

## Formulario de registro del Hope Christian Health Center

Nombre legal del paciente (apellido, nombre, segundo nombre) :		
Dirección de casa:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	SSN:	Fecha:
Teléfono:	Correo electrónico:	
Nombre(s) del paciente/tutor legal si es menor de 18 años: 1. 2.		Sexo al nacer:  <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenin
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Legalmente separado	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Trans. Hombre/Mujer a Hombre <input type="checkbox"/> Trans. Mujer/Hombre a Mujer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no revelar	Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual o heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Elige no revelar <input type="checkbox"/> Algo más, por favor describa: _____
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano or Latino		
Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Llamar <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico	¿Da su consentimiento para recibir mensajes de texto de nuestro registro médico electrónico (eCW)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idiomas que habla <input type="checkbox"/> Inglesa <input type="checkbox"/> Español  Otra: _____
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico	Barriers to Communication: <input type="checkbox"/> Deterioro auditivo <input type="checkbox"/> Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Dificultad del habla <input type="checkbox"/> Dominio limitado del inglés <input type="checkbox"/> Dificultad para escribir <input type="checkbox"/> Dificultad para leer	Nombre del seguro primario:  Identificación de miembro:  Número de grupo:
		Nombre del seguro secundario:  Identificación de miembro:  Número de grupo:
¿Es usted un veterano estadounidense?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe seguro de incapacidad del Seguro Social? En caso afirmativo, escriba la fecha de entrada en vigor.  _____	
Nombre y dirección del empleador:		
Nombre y dirección de la farmacia:		
Estado de vida: <input type="checkbox"/> Alquilo <input type="checkbox"/> Viviendo con/Familia o Amigo <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Otra _____	¿Necesita ayuda con una solicitud de Medicaid o SNAP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene un testamento vital o un poder notarial duradero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En los últimos 6 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido asistir a citas médicas?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Qué nivel de ingresos describe mejor su situación? <input type="checkbox"/> < \$25,000 <input type="checkbox"/> \$25,501-\$45,000 <input type="checkbox"/> \$45,001-\$65,000 <input type="checkbox"/> \$65,000-\$80,000 <input type="checkbox"/> > \$80,000+	<b>Contacto de emergencia</b> Nombre:  Relación:  Número de teléfono:

<b>Nombre del paciente:</b>			<b>Fecha de Nacimiento:</b>		
<b>Enfermedades importantes</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Exámenes de Salud</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. Diabetes 1 or 2			4. Mamografía		
2. Cáncer: _____			5. Densidad Osea		
3. Hipertensión			6. Colonoscopia		
4. Gota			7. Radiografía de Pecho		
5. Cardiopatía			8. Vacuna Contra el Tétanos		
6. Nefropatía			9. Vacuna MMR		
7. Ansiedad/Depresión			10. Prueba de TB		
8. Accidente cerebrovascular/AIT			11. Examen de Próstata		
9. Asma/EPOC Accidente cerebrovascular/AIT			12. EKG		
10. Colesterol Elevado			13. Vacuna contra la Hepatitis		
11. Other: _____			14. Vacuna contra la Neumonía		
<b>Exámenes de salud</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	15. Vacuna contra la gripe		
1. Physical			16. Inmunización infantil		
2. Eye Exam			17. Vacuna contra la culebrilla		
3. Pap Smear			18. Enfermedades de transmisión sexual		
<b>Historial médico familiar (algún pariente consanguíneo, incluidos niños, tuvo):</b>					
<b>Historia de:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Relación</b>		
Anemia					
Cáncer					
Diabetes					
Epilepsia					
Cardiopatía					
Colesterol alto					
Ataque					
Tuberculosis					
Pólipos de Colon					
Asma o EPOC					
Abuso de Drogas					
Abuso de Alcohol					
Enfermedad Mental					
<b>Comportamientos de salud adicionales</b>				<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Cuándo fue su última visita al dentista?			Fecha:		
¿Tiene un horario de sueño regular?					
¿Está expuesto a sustancias químicas en el trabajo?					

