

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Fecha:

Revisiones de Salud del Paciente:

Su salud y bienestar es nuestra meta en High Country Community Health. A fin de proveerle la mejor atención médica posible es importante que tengamos toda la información de su salud física y mental además de sus hábitos de vida. La atención médica enfocada en la persona completa no solo quiere decir que la mente y el cuerpo están unidos sino que también afectan todos los aspectos de su salud. Por favor, complete las siguientes Revisiones de Salud del Paciente para que su proveedor médico este mejor capacitado para ayudarle a lograr y mantener un mejor nivel de salud. Gracias.

Cuestionario de la Salud del Paciente-9				72883
<i>Solo el paciente (sujeto) debe llenar la información en el cuestionario</i>				
¿En las últimas 2 semanas, que tan seguido ha pasado por algunos de los siguientes problemas?	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sentirse deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
3. Problemas en dormirse, quedarse dormido/a o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Poco Apetito comer de más	0	1	2	3
6. Sentirse mal de sí mismo-o que es un fracaso, o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lento que otras personas podrían notarlos. O lo opuesto- estar tan inquieto(a) o nervioso(a) que se mueve más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna forma	0	1	2	3
<p><i>La puntuación se hace solamente por el personal de estudio</i></p> <p>0 + _____ + _____ + _____</p> <p>=Puntuación total: _____</p>				
<p>Si usted marcó alguno de estos problemas ¿qué tan difícil se le ha hecho hacer su trabajo, hacer cosas en casa, o llevarse bien con otras personas?</p> <p>Nada Difícil Algo Difícil Muy Difícil Extremadamente Difícil</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>				
<p><small>Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. Copyright © 2005 Pfizer, Inc. All rights reserved. Reproduced with permission. EPI0905.PHQ9P</small></p>				
<p>Confirmo que esta información es correcta</p>		<p>Iniciales del paciente:</p>		<p>Fecha:</p>

AUDIT

1. ¿Qué tan seguido consume una bebida que tenga alcohol?

(0) Nunca (1) Mensualmente (2) 2-4 veces al mes (3) 2-3 veces a la semana (4) 4 veces o más por semana

2. ¿Cuándo bebe, cuántas bebidas alcohólicas consume en un día?

(0) 1-2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7-9 (4) 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia consume seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión?

(0) nunca (1) ocasionalmente (2) mensualmente (3) semanalmente (4) diario o casi diario

4. ¿En el último año, cuántas veces ha notado que no pudo dejar de tomar ya que había empezado?

(0) nunca (1) ocasionalmente (2) mensualmente (3) semanalmente (4) diario o casi diario

5. ¿Con qué frecuencia en el último año, ha fallado en hacer algo que normalmente es esperado de usted por causa del alcohol?

(0) nunca (1) ocasionalmente (2) mensualmente (3) semanalmente (4) diario o casi diario

6. ¿Durante el último año, que tan seguido ha necesitado una bebida alcohólica por la mañana para recuperarse después de haber consumido mucho alcohol la noche anterior?

(0) nunca (1) ocasionalmente (2) mensualmente (3) semanalmente (4) diario o casi diario

7. ¿En el último año que tan seguido ha sentido culpabilidad o remordimiento después de haber tomado?

(0) nunca (1) ocasionalmente (2) mensualmente (3) semanalmente (4) diario o casi diario

8. ¿En el último año que tan seguido se ha olvidado de lo que pasó la noche anterior por causa del alcohol?

(0) nunca (1) ocasionalmente (2) mensualmente (3) semanalmente (4) diario o casi diario

9. ¿Ha lastimado a alguien o a sí mismo(a) por haber tomado demasiado?

(0) no (1) sí, pero no el último año (2) sí, durante el último año

10. ¿Se ha preocupado un amigo(a), familiar, doctor u otro empleado de salud por su consumo de alcohol o le ha sugerido que tome menos?

(0) no (1) sí, pero no el último año (2) sí, durante el último año

Puntuación Total: _____

DAST-10

Encierre su respuesta. Estas preguntas se refieren a los últimos 12 meses.

