

Historial de Cirugías:

Por favor, marque los que apliquen:

<input type="checkbox"/> Angioplastia	Año _____	<input type="checkbox"/> Colectomía	Año _____	<input type="checkbox"/> Marcapasos	Año _____
<input type="checkbox"/> Dispositivo Arterial	_____	<input type="checkbox"/> Colostomía	_____	<input type="checkbox"/> Biopsia de la próstata	_____
<input type="checkbox"/> Apendicetomía	_____	<input type="checkbox"/> Cirugía gástrica	_____	<input type="checkbox"/> Resección de Intestino Delgado	_____
<input type="checkbox"/> Artroscopia	_____	<input type="checkbox"/> Reparación de Hernia	_____	<input type="checkbox"/> Tiroidectomía	_____

☐ Cirugía en la espalda _____ ☐ Reemplazo de la cadera _____ ☐ Amigdalectomía _____
☐ Derivación Arterial Coronaria (CABG) _____ ☐ Reemplazo de la rodilla _____
☐ Cirugía en la Próstata (TURP) _____ ☐ Síndrome del Túnel Carpiano _____ ☐ Cirugía visual- LASIK _____
☐ Vasectomía _____ ☐ Extracción de Cataratas _____ ☐ Biopsia del hígado _____
☐ Colectomía _____ ☐ Fracturas (ORIF) _____ ☐ Otra (especifique): _____

Hospitalizaciones:

Por favor, haga una lista de sus hospitalizaciones mayores

Año	Lugar	Enfermedad/Lesiones	Doctor
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historial Social del Paciente

Ocupación: _____

¿Eres estudiante? ☐ Sí ☐ No

¿Está en el servicio militar? ☐ Sí ☐ No

Hábitos Ejercicios:

¿Hace ejercicios? ☐ Sí ☐ No

¿Cuán frecuente haces ejercicios? _____

¿Qué tipo de ejercicios? (caminar, correr, nadar)? _____

Tabaco:

En estos momentos, ¿utiliza tabaco? ☐ Sí ☐ No

¿Por cuantos años ha utilizado tabaco regularmente? _____

¿Qué producto de tabaco utiliza actualmente? (cigarrillos, cigarros, pipa, tabaco masticable) _____

¿Cuánta cantidad de tabaco usa cada día? _____

¿Ha intentado parar de usar tabaco? ☐ Sí ☐ No

¿Utilizó algún producto de tabaco en el pasado? ☐ Sí ☐ No

¿Trabajas actualmente? ☐ Sí ☐ No

Si trabaja: ☐ tiempo completo ☐ medio tiempo

Educación (el grado más alto completado) _____

Café:

¿Usted toma café? ☐ Sí ☐ No

¿Cuántas tazas de café toma en un día? _____

Alcohol:

¿Usted toma bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No

¿Qué tipo de alcohol? _____

En una semana, ¿Cuánto bebes? _____

¿Cuándo fue la última vez que bebió? _____

¿Cuándo dejó de beber? _____

Historial Familiar:

Por favor, marque si algún miembro de su familia ha tenido algo de lo siguiente, quién de la familia lo ha tenido? (Ejemplo: Alergia: Madre)

<input type="checkbox"/> Alergias _____	<input type="checkbox"/> Cáncer _____	<input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta _____
<input type="checkbox"/> Alcoholismo _____	<input type="checkbox"/> Diabetes _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón _____
<input type="checkbox"/> Asma _____	<input type="checkbox"/> Epilepsia _____	<input type="checkbox"/> Desorden de Salud Mental _____
<input type="checkbox"/> Tendencia a sangrar _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón _____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis _____
<input type="checkbox"/> Ceguera _____	<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva _____	<input type="checkbox"/> Apoplejía/CVA _____
<input type="checkbox"/> Desorden neurológico _____	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	

Por favor, provea la siguiente información acerca de su familia:

Año de nacimiento	Enfermedades Principales (Si aplica, causa de la muerte)	Vivo/Fallecido	Si falleció, ¿Qué edad tenía?
Padre			
Madre			
Hermanos/as	Genero		
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Hijos/as	Genero		
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Por Favor haga una lista de los medicamentos que esta tomando, y quién los recetó:

Medicina	Doctor que lo recetó
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



Solicitud de Descuento a Base de Ingresos de Promise Healthcare

*Si necesita asistencia para completar esta solicitud, por favor hable con un miembro de Promise Healthcare.
Sólo una solicitud es necesaria por casa.*

Tiene seguro medico de Medicaid o tiene plan médico ☐ Sí ☐ No

Si sí pase a la siguiente forma y verifique su ingreso en el formulario de Medicaid.

