

Primario: _____ Dental: _____ Prenatal: _____

Formulario de registro del paciente (2 páginas)

Nuevo Anual

Ubicación del hogar: Families First HH Goodwin Community Health Lilac City Pediatrics

PACIENTE:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo (al momento de nacer): M F

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Teléfono de la casa: (____) _____ ¿Se puede dejar un mensaje de voz? Sí No

Teléfono celular: (____) _____ ¿Se puede dejar un mensaje de voz? Sí No ¿Le podemos enviar un mensaje de texto? Sí No

Dirección de correo electrónico: _____ (acceso al portal del paciente disponible si se solicita)

Estado civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

Origen étnico: Hispano No hispano

Raza: Caucásico Asiático Nativo de Hawai/isleño del Pacífico Negro/afroamericano Indio americano Multiracial Otra _____

Estado de veterano: Veterano No veterano

Ciudadano de EE. UU. Sí No

Estado de trabajo agrícola: No agrícola Temporada Emigrante Empleado todo el año Granjero retirado

Identidad de género: M F Mujer a hombre Hombre a mujer Genderqueer Otro _____ Prefiere no contestar

Pronombres preferidos: Él/su Ella/su Ellos/sus Otro _____

Orientación sexual: Lesbiana o gay Heterosexual Bisexual Alguna más _____ - _____ No sabe Prefiere no contestar

Vivienda: Renta En propiedad Vive con parientes/amigos Albergue Otra vivienda temporal _____

Lenguaje: _____ ¿Es sordo/a? Sí No *Se puede proporcionar un intérprete durante la atención, si se solicita*

PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: (Complete si el paciente tiene menos de 18 años de edad o tiene un tutor legal)

1.) Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono: (____) _____

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

Relación con el paciente: Madre Padre Otra (indique): _____ Sexo: M F

2.) Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono: (____) _____

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

Relación con el paciente: Madre Padre Otra (indique): _____ Sexo: M F

CONTACTO DE EMERGENCIA: (En una situación de emergencia, se informará a la persona que se indica a continuación que usted está recibiendo atención en nuestro centro)

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: (____) _____

Es aceptable hablar respecto a Atención médica Citas Hospital local preferido: _____

***PARA TENER COBERTURA QUIZÁS SEA NECESARIO NOTIFICAR A LA COMPAÑÍA DE SEGURO DE SU PROVEEDOR. ESTO ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE.** _____ (Iniciales)

Nombre del seguro principal: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre del seguro dental/secundario: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____ FN del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

Empleador que ofrece la cobertura de seguro: _____

1. ¿Cómo ha oído hablar sobre nosotros? _____ (Solo pacientes nuevos)

2. ¿Está transfiriendo su atención desde otro consultorio médico o dental? Sí No Si respondió que sí, ¿dónde? _____

Firma del paciente/tutor legal: X _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA OFICINA - NOTIFICACIÓN DEL PACIENTE

APROBACIÓN DENEGACIÓN Vence el: _____
Descuento y categoría de tarifa gradual: ____/____

Encuentre el tamaño de su familia y luego siga esa fila y **circule** el nivel que más se acerque a **sus ingresos familiares anuales**. Esto nos ayuda a atender los requisitos de las subvenciones estatales y federales que recibimos.

Tamaño de la familia	Entre	Entre	Entre	Entre	Más de
1	\$0 - \$15,060	\$15,061 - \$20,783	\$20,784 - \$25,602	\$25,603 - \$30,120	\$30,121
2	\$0 - \$20,440	\$20,441 - \$28,207	\$28,208 - \$34,748	\$34,749 - \$40,880	\$40,881
3	\$0 - \$25,820	\$25,821 - \$35,632	\$35,633 - \$43,894	\$43,895 - \$51,640	\$51,641
4	\$0 - \$31,200	\$31,201 - \$43,056	\$43,057 - \$53,040	\$53,041 - \$62,400	\$62,401
5	\$0 - \$36,580	\$36,581 - \$50,480	\$50,481 - \$62,186	\$62,187 - \$73,160	\$73,161
6	\$0 - \$41,960	\$41,961 - \$57,905	\$57,906 - \$71,332	\$71,333 - \$83,920	\$83,921
7+	\$0 - \$47,340	\$47,341 - \$65,329	\$65,330 - \$80,478	\$80,479 - \$94,680	\$94,681

SOLICITUD PARA DESCUENTO DE TARIFA GRADUAL Greater Seacoast Community Health ofrece un descuento basado en los ingresos a los pacientes que no tengan seguro médico o a aquellos cuyo seguro no les cubra determinados servicios (tal como atención dental o de salud conductual).