1. ¿Ha consumido drogas aparte de las que son requeridas por razones médicas?
2. ¿Abusa de más de una droga a la vez?
3. ¿Siempre puede dejar de consumir drogas cuando usted quiere?
4. ¿Ha tenido "desmayos" o "recuerdos recurrentes" como resultado del consumo de drogas?
5. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su consumo de drogas?
6. ¿Alguna vez se ha quejado su esposo(a) (o sus padres) por su consumo de drogas?
7. ¿Ha descuidado a su familia por su consumo de drogas?
8. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales para obtener drogas?
9. ¿Alguna vez ha tenido síntomas de abstinencia (sentirse enfermo/a) cuando deja de consumir drogas?
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de consumir drogas?
(Por ejemplo: Pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrante etc.)

1. Sí	No
2. Sí	No
3. Sí	No
4. Sí	No
5. Sí	No
6. Sí	No
7. Sí	No
8. Sí	No
9. Sí	No
10. Sí	No

Puntuación Total: _____

FORMULARIO DEL HISTORIAL MÉDICO DE ADULTO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____ Razón por la visita de hoy: _____

Ocupación: _____ ¿Va al hospital de veteranos? De ser así ¿A dónde? _____

ALERGIAS: *(allergies)* Por favor anote todos los medicamentos y comidas a las que es alérgico/a

Comida/Medicina	Reacción	Leve/Moderado/Severo

MEDICAMENTOS: *(medicines)*

Escriba todos los medicamentos que está tomando incluyendo anticonceptivos, vitaminas, suplementos y medicina de venta libre. Si necesita más espacio escriba en la parte de atrás de este formulario. *Traiga todas las botellas de los medicamentos a su cita*

Medicina	Dosis	Frecuencia

Farmacia Preferida *(pharmacy):* _____

FECHA DE LAS VACUNAS MÁS RECIENTES *(vaccines):*

Influenza: _____ Tetano: _____ Neumonía: _____ Culebrilla: _____ Otra: _____

Por favor Escriba sus otros proveedores de cuidado de salud *(healthcare providers)*

Especialidad	Nombre de Doctor	Fecha de su Última Cita
Oftalmólogo		
Dentista		
Otro:		
Otro:		

OPERACIONES/HOSPITALIZACIONES ANTERIORES: *(operations/hospitalizations)*

Tipo de cirugía / Razón de la hospitalización	Nombre del doctor/Instalación médica	Fecha

HISTORIAL MÉDICO:

Marque todas las enfermedades/condiciones actuales o anteriores. Si sabe la fecha que fue diagnosticado por favor anótala al lado de la condición.