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

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

Número de teléfono: _____ Número de teléfono alterno: _____

Correo Electrónico: _____

Usted o alguien en su familia, ¿tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No

Usted o alguien en su familia, ¿tiene seguro dental? ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", complete lo siguiente. Si es necesario, utilice formas adicionales.

Nombre de su compañía de seguro médico: _____

Número de Póliza: _____ # de Grupo: _____ # de Suscripción: _____

Dirección de la compañía: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de su compañía de seguro dental: _____

Número de Póliza: _____ # de Grupo: _____ # de Suscripción: _____

Dirección de la compañía: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Es usted veterano de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

En los pasados 24 meses, ¿usted trabajó o ha sido dependiente de alguien que trabajó en la agricultura tanto en el campo como en otra industria basada en la agricultura? ☐ Sí ☐ No

Si ha marcado Sí, ¿cuál le aplica?

☐ Migrante
(Establece residencia temporera en el área)

☐ Trabajo todo el año (residencia
permanente en el área)

☐ Residencia permanente por
Temporadas
(residencia permanente en el área)

Tipo de residencia (marque una)

☐ Renta o dueño de su casa

☐ Refugio para personas
sin hogar

☐ Vives con otra persona (desconocido o familiar)

☐ Transitorio (vives de lugar en lugar)

☐ En la calle

☐ Otro

Enumere cada dependiente (si hay más de 6, por favor enumérelos en una página por separado)

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el Solicitante	¿Tiene...?	
			Medicaid	Otro Seguro Médico

Tabla con el Resumen de Ingresos

Fuentes	Ingresos Totales en la Casa	Documentación Aceptada
Sueldos		Último reporte de impuestos federales o los últimos 2 talonarios de pago antes de la fecha y firma de esta solicitud.
Sueldo a base de intereses ganados por inversiones		Estado de cuenta del banco de cheques y/o ahorros, cooperativa de crédito, forma bancaria 1099.
Ingresos de empleo independiente, Propiedades rentadas		Presentar el libro de contabilidad de ingresos y de gastos para el año en curso.
Ayuda económica de algún programa público de asistencia social, Seguro Social/ Discapacidad		Carta del programa que enumere la cantidad recibida en el año en curso. Si recibes más de una ayuda, traiga todas las cartas.
Desempleo		Carta de beneficios por desempleo que enumere la cantidad recibida en el año en curso.
Indemnización del trabajo		Carta de indemnización que enumere la cantidad recibida en el año en curso.
Pensión alimenticia de niños o suya		Decreto de divorcio que indique la pensión alimenticia recibida.
Pensión por Retiro		Carta provista por el administrador del sistema de retiro de su trabajo en el que indique la cantidad mensual recibida en el año en curso.
Ayuda Familiar o de amistades		Declaración certificada por un abogado notario que indique la ayuda económica que recibes de ellos.
Otro (especifique)		
Total		

Número de personas que viven de los ingresos del hogar: _____

Si tiene otros documentos que puedan ayudar a Promise Healthcare a tomar una decisión con respeto a su solicitud, por favor inclúyalos.

Se espera que los pacientes, al obtener descuentos en ciertos niveles en la escala a base de ingresos, también apliquen a otros programas sociales como Medicaid, seguros médicos públicos y/o privados y otros programas de descuentos disponibles incluyendo asistencia para obtener medicamentos recetados a través de las compañías farmacéuticas.

Si el paciente no puede pagar por los servicios recibidos, esto no resultará en una negación para recibirlos. Sin embargo, todo paciente que se niegue a pagar, aún cuando puede pagarlos, será referido a una agencia de cobros. Se espera que los pacientes cumplan con las políticas y regulaciones de "Health Resources and Services Administration/ Bureaus of Primary Health Care Policies" para poder recibir servicios médicos.