Para aplicar por el descuento de tarifa gradual, complete la tabla a continuación. Los descuentos se basan en el tamaño de la familia y en los ingresos de la unidad familiar. Debe presentar **prueba de ingresos** en un plazo de 30 días contados a partir de la fecha de servicio o la fecha que aparece en este formulario.

Le diremos cuál será su descuento y categoría de tarifa gradual y será elegible para este descuento **durante un año**.

Ejemplos de tipos de ingresos:

- Seguridad Social
- Manutención de hijos
- Negocio
- Pensión alimenticia
- Jubilación
- Discapacidad
- Pagos de «bienestar»
- Otros

Ejemplos de comprobantes de ingresos:

- 4 semanas de comprobantes de pago actuales y consecutivos
- Declaración de impuestos actual
- 4 semanas de comprobantes de los cheques de **desempleo**

Si aplica para el descuento de la tarifa gradual, proporcione la siguiente información sobre usted y todas las personas de su unidad familiar.

Nombre (primer, inicial segundo nombre, apellido)	Sexo	Relación con usted	Fecha de nacimiento	Ingresos y frecuencia	Tipo de ingreso
		Uno(a) mismo(a)		\$	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
Tamaño de la familia:			Ingresos de la unidad familiar:	\$	

La información arriba proporcionada es actual y exacta, según mi leal saber y entender. Entiendo que si se encuentra que la información proporcionada no es exacta, se podría revertir cualquier descuento concedido.

ESTOY solicitando el descuento. **NO** estoy solicitando el descuento. Infórmeme sobre las opciones de seguro médico que tengo disponibles.

Firma del padre/la madre/tutor legal: **X** _____ Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA:

Fecha de aprobación: _____
 Categoría 1 Categoría 2 Categoría 3 Categoría 4 Pago completo
 Costos médicos habituales: \$30 40% 60% 80% Pago completo
 Pagos dentales básicos: \$40 50% 65% 80% Pago completo
 Pagos dentales importantes: \$40+ 60% 75% 90% Pago completo

Basado en un POI de \$ _____ mensual anual rechazado

Nombre del personal: _____ Fecha: _____

Revisado por: Supervisor de la oficina o designado autorizado *La verificación y aprobación se refleja con las iniciales, fecha y categoría directamente en los ingresos (sujeto a revisión adicional).
 Actualizado el 4/2024

Consentimiento informado

Greater Seacoast Community Health (incluyendo Goodwin Community Health, Families First Health Center y Lilac City Pediatrics) pide a nuestros pacientes que entiendan y acepten la información que se incluye en este documento. Hay más información disponible en otros documentos, tal como se indica a continuación. Si tiene preguntas sobre cualquier parte de esta información, pregunte al personal de nuestra oficina.

Consentimiento general para diagnóstico ambulatorio, atención médica y tratamiento

- He venido voluntariamente a Families First, Goodwin Community Health o Lilac City Pediatrics en busca de servicios de atención médica, dental y/o de salud del comportamiento.
- Autorizo a los proveedores de estos consultorios a realizar exámenes y pruebas, a hacer remisiones y a brindar los procedimientos y el tratamiento que sean necesarios para mi diagnóstico y atención.
- Estos servicios se pueden ofrecer en el consultorio o mediante telesalud (teléfono o video), tal como se acordó cuando se programó mi cita.
- Entiendo que cualquier tratamiento médico tiene posibles riesgos y beneficios. Entiendo que debo consultar las inquietudes que tenga sobre los posibles riesgos y beneficios de dicho tratamiento con los proveedores de atención médica que me atiendan o con los proveedores de mi hijo.
- Entiendo que Greater Seacoast Community Health brinda una amplia gama de servicios integrados en múltiples lugares, incluidos los servicios médicos, dentales, de salud mental, de tratamiento de trastornos por uso de sustancias, de trabajo social, familiares y otros. Entiendo que el personal de Greater Seacoast que proporciona estos diferentes servicios puede compartir información, según sea necesario, para mejorar la calidad y continuidad de mi atención.