Corazón: (Heart) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Falla cardíaca <i>Heart Failure</i> <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <i>High BP</i> <input type="checkbox"/> Ataque al corazón <i>Heart Attack</i> <input type="checkbox"/> Circulación mala <i>Poor Circ.</i> <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <i>Stroke</i> <input type="checkbox"/> Colesterol alto/Lípidos <input type="checkbox"/> Palpitaciones irregulares <i>Irr. Heartbeat</i> <input type="checkbox"/> Enfermedad valvular (problemas con alguna válvula) <i>Valvular Disease</i> Otro: _____	Pulmones: (Lungs) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> EPOC <i>COPD</i> <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno <i>Hay Fever</i> <input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar (coagulación del pulmón) <i>Pul. Embolism</i> <input type="checkbox"/> Síndrome de Apnea <input type="checkbox"/> Oxígeno en casa <i>Home Oxy</i> Otro: _____	Estomago/Intestinos: (Stomach) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Reflujo Gástrico <i>GERD</i> <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Diverticulitis o Diverticulosis <input type="checkbox"/> Síndrome de irritación intestinal <i>Irr. Bowel</i> <input type="checkbox"/> Pólipos <i>Polyps</i> <input type="checkbox"/> Cálculo Biliar <i>Gallstones</i> <input type="checkbox"/> Pancreatitis Otro: _____	Riñones/Vejiga: (Kidneys) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Piedras Renales <i>K Stones</i> <input type="checkbox"/> Fallo Renal <i>K. Failure</i> <input type="checkbox"/> Historial de Diálisis <input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias Frecuentes <i>(UTI)</i> <input type="checkbox"/> Hiperplasia Prostática Benigna/Agrandamiento de la Próstata <i>(BPH)</i> Otro: _____
Coyunturas/Esqueleto: (Joints) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Escoliosis <input type="checkbox"/> Fracturas (Tipo: _____) Otro: _____	Endocrino: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Tiroides <i>Thyroid</i> <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Enfermedad Pituitario <input type="checkbox"/> Enfermedad Suprarrenal <i>Adrenal Disease</i> Otro: _____	Cerebro y Nervios: (Brain) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza/Migrañas <i>Headache/Migraine</i> <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> Demencia/Alzheimer <input type="checkbox"/> Convulsiones <i>Seizures</i> <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <i>MS</i> <input type="checkbox"/> Síndrome de Fatiga Crónica <i>Chr. Fatigue Syndrome</i> Otro: _____	Trastornos Sanguíneos: (Bleeding) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Anemia Falciforme <i>sickle cell</i> <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico <i>bleeding disorder</i> <input type="checkbox"/> Historial de Transfusiones de Sangre <i>transfusions</i> <input type="checkbox"/> Coágulo <i>clot</i> (Adónde: _____) Otro: _____
Trastorno de la Piel: (Skin) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Acné <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Verrugas <i>Warts</i> <input type="checkbox"/> Culebrilla <i>Shingles</i> Otro: _____	Sistema Inmunológico: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Cáncer (Tipo: _____) <input type="checkbox"/> SIDA/VIH <i>Aids/HIV</i> <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes <i>Frequent Infections</i> <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide Otro: _____	Psicológico: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Estrés Postraumático <i>(PTSD)</i> <input type="checkbox"/> Adicción Otro: _____	Hígado: (Liver) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Hígado Graso <i>Fatty Liver</i> <input type="checkbox"/> Cirrosis Otro: _____

Enfermedades Transmisibles: Seleccione todas las que aplican **Clamidia Herpes Verrugas Genitales Gonorrea**

Solo Para Mujeres:

Fecha de última menstruación (last period): _____ Edad que empezó a menstruar (1st period): _____

Fecha de último Papanicolaou: _____ Seleccione: NORMAL ANORMAL Tratamiento: _____

Fecha de su última mamografía: _____ Seleccione: NORMAL ANORMAL Tratamiento: _____

de embarazos (pregnancies): _____ # de abortos espontáneos (miscarriages): _____ # de abortos (abortions): _____

de hijos vivos (live children): _____ Edad que pasó por la menopausia: _____

Por favor indique la frecuencia y cantidad con la que participa en las siguientes actividades:

Actividad	¿Con qué frecuencia? (Diario, cuántas veces a la semana, casi nunca, nunca, anteriormente)	¿Cuánto?	
Hacer Ejercicio			Tipo de ejercicio:
Uso de Tabaco (Cigarrillos, Pipa, Cigarro, Rapé, Tabaco de mascar, Cigarrillo electrónico)		_____ paquetes por semana	Fecha que lo dejó: _____
Consumo de Alcohol (cerveza/vino/licor)		_____ bebidas por semana	Fecha que lo dejó: _____
Uso de Sustancias (Heroína, Cocaína, Opiáceos, Metanfetamina, Marihuana, Otra: _____)			Fecha que las dejó: _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR:

Condición	Hermano <i>Brother</i>	Hermana <i>Sister</i>	Madre <i>Mother</i>	Padre <i>Father</i>	Abuela Materna <i>M. Grandma</i>	Abuelo Materna <i>M. Grandpa</i>	Abuela Paterna <i>P. Grandma</i>	Abuelo Paterno <i>P. Grandpa</i>
Ataque al Corazón (<i>H. Attack</i>)								
Presión Arterial Alta (<i>BP</i>)								
Cáncer: (Anote el tipo)								
Tipo:								
Tipo:								
Asma								
Enfisema/EPOC								
Tuberculosis								
Derrame Cerebral (<i>Stroke</i>)								
Convulsiones (<i>Seizures</i>)								
Diabetes Tipo 1:								
Diabetes Tipo 2:								
Hipertiroidismo								
Hipotiroidismo								
Artritis Reumatoide								
Trastorno Hemorrágico (<i>Bleeding Disorder</i>)								
Depresión								
Trastorno Bipolar								
Esquizofrenia								
Adicción								