Lista de Alergias		Lista de Medicamentos Actuales		
1		1		
2		2		
3		3		
Hospitalizaciones (enumere los motivos de la visita)			Año	
1				
2				
Historia de la Cirugía			Año	
1				
2				
Historia Social	Sí	No	Frecuencia	
1. Tabaco			Número de años: _____ Número de cigarrillos por día: _____	
2. Alcohol			Bebidas en una semana:	
3. Cafeína			Tazas en un día:	
4. Drogas Recreativas			Tiempos utilizados a la semana:	
5. Ejercicio				
6. Número de Adultos y Niños en el Hogar			Adultas: _____ Niñas: _____	
7. Religión				
8. Nivel de Educación				
Historia sexual		Sí	No	Información Adicional
¿Eres sexualmente activa?				
¿En el último año?				
Con: <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Ambas				
¿Usas protección?				
Tipo: <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Abstinencia <input type="checkbox"/> Otra				
¿Has tenido una ETS o ITS?				
Historia espiritual		Sí	N	Información Adicional
¿Tiene creencias espirituales que le ayuden con el estrés?				
¿Tus creencias influyen en tu físico? ¿salud?				
¿Eres parte de una comunidad espiritual?				
¿Si sí, cual?		Comunidad espiritual./Iglesia:		
Esto te ayuda a apoyarte?				
¿Le gustaría que esto se abordara bajo su cuidado?				
PHQ2		Sí	N	Información Adicional
Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tenido poco placer al hacer cosas?				
Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido deprimido, deprimido y sin esperanza?				
¿Te sientes segura en tu hogar?				
¿Tiene usted una directiva anticipada?				
¿Le gustaría una directiva anticipada?				

## Revisión de Sistemas

Nombre del paciente:			Fecha de Nacimiento:		
<i>General</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Solo Hombres</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Oreja, Nariz, Garganta</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
Glándulas Inflamadas		Dificultades de Erección		Dolor de Boca	
Falta de Energía		Bulto en los Testículos		Dolor de Mandibula	
Fatiga		Dolor en el Pene/Escroto		Dolor en los Dientes	
Fiebre		Secreción del Pene		Dolor de Garganta	
Sudores Nocturnos		Otra:		Dificultad para Tragar	
Alteración del Sueño		<b>Gastrointestinal</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de la Audición	
Aumento de Peso		Náuseas		Zumbido en los Oídos	
Pérdida de Peso		Vómitos		Dolor de Oído	
<b>Alergia/Inmunología</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	Diarrea		<b>Neurologico</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
Congestión Nasal		Dolor Abdominal		Entumecimiento	
Estornudos		Heces con Sangre		Mareo	
Rinorrea		Cambio en los hábitos Intestinales		Dolor de Cabeza Frecuente	
Sangrados Nasales Frecuentes		Náuseas/ Vómitos		Pérdida de Memoria	
		Constipación		Convulsiones	
		<b>Endocrina</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	Temblores	
<b>Solo Mujeres</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	Problemas Tiroideos		<b>Respiratoria / Cardio</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
Papanicolaou Anormal		Bocio		Tos	
Sangrado entre Períodos		Micción Frecuente		Dificultad para Respirar	
Dolor Menstrual Extremo		Sed Anormal		Hinchazón	
Bultos en los Senos		Cambio de Apetito		Latidos Cardíacos Acelerados	
Secreción del Pezón		Retraso en la Curación de Heridas		Saltarse el Latido del Corazón	
Relaciones Sexuales Dolorosas		<b>Psiquiátrica</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Piel</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sofocos		Ansiedad		Acné	
Secreción Vaginal		Depresión		Erupciones en la Piel	
Fecha Ultimo Periodo Menstrual _____		Cambios de Animo		Lesiones de la Piel	
Fecha Prueba de Papanicolaou: _____		Pensamientos Suicidas		Moretones Anormales	
¿Estás embarazada? _____				Picor	
Numero de Niñas _____		<b>Oftalmológico</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sobre los Lunares	
¿Última mamografía? _____		Cambios en la Visión		<b>Músculo/Articulación/Hueso</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
		Visión Borrosa		<input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Manos	
		Dolor de Ojo		<input type="checkbox"/> Atrás <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Hombro	
		Irritación de Ojo		<input type="checkbox"/> Caderas <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Dolor de pecho	
				<input type="checkbox"/> Dolor/debilidad en las Articulaciones	

## Autorización para divulgar información médica

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
<p>Autorizo voluntariamente a Hope Christian Health Center a divulgar mi información de salud al destinatario que he identificado a continuación:</p> <p>Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____</p>	
<i>Información protegida o sensible</i>	
<p>Entiendo que cierta información no puede divulgarse sin una autorización específica según lo exige la ley estatal/federal:</p> <p> <input type="checkbox"/> Diagnóstico/Tratamiento del Abuso de Drogas Alcoholism              <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (para incluir AIDS/HIV)  <input type="checkbox"/> Diagnóstico/Tratamiento              <input type="checkbox"/> Salud mental/tratamiento       </p>	
<p>Esta autorización de divulgación de información cubre el período de atención médica desde:</p> <p> <input type="checkbox"/> (a) _____ a _____  <input type="checkbox"/> (b) Todos los períodos pasados, presentes y futuros.       </p>	

Derecho a revocar: Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que para revocar esta autorización debo hacerlo por escrito. Entiendo que esta revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado.

