



Nombre legal del paciente (apellido, nombre, segundo nombre):		
Domicilio:		
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"/> Male <input type="checkbox"/> Female
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	Género actual: <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"/> Derecho <input type="checkbox"/> Homosexuales <input type="checkbox"/> lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no revelar
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina	¿Da su consentimiento para recibir mensajes de texto de nuestro registro médico electrónico (eCW)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lenguajes hablados: <input type="checkbox"/> Inglesa <input type="checkbox"/> Española <input type="checkbox"/> Otra _____
Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Llamar <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto	La Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de <input type="checkbox"/> Nativa <input type="checkbox"/> Negra / afroamericana	Barreras a la comunicación: <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
¿Es usted un veterano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	How did you hear about us? <input type="checkbox"/> Amiga / Familia <input type="checkbox"/> Lista de seguros/proveedores <input type="checkbox"/> Feria/evento de salud <input type="checkbox"/> Google/Yelp/Redes Sociales <input type="checkbox"/> Otra _____	Nombre del seguro primario: Identificación de miembro: Número de grupo:  Nombre del seguro secundario: Identificación de miembro: Número de grupo:
Nombre y dirección del empleador:		
Nombre y dirección de la farmacia:		
¿Se encuentra actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿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"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Contacto de emergencia</b> Nombre  Relación:  Número de teléfono:	

<b>Nombre del paciente:</b>			<b>Fecha de nacimiento:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Razón de la visita</b>			<b>Fecha del último examen físico:</b>		<b>Edad:</b>	
<i>Enfermedades importantes</i>	<i>SÍ</i>	<i>N</i>	<i>Historia de nacimiento</i>		<i>SÍ</i>	<i>N</i>
1. Diabetes 1 o 2			Lugar de nacimiento:			
2. Cáncer: _____			Peso al nacer del bebé: _____ Longitud: _____			
3. Problemas de aprendizaje			¿Alguna complicación con el parto?			
4. Asma			En caso afirmativo, explíquelo por favor:			
5. Erupciones			¿Le hicieron exámenes de detección de infecciones/ defectos de nacimiento mientras estaba embarazada?			
6. Sarampión/varicela			En caso afirmativo, si hubiera alguna anomalía, explique:			
7. Problemas cardíacos			¿Fue un parto a término?			
8. Infecciones de oído			¿Fue / ha sido amamantada la niña?			
9. Garganta estreptocócica			¿La niña resultó herida durante el parto?			
10. Convulsiones			¿La niña tuvo una convulsión después del nacimiento?			
11. ADD/ ADHD			¿La niña tiene defectos de nacimiento?			
12. Otras: _____			-Por favor incluya los registros de vacunación de su hijo-			
<b>Historial médico familiar (algún pariente consanguíneo, incluidos niños, tuvo):</b>						
<i>Historia de:</i>	<i>SÍ</i>	<i>N</i>	<i>Relación</i>			
Hipertensión						
Ataque						
Diabetes						
Epilepsia						
Cardiopatía						
Colesterol alto						
Cáncer: En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____						
Enfermedad mental						
Asma o EPOC						
Otra:						
<b>Comportamientos de salud adicionales</b>					<i>SÍ</i>	<i>N</i>
¿Cuándo fue su última visita al dentista?			Fecha:			
¿Su hijo tiene un horario de sueño regular?						
<b>Lista de alergias</b>			<b>Lista de medicamentos actuales</b>			
1			1			
2			2			
3			3			
<b>Hospitalizaciones (enumere los motivos de la visita)</b>					<b>Año</b>	
1						
2						
<b>Historia de la cirugía</b>					<b>Año</b>	
1						
2						

**Revisión de sistemas - Pediátrico**

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:			
<i>General</i>	✓	<i>Gastrointestinal</i>	✓	<i>Orejas, Nariz, Garganta</i>	✓
Glándulas inflamadas		Náuseas		Dolor de Boca	
Falta de energía		Vómitos		Dolor de mandíbula	
Alteración del sueño		Diarrea		Dolor en los dientes	
Fiebre		Dolor abdominal		Dolor de garganta	
Sudores nocturnos		Heces con sangre		Dificultad para tragar	
Pérdida de peso rápida		Constipación		Dolor de oído	
Aumento de peso rápido		<i>Endocrina</i>	✓	Zumbido en el oído	
		Problemas tiroideos		<i>Músculo/Articulación/Hueso</i>	✓
<i>Alergia/Inmunología</i>	✓	Perdida de cabello		Piernas	
Congestión nasal		Micción frecuente		Pies	
Estornudos		Sed anormal		Hombro	
Rinorrea		Crecimiento deficiente		Atrás	
Sangrados nasales frecuentes		Cambio de apetito		Caderas	
Medicamentos/Alergia alimentaria		Retraso en la curación de heridas		Cuello	
				Brazos	
<i>Piel</i>	✓	<i>Hematología</i>		Manos	
Acné		Sangrado		<i>Respiratoria / Cardio</i>	✓
Sobre los lunares		Moretones		Tos	
Picor		Glándulas agrandadas		Dificultad para respirar	
Erupciones/lesiones cutáneas				Manos frías/azules	
				Latidos cardíacos acelerados	
<i>Genitourinaria</i>	✓	<i>Psiquiátrica</i>	✓	Saltarse el latido del corazón	
Dolor al orinar		Ansiedad/estrés		Dolor/presión en el pecho	
Sangre en la orina		Preocupaciones con la atención			
Aumento de la frecuencia de orina		Preocupaciones por la impulsividad			
Descarga anormal		Síntomas de depresión		<i>Neurologico</i>	✓
				Preocupaciones sobre el desarrollo	
		<i>Oftalmológico</i>	✓	Mareo	
		Cambios en la visión		Dolor de cabeza frecuente	
		Visión borrosa		Desmayos/Apagones	
		Dolor de ojo		Convulsiones	
		Irritación de ojo		Pérdida de memoria	

## 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              <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (para incluir SIDA/VIH)         </p> <p> <input type="checkbox"/> Diagnóstico/Tratamiento del Alcoholismo              <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 _____         </p> <p> <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 ha sido divulgada.

\*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**