Información de Paciente Nuevo Por favor presente su tarjeta de seguro médico ****

Información del Paciente

Apellido(s) _____ Nombre _____ Sgo Nombre _____

¿Cómo prefiere que le digan (apodo)? _____

Género: Hombre ___ Mujer ___ **Género al nacer:** Hombre ___ Mujer ___ No deseo contestar ___

Orientación sexual: Heterosexual ___ Lesbiana, Gay, Homosexual ___ Bisexual ___ Otro ___

No sé ___ No deseo contestar ___

Número de Seguro Social: _____

Estado Civil: Casado/a ___ Soltero/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___

Fecha de Nacimiento: _____

Lenguaje preferido: Inglés ___ Español ___ Otro: _____

Dirección física: _____

Dirección de correo (si es diferente): _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono:

Casa: _____ Cel.: _____ Trabajo: _____ ext: _____

Correo electrónico: _____

¿Cómo prefiere ser contactado por nuestra oficina?

___ Teléfono de casa ___ Celular ___ Trabajo ___ Correo electrónico ___ Correo

Información del Garante (Si no tiene seguro médico, puede omitir esta sección)

Persona responsable por pagar: Yo ___ Esposo/a ___ Padre ___ Otro: _____

Nombre (si es diferente que el paciente): _____

Dirección (Las facturas serán enviadas aquí): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (casa): _____ Fecha de nacimiento: _____

Género: ___ Hombre ___ Mujer Número de Seguro Social: _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono #: _____

Información del Contacto de Emergencia

¿A quién podemos contactar en caso de una emergencia? _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Relación al paciente: Padre ___ Madre ___ Hermano ___ Hermana ___ Amigo/a ___

Abuelo ___ Abuela ___ Esposo/a ___ Hija ___

Hijo ___ Otro ___

Otra Información

Raza del paciente: ___ Blanco ___ Afroamericano ___ Americano Asiático ___ Otro

Grupo étnico del Paciente: ___ Hispano/Latino ___ No Hispano/Latino

HIGH COUNTRY COMMUNITY HEALTH

Póliza y Responsabilidad Financiera

Entiendo y acepto lo siguiente:

Todos los Pacientes:

- El pago se cobra al tiempo del servicio. El copago será colectado al registrarse.
- Para mi conveniencia se acepta dinero en efectivo, Visa, MasterCard, Discover, y cheques personales que sean de NC (cheques iniciales no se aceptan).
- High Country Community Health trabaja con Medicaid, Medicare, y muchas compañías privadas de seguro médico.
- Autorizo que mis beneficios de seguro médico sean pagados a High Country Community Health.
- Es mi responsabilidad verificar que High Country Community Health esté dentro de la red de mi seguro médico privado antes de mi primera cita.
- Es mi responsabilidad notificar a High Country Community Health de cambios de mi dirección, número de teléfono y seguro médico lo más pronto posible.
- Entiendo que la cantidad no cubierta por el seguro médico es responsabilidad de la persona nombrada en el formulario "Información de Paciente". Acepto pagar sin demora el balance que no sea cubierto por el seguro.
- Entiendo que en adición al cargo de consulta puede haber cobros adicionales que incluyen pero no se limitan a exámenes de salud, análisis de laboratorio, servicios para la salud de comportamiento, vacunas e inyecciones.
- Exámenes de laboratorio que sean enviados fuera (por ejemplo, LabCorp, Wake Forest Labs o Quest) serán facturados por separado y no son parte de High Country Community Health. Una factura de la compañía de laboratorio será enviada por correo.