\*Este formulario es válido durante 12 meses a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocado antes de esa fecha.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Políticas de Oficina y Acuerdo Financiero

***SOBRE NOSOTRAS:*** Nuestra visión es ser un movimiento del pueblo de Dios que, en respuesta a Su gracia, elige diariamente promover la curación mientras participa en la obra redentora de Cristo entre aquellos que se sienten marginados económica, social y espiritualmente en Las Vegas. Hope Christian Health Center (HCHC) brinda atención médica excelente y asequible para todos. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras políticas, llame a la oficina durante el horario comercial.

***POLÍTICA DE TARDES Y CANCELACIONES:*** Si llega más de 15 minutos después de su cita programada, es posible que tengamos que reprogramarla. Espere al menos 24 horas de aviso si no puede asistir a su cita. Si inevitablemente llegará tarde, llámenos y avísenos.

***CONFIDENCIALIDAD:*** We strictly control the access to your information and any violation of such will be a breach of Controlamos estrictamente el acceso a su información y cualquier violación de la misma será un abuso de fe. Toda la información proporcionada a cualquier miembro del personal o voluntario está cubierta por la Política de Confidencialidad de HCHC.

ISI se necesita una copia de sus registros médicos, incluidos laboratorios, radiografías y cualquier otra prueba, le pedimos que avise a HCHC con 24 horas de antelación antes de recoger sus registros médicos. Deberá firmar un formulario de divulgación de información.

HCHC no es una clínica de manejo del dolor.

***REFERENCIAS:*** Espere entre 7 y 10 días hábiles para que se procesen todas las referencias.

***PAPELEO:*** Se requieren visitas de pacientes por discapacidad a corto plazo, FMLA y otras formas de trámites del paciente. Los documentos se completarán a discreción de su proveedor. Espere hasta 7 días para que se completen los documentos.

***CUIDADOS DE EMERGENCIA:*** Los pacientes dados de alta del hospital deben regresar a HCHC dentro de 1 a 2 semanas para seguimiento.

***SEGURO:*** Es responsabilidad del paciente proporcionar a la clínica la información actual del seguro. Si no está asegurado por ninguna compañía de seguros médicos, pregunte acerca de nuestro Programa de escala móvil de tarifas (SFSP). Si su visita requiere pruebas de laboratorio, radiografías u otros procedimientos radiológicos realizados fuera de nuestras instalaciones, el proveedor le facturará estos servicios directamente. Le daremos a los proveedores toda la información de su seguro.

- Entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, incluidos aquellos que resulten de no obtener la derivación y/o autorizaciones necesarias de mi atención primaria.
- Por la presente autorizo a HCHC a divulgar la información necesaria para presentar y/o procesar un reclamo ante mi compañía de seguros.
- Entiendo que si no puedo pagar mi factura en su totalidad, estoy obligado a firmar un pagaré.

***COPAGOS, DEDUCIBLES y COASEGURO:*** Todos los copagos, deducibles y coseguros deben pagarse al momento del servicio. El pago de sus copagos, deducibles y coseguros es parte de su contrato con su plan de seguro. Nuestra falta de cobro del pago puede ser una violación del cumplimiento de facturación y su plan de seguro puede considerarlo como un acto de fraude. Si no puede realizar su pago, pregunte acerca de nuestro programa de escala móvil de tarifas.

***FORMAS DE PAGO:*** Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito/débito.

### ***SOLICITUDES DE RECETAS:***

- Los pacientes que soliciten nuevas recetas o antibióticos deben acudir a una cita con un médico. No se recetan por teléfono.
  - Espere entre 48 y 72 horas para procesar las solicitudes de recetas. Los medicamentos que requieren autorización previa pueden requerir tiempo adicional para procesarse. Planifique con anticipación las recargas durante los días festivos y cuando viaje.

---

Por la presente otorgo autorización a HCHC para tratar y diagnosticar según se considere médicamente aconsejable.

Entiendo que es mi responsabilidad informar al proveedor al menos 72 horas antes de solicitar resurtidos de mis recetas.

Apreciamos la oportunidad de brindar nuestros servicios a sus necesidades médicas. Si tiene alguna pregunta, no dude en contactarnos.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo las Políticas de la Oficina y el Acuerdo Financiero.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

## Authorization to Disclose Protected Health Information

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a cualquiera o a todas las partes siguientes a divulgar a Hope Christian Health Center mi PHI (Información de salud protegida), incluidos diagnósticos, registros de tratamiento, consultas o exámenes, resultados de pruebas de laboratorio de diagnóstico, informes de radiología, informes auxiliares de descanso, incluidos los mentales. tratamiento de salud/abuso de sustancias o relacionado con el VIH/SIDA que se me haya brindado en las siguientes fechas que se enumeran a continuación. Entiendo que Hope Christian Health Center podría no ser el proveedor que solicita o remite la PHI anterior, pero como mi PCP (proveedor de atención primaria), solicito que se divulgue una copia a dicho proveedor/consultorio. Autorizar esta divulgación de información es voluntario y puedo negarme a firmar esta autorización. La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que esta divulgación de información vence después de 1 año a partir de la fecha de la firma. Esta autorización es revocable por mí en cualquier momento.