Entiendo que Promise Healthcare puede corroborar toda la información proporcionada. También, entiendo que proveer información falsa es fraude y resultará en que mi participación en este programa sea rechazada. De esta solicitud ser rechazada, entiendo que deberé pagar el balance total de los servicios recibidos. Entiendo que si soy aceptado para participar, es solo por 1 año a partir de la fecha de la solicitud. Si deseo continuar en el programa, tendré que renovar la solicitud cuando se cumpla el año. Reconozco que si me aprueban el descuento, estoy obligado a notificar a Promise Healthcare si mi situación económica mejora. De esta forma, Promise Healthcare puede re-evaluar mi elegibilidad para este descuento.

Firma del solicitante (requerida): _____ Fecha: _____

Promise Healthcare Internal Use Only:

Total Income: _____ Number in Household: _____

Staff Signature: _____ Date: _____

Certificación de Ingresos Medicaid

Sólo una solicitud es necesaria por casa



Nombre del Solicitante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de seguro social : _____

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

Número de teléfono: _____ Número de teléfono alterno: _____

Correo Electrónico: _____

Usted o alguien en su familia, ¿tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No

Usted o alguien en su familia, ¿tiene seguro dental? ☐ Sí ☐ No

Nombre de su compañía de seguro médico: _____

Número de Póliza: _____ # de Grupo: _____ # de Suscripción: _____

Dirección de la compañía: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de su compañía de seguro dental: _____

Número de Póliza: _____ # de Grupo: _____ # de Suscripción: _____

Dirección de la compañía: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Es usted veterano de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

En los pasados 24 meses, ¿usted ha trabajado o ha sido dependiente de alguien que trabajó en la agricultura tanto en el campo como en otra industria basada en la agricultura? ☐ Sí ☐ No

Si ha marcado Sí, ¿cuál le aplica?

☐ Migrante

(Establece residencia temporal en el área)

☐ Trabajo todo el año (residencia

permanente en el área)

☐ Residencia permanente por

Temporadas

(residencia permanente en el área)

Tipo de residencia (marque una)

☐ Renta o dueño de su casa

☐ Refugio para
personas sin hogar

☐ Vives con otra persona (desconocido o familiar)

☐ Transitorio (vives de lugar en lugar)

☐ En la calle

☐ Otra

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el solicitante	Número del Recipiente

Yo certifico que soy elegible para Medicaid y he decidido no aplicar para un descuento a base de ingresos. Yo entiendo que soy responsable por cualquier co-pago/deducible o servicios recibidos si no soy elegible para Medicaid al momento de recibir servicios en Promise Healthcare.

Número de personas que viven de los ingresos del hogar: _____ Ingresos en el hogar: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Promise Healthcare Internal Use Only:

Total Income _____

Patient Name: _____

Number in Household: _____

Staff Signature: _____ Date: _____



¡Bienvenido!

Qué Puede Esperar en su Primera Visita.

Promise Healthcare se dedica a proveer servicios médicos, de salud mental y de salud dental de alta calidad en un ambiente amable, respetuoso y eficiente. Le agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros para el cuidado de su salud.

Para proveerle una experiencia agradable y eficiente en su primera cita, le pedimos que complete varios formularios acerca de su historial médico, problemas de salud y medicamentos actuales, alergias, antecedentes familiares e historial social. Le recomendamos que lleve todos sus medicamentos a su cita- incluyendo las píldoras, inhaladores y/o insulina. Puede que no seamos capaces de recetarle sus medicamentos en su primera cita, pero vamos hacer todo nuestro mejor esfuerzo. Si tiene un historial médico complicado es posible que se le programe una cita de seguimiento.

Por favor entienda que no recetamos narcóticos y otros medicamentos controlados en su primera cita (incluyendo medicamentos para la ansiedad y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)). Hay varias razones:

- Es posible que sea necesario verificar su receta en su farmacia
- Es posible que necesitemos verificar sus recetas a través de programas de monitorización de recetas
- Es posible que sea necesario ponernos en contacto con su último proveedor de salud
- Es posible que necesitemos hacer una prueba de detección de drogas
- Quizás vamos a necesitar tiempo para examinar un Acuerdo de Consentimiento Informado- es decir, un acuerdo firmado entre usted y su proveedor de salud para implementar un plan de medicamentos recetados.
- En adición, podemos pedirle que haga una cita con otros especialistas como parte del Acuerdo de Consentimiento Informado.