Pacientes sin Seguro Médico:

- Si no tengo seguro médico, mi familia y yo podríamos ser elegibles para el programa de descuento. Debo traer todas las pruebas de ingreso requeridas para cada miembro de la casa. Será requerido que apliquemos para el programa cada 12 meses.
- Si califico para el programa de descuento, mi pago mínimo será entre \$25-\$40 por cada visita. Cualquier servicio de salud de comportamiento recibido aparte de la consulta médica será entre \$10-\$20 y se cobran al registrarse.
- Si no tengo seguro médico y no traigo pruebas de los ingresos del hogar a mi primera cita, puedo declarar mis ingresos y se me cobrarán \$40 al momento de registrarme. Todas las siguientes citas se me cobrarán a precio completo hasta que traiga prueba de ingresos.
- Si no califico para el programa de descuento el balance de la visita puede ser rebajada a \$80 si lo pago al momento de terminar la consulta.
- Recibiré una factura por separado de la compañía del laboratorio por correo. Si califico para el programa de descuentos también recibiré un descuento en la factura del laboratorio.
- Las personas responsables (nombradas en el formulario "Información del Paciente") con balances recibirán una factura de High Country Community Health.
- Si mi balance es más de \$250 y no hago pagos mensuales, entiendo que High Country Community Health puede requerir que me someta a consejería financiera.

Firma del Paciente o Garante: _____ Fecha: _____

Relación al Paciente: _____

Firma del Personal: _____ Fecha: _____



Consentimiento para Evaluación y Tratamiento

High Country Community Health (HCCH) se dedica a proporcionar servicios de cuidado primario, salud de comportamiento y salud dental a los residentes del área. Debido a que los problemas físicos y emocionales a menudo ocurren juntos, creemos que el mejor cuidado se da cuando los proveedores de salud trabajan juntos. Los pacientes de *HCCH* pueden ser remitidos a proveedores de otras especialidades dentro del equipo de tratamiento de cuidado de *HCCH*.

Los pacientes se atienden por cita, sin embargo cada día hay un número limitado de espacios disponibles sin cita previa asignados por orden de llamada. El paciente debe de llamar por adelantado si no puede llegar a su cita.

Su firma autoriza a *HCCH* a compartir su información de salud relevante con cualquier servicio de especialidad u hospital al que usted sea remitido. *HCCH* no comparte información con la familia o amistades, al menos que el paciente, menor emancipado, padre o representante legal dé permiso por escrito. Puede ser que divulguemos información del paciente a otros sin el permiso del paciente si: 1) el paciente es una amenaza para sí mismo u otros; 2) el paciente no puede protegerse de algún peligro; 3) el paciente está legalmente en custodia de una agencia o instituto del gobierno; 4) hay evidencia de negligencia o abuso de menores o ancianos; o 5) la historia clínica del paciente se solicita por mandato judicial.

Hay costo por todos los servicios y se les pide a los pacientes que paguen el día de su cita. Las pólizas de seguro médico pueden cubrir una porción del costo y el personal ayudará al paciente a hacer reclamaciones. Se les pide a los pacientes que le avisen al personal de *HCCH* sobre cambios en su estado financiero.

El personal profesional de este instituto confiará en las declaraciones hechas por el paciente, el historial médico del paciente y otra información para evaluar la condición de él/ella y decidir el mejor tratamiento. La evaluación y tratamiento de niños y adolescentes frecuentemente requiere el involucramiento de los padres y/u otros miembros de la familia.

Algunos servicios de *High Country Community Health* pueden involucrar el uso de equipo de telemedicina e interacción con proveedores que no estén presentes físicamente. Estas sesiones se transmiten por medio de líneas de alta velocidad, dedicadas y seguras, y no se graban en video ni se envían por internet ni son guardadas de ninguna manera.

Al tratar pacientes, estudios que incluyen rayos-x, análisis de laboratorio, ECGs o exámenes psicológicos pueden ser necesarios. Cualquier pregunta sobre los beneficios, riesgos, opciones disponibles, o sobre los límites de confidencialidad debe ser dirigida al personal de tratamiento.

Entiendo que si soy mayor de 18 años, puedo dar consentimiento para servicios de salud; de lo contrario mi padre o representante legal tendrá que dar consentimiento para los servicios. Al firmar este formulario, (firma del padre o representante legal, si es requerida) acepto que he leído este formulario o me lo leyeron y/o me lo explicaron, que lo entiendo y que las preguntas que hice se contestaron. Entiendo y acepto ser honesto(a) al proveer información.