Confidencialidad, privacidad y divulgación de información médica

- Las leyes federales y estatales aseguran la confidencialidad de la comunicación entre el paciente y los proveedores médicos. No podemos ni divulgaremos los expedientes médicos a nadie más, salvo que el paciente nos dé su autorización por escrito para hacerlo, o bajo determinadas exenciones legales en virtud de las leyes. Estas exenciones incluyen cuando los miembros del personal tienen sospecha de abuso, negligencia o explotación de un niño o adulto incapacitado, o cuando los pacientes puedan autolesionarse o dañar a los demás. Nuestro personal está obligado por ley a notificar estas situaciones.
- Greater Seacoast está obligado por ley a mantener la privacidad de la información médica de los pacientes y a proporcionar a los pacientes el Aviso de las prácticas de privacidad. (A continuación se ofrece información sobre este aviso).
- Greater Seacoast puede compartir información sobre los pacientes, incluida información médica protegida e información sobre el consumo de alcohol y drogas, con un proveedor remitente y/o socio médico integrado con quien Greater Seacoast tenga un acuerdo de asociados comerciales para la continuidad de la atención del paciente. (Un acuerdo de asociados comerciales es un contrato firmado con otro negocio o proveedor de atención médica. Exige que ambas partes mantengan la confidencialidad de la información de los pacientes).

Servicios de salud del comportamiento

- Los proveedores de salud mental y salud del comportamiento de Greater Seacoast Community Health forman parte del equipo de atención primaria. Cualquier información que un paciente proporcione a los proveedores de salud mental, incluida la información sobre salud mental y consumo de alcohol y drogas, se registra en el expediente médico electrónico. Los proveedores y el personal de apoyo implicado en su atención médica o a quienes se les requiera procesar información médica para fines administrativos, pueden acceder a este expediente sin autorización.

- Bajo la ley de Nuevo Hampshire, los menores a partir de 12 años de edad pueden acudir voluntariamente ellos mismos a tratamiento por dependencia de drogas u otro problema relacionado con las drogas sin el consentimiento del padre/la madre o tutor legal. Cualquier registro relacionado con dicho tratamiento es confidencial, salvo que el menor examinado o tratado lo autorice por escrito.

Acuerdo de responsabilidad financiera y asignación de beneficios

- Autorizo a Greater Seacoast Community Health a facturar y recibir pago de mi compañía de seguro médico por los servicios ofrecidos.
- Entiendo que soy financieramente responsable por todos los gastos incurridos que no cubra mi compañía de seguro médico o la compañía de seguro médico de mi hijo, incluidos entre otros, deducibles y copagos.
- Autorizo la divulgación de la información médica personal necesaria para presentar una reclamación y auditoría con mi compañía de seguro médico y asignar beneficios al proveedor o grupo indicado en la reclamación.

Acuerdo de «campus seguro» para la ubicación de Portsmouth

- Entiendo que a algunas personas no se les permite estar en el Community Campus de Portsmouth (donde se encuentra el Families First Health Center) en virtud de las normas que ha establecido el propietario del edificio, Foundation for Seacoast Health. Esto aplica a personas que se haya determinado que son agresores sexuales, tal como define la 651-B; las personas que se haya determinado que son agresores sexuales infantiles, tal como define la RSA 651-B, y personas que puedan suponer un riesgo para la seguridad de otros. Entiendo que si se determina que estoy en cualquiera de estas categorías: 1) Debo abandonar inmediatamente el Community Campus y no puedo regresar; 2) me expulsarán inmediatamente de Families First y no puedo recibir ningún servicio más allá pero puedo recibir servicios en otros lugares de Greater Seacoast Community Health; 3) Families First divulgará inmediatamente mi nombre y dirección a Foundation for Seacoast Health; y 4) Ni Families First ni Foundation for Seacoast Health pueden ser considerados responsables por la divulgación de mi nombre y dirección a Foundation for Seacoast Health.