Usted y su proveedor de salud van a trabajar juntos en su cuidado de salud. Su proveedor de salud puede recomendarle que tenga una consulta con un educador de la salud y/o proveedor de salud mental para optimizar su cuidado. Cuando sea necesario, su proveedor de salud lo va a referir a un especialista externo.

He leído este formulario y entiendo cuáles son mis expectativas en la primera cita.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



Formulario de Consentimiento

Información del Paciente:

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
Nombre de Contacto en caso de emergencia: _____
Número de teléfono: _____

Póliza para el Descuento a Base de Ingresos

Promise Healthcare sigue procedimientos estándares de elegibilidad para aquellos pacientes que cualifican en el programa de descuentos a base de ingresos para recibir servicios. Los descuentos a base de ingresos están disponibles para aquellos pacientes con ingresos menores de 200% por debajo de la pobreza nacional según las directrices federales. La escala de descuentos aplica a todos los servicios obtenidos en persona de Promise Healthcare. En algunas ocasiones, puede que cubra servicios secundarios en la medida que sea posible según los recursos disponibles y/o algún acuerdo entre proveedores fuera de Promise Health care que brinden servicios a pacientes de Promise Healthcare.

Autorización para recibir Tratamientos:

Yo, _____, por la presente autorizo al personal de Promise Healthcare para proveer servicios a mi persona (o a algún dependiente mío) y para que tengan acceso a toda la información necesaria para proveer servicios. Entiendo que en una situación de emergencia, los servicios no serán retrasados y este consentimiento será firmado tan pronto sea posible. Autorizo al personal de Promise Healthcare para hacer los referidos necesarios de parte mía. Entiendo que Frances Nelson trabaja en conjunto con instituciones educativas y puede que me atienda un médico residente. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar una reclamación al seguro médico. Autorizo y solicito el pago directo de beneficios médicos a Promise Healthcare. Entiendo que soy responsable por cualquier deducible o co-pago según indicado por mi seguro médico. Si no tengo seguro, entiendo que soy responsable por todos los cargos con o sin el descuento a base de ingresos. Entiendo que no pagar puede resultar en que el balance sea transferido a una agencia de cobros. Todos los gastos incurridos por la agencia de cobro serán mi responsabilidad. Estoy de acuerdo que esta autorización cubre todos los servicios médicos recibidos hasta que yo anule este acuerdo.

Acepto haber recibido las siguientes formas y pólizas:

Derechos del Paciente, Prácticas de la Privacidad y la Póliza del Descuento a Base de Ingresos.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente/ Tutor Legal

Relación con el Paciente



Internal use only:

Received on (date): _____

Processed on (date): _____

Who processed request: _____

Autorización para proporcionar su información (médica a terceros)

Como paciente, usted puede completar este formulario para autorizar a Promise Healthcare a utilizar y/o divulgar su información médica o personal a terceros para un fin específico. Su derecho de pedir una autorización está sujeto a excepciones o especificaciones bajo la ley federal o estatal.

NO llene esta forma si usted desea que Promise Healthcare:

- Le proporcione esta información para fines personales
- Le proporcione la información protegida bajo la legislación de confidencialidad de salud mental y discapacidad del desarrollo o
- Le proporcione la información médica de un paciente difunto.

Si usted desea este tipo de información mencionada anteriormente consulte con algún empleado de Promise Healthcare ya que otra forma será requerida.

Información personal:

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del 2^{do} Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Estado: _____ Teléfono: _____

Celular: _____ Correo Electrónico: _____

¿Quién tiene su historia médica?

☐ Promise Healthcare (Frances Nelson/SmileHealthy)

☐ Otra Organización: _____
(Nombre)

(Dirección)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

(Teléfono)

¿A quien desea que le demos su información?