Por este medio pido y acepto evaluación y tratamiento para mí mismo(a) y/o mis hijos(as), incluyendo cualquier estudio o procedimiento que sea necesario según la recomendación del personal profesional de *HCCH*.

Firma del Paciente o Guardián

Fecha

Testigo

Fecha

Interprete

Fecha



HIPPA Notificación de las Prácticas de Privacidad y Consentimiento de Comunicación con el Paciente

- Reconozco que se me ha informado sobre la Notificación de las Prácticas de Privacidad para High Country Community Health.
- Entiendo que la Notificación de las Prácticas de Privacidad discute como se puede usar y/o divulgar mi información del cuidado de salud personal, mis derechos con respecto a la información del cuidado de salud, y cómo y dónde puedo hacer una reclamación relacionada con la privacidad.
- Entiendo que puedo revisar una copia de esta Notificación si la solicito de la recepcionista.
- Entiendo que puedo obtener una copia de esta Notificación si la solicito de la recepcionista.
- Entiendo que los términos de esta Notificación pueden cambiar en el futuro, y que puedo solicitar una copia de la Notificación nueva a la recepcionista.

Entiendo que también puedo obtener una copia de esta Notificación al escribirle a High Country Community Health, Atención: Oficial de Privacidad.

Favor de poner sus iniciales en los siguientes métodos aceptables de comunicación:

Celular (Cell Phone):

- _____ Está bien dejar un mensaje de voz detallado (*Okay to leave a detailed voice message*)
- _____ Está bien dejar un número para regresar la llamada SOLAMENTE en un mensaje de voz (*only on Voicemail*)
- _____ Está bien dejar un número para regresar la llamada SOLAMENTE con otra persona que conteste (*Okay to leave a call back number only with another person answering the phone*)

Teléfono de Casa (Home Phone):

- _____ Está bien dejar un mensaje de voz detallado (*Okay to leave a detailed voice message*)
- _____ Está bien dejar un número para regresar la llamada SOLAMENTE en un mensaje de voz (*only on Voicemail*)
- _____ Está bien dejar un número para regresar la llamada SOLAMENTE con otra persona que conteste (*Okay to leave a call back number only with another person answering the phone*)

Teléfono del Trabajo (Work Phone):

- _____ Está bien dejar un mensaje de voz detallado (*Okay to leave a detailed voice message*)
- _____ Está bien dejar un número para regresar la llamada SOLAMENTE en un mensaje de voz (*only on Voicemail*)
- _____ Está bien dejar un número para regresar la llamada SOLAMENTE con otra persona que conteste (*Okay to leave a call back number only with another person answering the phone*)

Dirección de Correo (Mailing Address):

- _____ Está bien mandar una carta solicitando que llame a High Country Community Health (*letter requesting me to call*)
- _____ Está bien mandar una carta con información detallada sobre mi cuidado o condición (*detailed information*)

Doy permiso a High Country Community Health que comparta información de mi salud con las siguientes personas, si es solicitado:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Firma de Paciente o Guardián: _____ Fecha: _____

Relación al Paciente: _____

Barreras de cuidado médico e información de trabajadores migrantes

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Barreras potenciales de cuidado: Esta lista se usa para identificar otras áreas en su vida que pueden afectar su salud y que pueden necesitar algunos recursos comunitarios. Nos ayudará a desarrollar un plan de acción, incluyendo remisiones a los departamentos apropiados y organizaciones fuera de nuestra oficina. Si quiere más información, o si tiene alguna pregunta sobre los siguientes puntos, marque la caja para que la Especialista de Recursos para el Paciente puede aconsejarlo más a fondo.