Documentos

Lea estos tres documentos en línea, disponibles si lo solicita al personal de la oficina y también en línea en www.GetCommunityHealth.org/Patient-Info

1. Aviso de privacidad de los pacientes y uso y divulgación de información médica
2. Derechos y responsabilidades de los pacientes en un centro médico enfocado en los pacientes
3. Política financiera

Confirmación del paciente

Entiendo la información que se incluye en este documento de consentimiento informado. Acepto las condiciones establecidas en el consentimiento informado y en los otros documentos mencionados anteriormente. Se han respondido todas las preguntas que tenía sobre este consentimiento. Este consentimiento permanecerá en vigor, salvo que lo revoque por escrito, lo cual puedo hacer en cualquier momento.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Firma (paciente o padre/madre/tutor legal/agente de atención médica)

Fecha

Fecha: _____

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA (2 páginas)

NOMBRE: _____ M F FN: _____

SUS RESPUESTAS EN ESTE FORMULARIO AYUDARÁN A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA A ENTENDER MEJOR SUS AFECCIONES E INQUIETUDES MÉDICAS. SI SE SIENTE INCÓMODO CON ALGUNA PREGUNTA, NO LA RESPONDA. SI NO PUEDE RECORDAR DETALLES ESPECÍFICOS, INTENTE DAR UNA RESPUESTA APROXIMADA. ¡GRACIAS!

¿Quién era su proveedor de atención médica anterior?: _____

Fecha de la última consulta con el proveedor anterior: _____

¿Tiene actualmente un proveedor dental (marque una respuesta con un círculo)? Sí No

Indique los nombres y especialidades de *cualquier otro proveedor que participe **actualmente** en su atención médica*

Nombre del proveedor	Especialidad

ALERGIAS: Ninguna alergia conocida Alergias que se indican a continuación **REACCIÓN:**

ALERGIA: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA MÉDICA Y DE VENTA LIBRE, VITAMINAS, REMEDIOS CASEROS, PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS, HIERBAS, ETC.

MEDICACIÓN:	DOSIS: (p. ej., mg/pastilla)	¿CUÁNTAS VECES AL DÍA Y CUÁNDO?

ANTECEDENTES DE HOSPITALIZACIONES: INDIQUE TODAS LAS HOSPITALIZACIONES PREVIAS

MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN:	NOMBRE DEL HOSPITAL:	FECHAS DE HOSPITALIZACIÓN: (EXACTA O APROXIMADA)

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: INDIQUE TODOS

CIRUGÍA/TIPO DE OPERACIÓN QUIRÚRGICA ANTERIOR:	DÓNDE SE REALIZÓ LA CIRUGÍA:	FECHAS DE CIRUGÍA: (EXACTA O APROXIMADA)

HISTORIA CLÍNICA DE PARTO: *Complete si su hijo tiene 5 años o menos*

Peso al nacer: _____ ¿Fue un bebé a término?: Sí No
 ¿La madre presentó alguna enfermedad durante el embarazo?: Sí No
 ¿El bebé tuvo alguna dificultad en el hospital después del parto? (p. ej., ictericia, infección, problema respiratorio) Sí No
 Si respondió que sí a la pregunta anterior, describa: _____
 Cómo fue el parto de su bebé: Parto vaginal Cesárea (indique el motivo de la cesárea) _____

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES: INDIQUE SI HA TENIDO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS MÉDICOS (CON FECHAS):		
<input type="checkbox"/> Reflujo ácido/ERGE	<input type="checkbox"/> Dolor crónico	<input type="checkbox"/> Colesterol alto
<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Intestino irritable
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Enfisema/bronquitis/EPOC	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia/trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Glaucoma/cataratas	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Pérdida de audición	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	
<input type="checkbox"/> Otro		

Tel. particular: _____

¿Quién vive en su casa? _____

¿Tiene pistolas en la casa? Sí No

¿Le preocupa no tener suficientes alimentos? Sí No

Complete si su hijo tiene 17 años o menos:

Madre: Casada Divorciada Nunca se casó Separada

Padre: Casada Divorciada Nunca se casó Separada

Hermanos: _____

Mascotas en casa: _____

INDIQUE LOS FAMILIARES QUE TENGAN CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES:

AFECCIÓN MÉDICA	PARIENTE(S)
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	
<input type="checkbox"/> Cáncer (especifique):	
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	
<input type="checkbox"/> Depresión/suicidio	
<input type="checkbox"/> Problema de coagulación/sangrado	
<input type="checkbox"/> Asma/EPOC	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Problema de tiroides	

ANTECEDENTES SOCIALES:

USO DE TABACO

Cigarrillos Nunca Dejó de fumar (fecha): _____

En la actualidad: Paquetes/día: _____ n.º de años _____

Otro Pipa Cigarro Tabaco en polvo Tabaco de mascar

CONSUMO DE ALCOHOL

¿Consumo alcohol? Sí (bebidas/sem.): _____ No

CONSUMO DE DROGAS

¿Usa cualquier droga recreativa? Sí No

¿Alguna vez se ha inyectado drogas? Sí No

ACTIVIDAD SEXUAL

¿Es sexualmente activo/a? Sí No

¿Ha sido sexualmente activo/a en el pasado? Sí No

Su(s) pareja(s) sexual(es) actual(es) es/son: Hombre Mujer

Antecedentes de ETS (enfermedades de transmisión sexual) Sí No

DIETA, EJERCICIO Y ESTILO DE VIDA

Cafeína: Café/té/refresco (tazas/día): _____ Ninguna

¿Está satisfecho(a) con su peso corporal? Sí No

¿Cuántos días a la semana hace ejercicio? _____

¿Sigue una dieta especial? Sí No

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono(s): _____

Autorizo a Families First a divulgar la información médica personal de la persona arriba mencionada a la persona o centro que se indica a continuación o para obtener información de dicha persona/centro. Divulgar a Obtener de

Nombre/centro: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección: _____ N.º de Fax: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Correo electrónico: _____

Para fechas de atención médica de: _____ a: _____

Objetivo de la divulgación: _____

Si está abandonando nuestra práctica, motivo: _____

Escriba sus iniciales, a la izquierda, de todos los tipos de información que usted nos autoriza divulgar u obtener:

- ___ Información de tratamiento, pruebas y diagnóstico médico
- ___ Información de tratamiento, pruebas y diagnóstico dental y/o radiografías realizadas: _____
- ___ Registros de inmunizaciones y exámenes físicos
- ___ Registros prenatales actuales, copias de todas las pruebas de laboratorio (incluidos los resultados del VIH) y/o escáneres
- ___ Resumen de las notas de parto y trabajo de parto para la siguiente fecha de parto: _____
- ___ Información sobre enfermedades de transmisión sexual y/o VIH/SIDA
- ___ Evaluación(es) psiquiátrica(s)/psicológica(s), informes, evaluaciones, resúmenes, notas de psicoterapia u otros documentos con diagnóstico, pronósticos, recomendaciones o registros de pruebas y observaciones conductuales.
- ___ Información sobre drogas y alcohol, incluidos las notas sobre evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y el progreso.
- ___ Otra: _____

Métodos autorizados de divulgación: Por fax, por escrito, por teléfono, en persona y/o por correo electrónico seguro

- Entiendo que puedo revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito a Families First. La revocación entrará en vigor en la fecha en que se reciba.
- Entiendo que una revocación no aplicará a: 1) cualquier acción que Families First ya haya tomado mientras tenía esta autorización antes de que yo la revocara; o 2) si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro médico y el asegurador tiene el derecho legal de rebatir una reclamación.
- Entiendo que me pueden denegar servicios si rechazo autorizar la divulgación para fines de **tratamiento, pago u operaciones de atención médica**, si lo permiten las leyes estatales. No me denegarán servicios si rechazo autorizar la divulgación para otros fines.
- Entiendo que el destinatario de alguna información divulgada en virtud de esta autorización puede volver a divulgarla y que la información ya no estará protegida más por las regulaciones federales de privacidad.
- Entiendo que tengo derecho a: 1) inspeccionar o copiar la información médica protegida que se usará o divulgará tal como lo permiten las leyes federales; 2) rechazar firmar esta autorización.
- Esta autorización se mantendrá en vigor **durante un año** y se puede revocar por escrito en cualquier momento.
- Salvo que se indique lo contrario, solamente se enviarán los **últimos dos años** de registros electrónicos según lo estipulado anteriormente.

Firma del paciente y/o representante legal: _____ Fecha: _____

Para el proveedor que reciba la información: Esta información se le ha divulgado a partir de registros protegidos en virtud de las normas federales de confidencialidad (42 C.F.R. Parte 2). Las normas federales prohíben la divulgación de esta información a menos que esté expresamente permitido en virtud del consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita la norma 42 C.F.R. Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información **NO** es suficiente para este fin. Las normas federales limitan cualquier uso de la información para investigaciones criminales o procesar a cualquier paciente por consumo de alcohol o drogas.

Para uso exclusivo de la oficina:	Testigo: _____	Fecha: _____
	Enviado por: _____	Fecha: _____