☐ Promise Healthcare (Frances Nelson/SmileHealthy)

☐ Otra Organización: _____
(Nombre)

(Dirección)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

(Teléfono)

Deseo que se proporcione la siguiente información:

☐ Todos los records del set designado

☐ Records de vacunación (inmunización)

☐ Pruebas de Laboratorio

☐ Radiografías dentales

☐ Records Dentales (Tratamientos completados, Radiografías y plan de tratamiento)

☐ Records de facturación (Especifique fechas): _____

☐ Otra (especifique): _____

Fecha(s) de tratamiento: _____

Si desea que proporcionemos la siguiente información deberá de **chequear la casilla y colocar sus iniciales** al lado de la categoría correspondiente:

Sus iniciales _____ ☐ Records de abuso de alcohol/drogas*

Sus iniciales _____ ☐ Records de Genética

Sus iniciales _____ ☐ VIH/SIDA/Enfermedades de transmisión sexual

Especifique el propósito de la autorización de divulgación:

☐ A petición del paciente o representante

☐ Seguimiento Médico

☐ Para solicitar Empleo

☐ Otra (especifique): _____

Esta autorización expira: (fecha MM/DD/AAAA)

(Deberá utilizar una fecha o un evento específico).

* Si marco la casilla y puso sus iniciales en los Records de abuso de alcohol/drogas deberá de colocar una **fecha** específica de expiración para la autorización.

Bajo ley federal y estatal, Promise Healthcare (o Healthport, una compañía que procesa las solicitudes de divulgación de información médica para Promise Healthcare) **puede cobrarle** para completar esta solicitud, el costo está limitado a: costos actuales, Límites de las leyes del estado de Illinois. Usted puede solicitar un estimado del costo a Promise Healthcare.

Usted puede revocar (anular) esta autorización en cualquier momento haciéndolo por escrito excepto:

- (1) Cuando Promise Healthcare ha tomado medidas en la dependencia de esta autorización o
- (2) Si la autorización se obtuvo como una condición para obtener cobertura de un seguro o si la ley le provee al asegurador el derecho de impugnar(objetar) algún reclamo bajo la póliza o la póliza por sí misma.

Promise Healthcare no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios a la hora de firmar esta autorización, cuando las regulaciones de privacidad federales prohíbe dicha condición o autorización. Esta autorización es voluntaria y no necesariamente garantiza el tratamiento.

Entiendo que la información divulgada puede estar sujeta a ser divulgada de nuevo y esta puede ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad federales sin embargo, los records de abuso de alcohol/drogas, salud mental, discapacidad del desarrollo VIH/SIDA/Enfermedades de transmisión sexual y Genética, no podrán ser divulgados de nuevo sin mi autorización, a menos que lo autorice la ley.

He leído y entiendo el contenido de esta autorización.

Firma del paciente o Representante legal

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre del paciente o representante legal

Descripción de la autoridad del representante legal/personal del paciente: _____

(Adjunte los documentos que verifican la autoridad para representar)

Promise Healthcare le proveerá una copia de esta autorización para proporcionar información a terceros.

Promise Healthcare almacenara en su record lo siguiente:

- (1) Una copia firmada de esta autorización para proporcionar información a terceros y sus documentos adjuntos y
- (2) Hará una anotación de todas las acciones tomadas.

Promise Healthcare mantendrá esta autorización por 6 años a partir de la fecha que este documento fue creado o la fecha en la que éste documento tuvo efecto por última vez, cualquiera de estas que sea después.

Promise Healthcare • Frances Nelson • SmileHealthy
819 Bloomington Road • Champaign, IL 61820
(217) 356-1558 • www.promisehealth.org

Promise Healthcare Medical Records - phone (217) 403-5423, fax (217) 403-5461
819 Bloomington Road, Champaign, IL 61820 – www.promisehealth.org



Familia, amigos y otras personas involucradas en su cuidado

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Promise Healthcare puede discutir su cuidado—incluyendo la hora de citas, los diagnósticos, los medicamentos, las preocupaciones, y el plan de cuidado—con las personas involucradas en su cuidado o el pago del cuidado. No discutimos la salud mental, las discapacidades del desarrollo, el abuso del alcohol o el abuso de las drogas, la genética ni VIH/SIDA/ETS sin ninguna autorización adicional.

Para ayudarnos a saber quiénes son familia, los amigos, y otras personas involucradas en su cuidado, haga usted una lista:

Nombre	Relación con el paciente	Teléfono
Nombre	Relación con el paciente	Teléfono
Nombre	Relación con el paciente	Teléfono
Nombre	Relación con el paciente	Teléfono
Nombre	Relación con el paciente	Teléfono

☐ Esta autorización nunca expira; o

☐ Solo quiero involucrar las personas mencionadas arriba durante un tiempo limitado. Su autorización solo es necesaria hasta

_____.

Yo puedo cancelar por escrito esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente/padre/tutor legal

Fecha



Póliza de Cancelación de Citas Médicas

Si hace una cita. Mantenga la cita.