Por favor envíe los siguientes registros lo antes posible para la(s) fecha(s) \_\_\_\_\_ / más reciente:

<input type="checkbox"/> <b>Todos los registros</b>	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> MRI/CT of _____
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> US of _____
<input type="checkbox"/> Registros hospitalarios	<input type="checkbox"/> Mamografía	<input type="checkbox"/> Salud Psiquiátrica/ Mental	<input type="checkbox"/> X-ray of _____
<input type="checkbox"/> Papanicolau	<input type="checkbox"/> Historia física	<input type="checkbox"/> Other _____	

Consulte a continuación en qué centro podemos adquirir sus registros médicos:

<b>Hospitales:</b>			
<input type="checkbox"/> UMC Hospital	<input type="checkbox"/> Centennial Hills Hospital	<input type="checkbox"/> Desert Springs Hospital	<input type="checkbox"/> Valley Hospital
<input type="checkbox"/> North Vista Hospital	<input type="checkbox"/> Mountain View Hospital	<input type="checkbox"/> Mike O'Callaghan Medical Center	<input type="checkbox"/> Sunrise Hospital
<input type="checkbox"/> ER @ Aliante	<input type="checkbox"/> St Rose Dignity Health	<input type="checkbox"/> Guadalupe Medical Center	
<b>Clínicas:</b>			
<input type="checkbox"/> Care Now	<input type="checkbox"/> Southwest Medical	<input type="checkbox"/> WHASN: _____ (ubicación)	
<input type="checkbox"/> Nevada Health Centers	<input type="checkbox"/> Healthcare Partners		
<b>Radiología/Laboratorio:</b>			
<input type="checkbox"/> Desert Radiologist (DR)	<input type="checkbox"/> Simon Med	<input type="checkbox"/> Pueblo Medical Imaging (PMI)	
<input type="checkbox"/> Quest Diagnostics	<input type="checkbox"/> LabCorp	<input type="checkbox"/> Steinberg Diagnostic Medical Imaging (SDMI)	
<b>Otra</b>			
Centro/Proveedor: _____	Teléfono: _____	Fax: _____	
Centro/Proveedor: _____	Teléfono: _____	Fax: _____	
Centro/Proveedor: _____	Teléfono: _____	Fax: _____	

\_\_\_\_\_  
Firma de la paciente / tutora legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del Representante Legal  
(si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Relación con la paciente (si no es la paciente)



## Mensaje telefónico Autorización de comunicación confidencial

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) le otorga el derecho de solicitar el método y la ubicación mediante los cuales le comunicamos información confidencial. Para proteger la privacidad y confidencialidad de su información, complete lo siguiente para indicar sus preferencias de contacto y divulgación de información confidencial.

Al firmar a continuación, autoriza al personal de Hope Christian Health Center a llamar y dejar un mensaje detallado en su correo de voz, contestador automático o con la persona designada. Sin su consentimiento firmado, el personal solo podrá dejar su nombre y número de teléfono como mensaje para que usted devuelva la llamada. Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación de esta autorización deberá hacerse por escrito. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización es válida de forma permanente.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento**

### ***Elija uno de los siguientes para los proveedores y el personal:***

- DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi proveedor de atención médica deje mensajes telefónicos detallados sobre mi información de salud personal (PHI) utilizando las siguientes opciones: (Marque todas las que correspondan).

Teléfono residencial del paciente: \_\_\_\_\_  
(Número de teléfono de casa)

Teléfono celular del paciente: \_\_\_\_\_  
(Número Celular)

Teléfono de trabajo del paciente: \_\_\_\_\_  
(Número de teléfono del trabajo)

Y/o se podrá divulgar información detallada a las siguientes personas designadas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### ***Esto permanecerá en vigor hasta que usted lo rescinda por escrito.***

- NO ACEPTO que mi proveedor deje mensajes telefónicos detallados sobre mi información de salud personal (PHI).
- REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PREVIO: Deseo rescindir o suspender cualquier consentimiento previo para dejar mensajes telefónicos detallados o comunicarme con mi familia con respecto a mi información de salud personal (PHI).

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente y/o representante del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**