PARA PROVEER EL MEJOR CUIDADO POSIBLE PARA NUESTROS PACIENTES
NECESITAMOS QUE USTEDE MANTENGA LA CITA Y LLEGUE A TIEMPO

Si no puede asistir a la cita:

- Notifique con 24 horas de anticipación la cancelación de la cita.
- Si usted llama con menos de 24 horas, esta se considera una ausencia.
- Si pierde y/o no cancela la cita, esta se considera como una ausencia.
- Después de **tres** ausencias, usted estará en una lista llamada "LLEGAR Y ESPERAR". Esto significa que ya no haremos sus citas por adelantado. Sin embargo, puede venir a FNHC a esperar por un espacio de última hora y/o por un proveedor de salud con espacios disponibles. Estar en la lista de "LLEGAR Y ESPERAR" NO garantiza que un proveedor de salud lo pueda atender ese mismo día.

Estará en la lista de "LLEGAR Y ESPERAR" por un año. Para salir de esta lista puede:

- Entregar una carta al Supervisor de Servicios Clínicos y pedir readmisión a la lista de citas por adelantado.
- Explicar en la carta las razones por las cuales perdió sus citas.
- El Supervisor de Servicios Clínicos va a considerar la decisión de readmitirlo/a.

POR FAVOR, ESCRIBA EN SU CALENDARIO LA CITA

Y LLEGUE A TIEMPO

He leído esta política y entiendo mi responsabilidad.

_____ Firma

_____ Nombre

Derechos del Paciente

Al recibir servicios de salud a través de Promise Healthcare, usted tiene derecho:

- A recibir servicios sin importar edad, raza, color, orientación sexual, religión, estado civil, nacionalidad o patrocinadores.
- A ser tratado con consideración, respeto y dignidad, incluyendo la privacidad de su tratamiento.
- A ser informado de los servicios disponibles en nuestro centro de salud.
- A ser informado sobre cuál es el procedimiento para recibir servicios de salud en caso de una emergencia fuera del horario de nuestros servicios.
- A ser informado sobre los cargos por servicios y/o su elegibilidad para recibir reembolsos a través de terceros si aplica. También, la habilidad de recibir servicios gratuitos o de bajo costo.
- A recibir una factura detallada de su cuenta si así lo ha solicitado.
- A obtener de nuestro centro de salud información sobre su diagnóstico, tratamiento y pronósticos en términos razonables y entendibles.
- A rehusar su participación en investigaciones científicas experimentales.
- A recibir de su proveedor toda la información necesaria para obtener su consentimiento ANTES de cualquier procedimiento o tratamiento que no sea de emergencia. Este consentimiento informado incluye información específica del procedimiento y/o tratamiento a recibir. También, vamos a informarle sobre los riesgos razonablemente previsibles y, si lo hubiera, otras alternativas de tratamiento o cuidados. Esta información sería la misma que otro proveedor de salud en circunstancias similares le explicaría, permitiéndole que pueda tomar una decisión bien informada.
- A rehusar el tratamiento siempre que lo permita la ley y a ser informado sobre las posibles consecuencias médicas que pueda tener el rechazo de someterse al tratamiento.
- A presentar una queja formal y/o recomendar cambios en nuestras pólizas y servicios al personal o administrador de la agencia o al Departamento de Salud sin temor a represalias.
- A expresar quejas sobre su cuidado y servicios recibidos, y a que el centro de salud investigue estas quejas. Si usted lo desea, Promise Healthcare es responsable de proveerle a usted, o a la persona designada por usted, una respuesta por escrito antes de 30 días indicando lo que se encontró en la investigación. Si no está satisfecho por la respuesta de la agencia, estaremos obligados a informarle que usted puede quejarse a la oficina de "Illinois State Department of Health's Health Systems Management".
- A tener la privacidad y la confidencialidad de toda la información e historial de su tratamiento en Promise Healthcare.
- A aprobar o rehusar la divulgación de la información de su historial médico para cualquier proveedor de salud y/o otros centros de salud excepto cuándo es requerido por la ley o para obtener el pago de terceros.
- A tener acceso a su historial médico.



Aviso de privacidad de Promise Healthcare

Este aviso describe cómo su información de salud puede ser usado o revelado y cómo usted puede acceder a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Sus derechos

Con respeto a su información de salud, usted tiene algunos derechos. Esta sección explica sus derechos y nuestras responsabilidades para ayudarle.

Recibir una copia electrónica o una copia escrita de su registro médico

- Usted puede pedir ver o recibir una copia (escrita o electrónica) de su registro médico y otra información de salud que tenemos con respecto a usted. Pídanos cómo hacer esto. Es posible que pidamos una solicitud escrita.
- Nosotros producimos una copia o un resumen de su información de salud, típicamente dentro de treinta días de su solicitud. Podemos hacer algunos cargos que es razonable y depende de la carga actual de los servicios.

Pedirnos corregir su registro médico

- Usted puede pedir que corrijamos su información de salud, que usted piensa está incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo se puede hacer esto.
- Es posible que neguemos su solicitud, pero le explicaremos en un formato escrito dentro de sesenta días.

Pedir comunicaciones confidenciales

- Usted puede pedir que le contactemos en una manera específica (por ejemplo: teléfono de casa o de oficina) o enviar por correo a una dirección diferente.
- Vamos a aceptar todas las solicitudes razonables.

Pedirnos limitar lo que usamos o compartimos

- Usted puede pedir que **no** usemos o compartamos cierta información de salud para el tratamiento, los gastos, ni nuestras operaciones.
- No estamos requeridos de aceptar su solicitud, y podemos negarlo si lo afectaría en su cuidado.
- Si usted paga para un servicio o artículo de salud sin descuento, usted puede pedir que no compartamos esa información con su aseguradora de salud para el propósito de pago ni de nuestras operaciones.
- Aceptaremos aunque la ley requiere que no compartamos la información.

Solicitar una lista de con quien hemos compartido la información

- Usted puede pedir una lista de las veces que hemos compartido su información de salud, con quien lo compartimos, y la razón porque lo compartimos -- durante los últimos seis años.
- Incluimos todas las divulgaciones excepto a las que se refieren al tratamiento, los pagos, y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (lo que usted pida). Proveemos una contabilidad gratis cada año pero si pide otra dentro de doce meses, cargamos un pago que es razonable y depende de la carga actual de los servicios.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Usted puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha accedido recibirlo electrónicamente. Se proveerá a usted rápidamente una copia escrita.

Escoger una persona que puede actuar por usted

- Si usted ha dado el poder médico a alguien o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y hacer opciones sobre su información de salud.
- Vamos a asegurar que la persona tiene esta autoridad y puede tomar decisiones para usted antes de que nosotros continuemos con sus solicitudes.

Presentar una queja si se siente que sus derechos han sido violados

- Usted puede quejarse si usted se siente que hemos violado sus derechos por contactarnos usando la información ubicada en la última página de este paquete.
- Usted puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Oficina de Servicios Humanos para sus Derechos Civiles (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) envíe una carta al 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, por llamar a 1-877-696- 6775 o puede visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No vamos a tomar represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

- Divulgar información en una situación de rescate en un desastre.

Si usted no nos puede dar su preferencia, por ejemplo si está inconciente, podemos divulgar su información si creemos que es para su bien. También podemos divulgar su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente a su salud o seguridad.

En los siguientes casos, *nunca* divulgamos su información a menos que nos de su permiso por escrito:

- Propósitos de Marketing
- Venta de su información
- La mayoría de la divulgación de notas de psicoterapia

En el caso recolectar fondos:

- Es posible que contactemos a usted por razones de colecta de fondos, pero usted nos puede decir que no le contactemos de nuevo.

Otros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o divulgamos su información de salud típicamente? Normalmente usamos o divulgamos su información de salud de las siguientes maneras:

Su Tratamiento

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le están tratando.

Ejemplo: Un doctor que le está tratando por una herida pregunta a otro doctor sobre su condición de salud.

- Podemos usar y compartir su información de salud para operar nuestra práctica, mejorar nuestro cuidado, y contactar a usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Usamos su información de salud para manejar su tratamiento y servicio.

- Podemos usar y compartir su información de salud para cobrar y recolectar pagos de seguros u otras entidades.

Example: Damos su información a su plan de seguro para que pague por los servicios que usted recibe.

Los ejemplos usados en este Practicas de la Noticia de Privacidad "Notice of Privacy Practices" son ilustraciones solamente y no intentan ser una lista completa.

¿Hay otras maneras en las que podemos usar o compartir su información de salud?

Se permite o se requiere divulgar su información de otras maneras – normalmente de manera que contribuye al bien del público, como salud pública e investigación. Tenemos que cumplir con varias condiciones de la ley antes de que podamos divulgar su información por esas razones. Para más información vaya a:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Ayuda con asuntos de salud y seguridad pública

- Podemos divulgar su información en los siguientes casos:
 - Para prevenir enfermedades
 - Para ayudar con retiradas de productos
 - Presentar un informe de reacciones adversas a medicamentos
 - Presentar un informe de posible abuso, abandono o violencia doméstica
 - Para prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona

Para Investigación

- Podemos usar o compartir su información para investigación médica.

Para cumplir con la ley

- Compartiremos información sobre usted si la ley federal o del estado lo requiere, incluyendo si el Departamento de Salud y Servicios Humanos quiere saber que estamos cumpliendo con la ley Federal de privacidad.

Para responder a solicitudes para donar órganos o tejidos

- Podemos compartir su información de salud con organizaciones de adquisición de órganos.

Para trabajar con un médico forense o director de la funeraria

- Podemos compartir información de salud con un médico forense o director de la funeraria cuando un individuo muere.

Para cumplir con compensación de trabajadores, los cuerpos de seguridad y otras solicitudes del gobierno

- Podemos usar o divulgar su información de salud:
 - Demandas de compensación de trabajadores
 - Propósitos de aplicación de la ley o con un oficial del cuerpo de seguridad
 - Con agencias de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones especiales del gobierno como militares, seguridad nacional y servicios protectores del presidente

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información para cumplir con ordenes administrativas o de la corte, o para cumplir con una citación.

**Ley federal y estatal para protecciones de privacidad**

HIPAA generalmente no se adelanta ni anula otras leyes que dan a la gente más protección de privacidad. Si cualquier ley estatal o federal aplicable requiere que le proveamos con más protecciones de privacidad, así que tenemos que cumplir con esa ley junta con HIPAA.

Algunos tipos de información de salud puede tener protección adicional bajo la ley federal o estatal. Por ejemplo, algunos resultados de exámenes genéticos, el historial de salud mental, resultados de exámenes de VIH/SIDA, el historial de la educación y programas de tratamiento con asistencia federal para el abuso de alcohol y drogas están sujetos a restricciones especiales de nuestro uso y divulgación bajo varias leyes.

Nuestras responsabilidades

- La ley requiere que mantengamos la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le dejamos saber lo antes posible si ocurre una infracción que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Tenemos que cumplir con los deberes y prácticas de privacidad descritos en esta noticia y darle una copia de ella.
- No vamos a usar ni compartir su información de otra manera aparte de lo descrito aquí a menos que nos dé permiso por escrito. Si nos da permiso, puede cambiar su decisión en cualquier momento. Déjenos saber por escrito si cambia de decisión.

Para más información ve a: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a las condiciones de esta noticia

Podemos cambiar las condiciones de esta noticia y los cambios aplican a toda la información que tenemos sobre usted. La noticia nueva estará disponible al pedirla, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Esta noticia de práctica de privacidad aplica a las siguientes organizaciones:

Esta noticia cubre los siguientes servicios de Promise Healthcare:

- Frances Nelson Clínica Médica,
- SmileHealthy Clínica Dental,
- Medicaid y el Mercado de seguro médico,
- Promise Healthcare en el Community Resource Center,
- Promise Healthcare en Community Elements, y
- Smile Healthy Móvil, Head Start y Educación.

Si tiene preguntas o le gustaría más información sobre esta noticia de práctica de privacidad, usted puede escribir o llamar al director de privacidad de Promise Healthcare:

Promise Healthcare
Privacy Officer
819 Bloomington Road
Champaign, IL 61820
www.promisehealth.org
privacy@promisehealth.org
217-356-1558

Effective Date: July 1, 2015.