<p><u>Seguro Médico/ Acceso a Cuidado Médico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Necesito seguro médico (Medicaid, Seguro ACA, Planificación Familiar u otros programas) <input type="checkbox"/> Necesito anotarme para Medicare o necesito Consejería de Medicare (SHIIP) <input type="checkbox"/> Necesito ayuda aplicando para una excepción de impuestos porque no tengo seguro médico <input type="checkbox"/> Mi aplicación de Medicaid/seguro ACA fue negada. <input type="checkbox"/> Necesito ayuda llenando una aplicación de descuento para el sistema del hospital local <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para pagar mis medicamentos <p><u>Vivienda</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No tengo vivienda (vivo en el Hospitality House, en un hospicio, con amistades, en un carro, en un parque, un hotel, etc.) <input type="checkbox"/> Me gustaría ayuda encontrando vivienda económica <input type="checkbox"/> Estoy en riesgo de perder mi vivienda <input type="checkbox"/> Hay condiciones inseguras en mi hogar (moho, goteras, pintura descascarada, insectos, etc.) <input type="checkbox"/> Tengo dificultades para pagar las facturas de calefacción/ utilidades 	<p><u>Comida</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A veces o seguido, no tengo comida suficiente para mí y/o mi familia <input type="checkbox"/> Me gustaría aplicar para beneficios de cupones para alimento (SNAP) <input type="checkbox"/> Me negaron los cupones para alimento (SNAP) <input type="checkbox"/> No puedo seguir la dieta que mi doctor me ha recomendado. <p><u>Transporte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para ir a citas médicas <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para ir a otras citas importantes <input type="checkbox"/> El sistema de autobús no pasa cerca de dónde vivo o trabajo. Vivo en el condado de _____. <p><u>Otro</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Me gustaría registrarme para votar <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para declarar mis impuestos <input type="checkbox"/> Necesito información sobre decisiones para el final de la vida. <input type="checkbox"/> Si me admitan al hospital, necesitaría ayuda avisando mi familia sobre mascotas/problemas en mi casa. <input type="checkbox"/> Yo/mi familia necesita un abrigo de invierno o una chamarra <p>Otras barreras/retos: _____</p>
---	--

Por favor rodea cualquiera de las siguientes opciones que le apliquen a usted:

1. ¿En los últimos 2 años, usted o alguien en su familia se ha considerado un trabajador temporal de la agricultura? (Alguien quien gana sus ingresos principalmente trabajando en la agricultura sin mudarse de su hogar.)	Sí	No
2. ¿En los últimos 2 años, usted o alguien de su familia se ha considerado un trabajador migrante? (Alguien que se ha mudado de su hogar y ha establecido un hogar temporal para trabajar principalmente en la agricultura.)	Sí	No
3. ¿Usted o algún miembro de su familia ha dejado de emigrar para trabajar en la agricultura a causa de discapacidad o edad (muy avanzado en edad para hacer el trabajo)?	Sí	No
4. ¿Es usted un veterano de los Estados Unidos de América?	Sí	No
5. ¿Está usted viviendo en Vivienda Pública?	Sí	No

Firma de paciente o tutor legal: _____

Fecha: _____

Relación al paciente: _____



Ingresos para Pacientes con Seguro Médico

Para que nuestra clínica pueda recibir apoyo financiero federal para nuestros pacientes de bajos recursos, les pedimos que completen este formulario sobre los ingresos anuales de su **hogar**. La información individual no se provee al gobierno federal.

Basado en el tamaño de su familia, por favor seleccione el nivel de ingreso de su casa. Las cantidades de dólares son máximas. Por ejemplo, si usted tiene una familia de dos y gana \$16,461 anualmente (un dólar más que la cantidad en la primera columna), entonces seleccione \$20,575. Por favor pida ayuda a nuestro personal si la necesita.

Tamaño de familia:	Ingresos anuales del hogar:				
1	\$12,140	\$15,175	\$18,210	\$24,280	>\$24,280
2	\$16,460	\$20,575	\$24,690	\$32,920	>\$32,920
3	\$20,780	\$25,975	\$31,170	\$41,560	>\$41,560
4	\$25,100	\$31,375	\$37,650	\$50,200	>\$50,200
5	\$29,420	\$36,775	\$44,130	\$58,840	>\$58,840
6	\$33,740	\$42,175	\$50,610	\$67,480	>\$67,480
7	\$38,060	\$47,575	\$57,090	\$76,120	>\$76,120
8	\$42,380	\$52,975	\$63,570	\$84,760	>\$84,760

Por cada persona adicional, añada \$4,320

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Personal: _____ Fecha: _____



108 Doctors Drive, Boone, NC 28767
 Tele 828-262-3886; FAX 828-265-4816

Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida

Nombre de Paciente: _____ Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Autorizo a High Country Community Health a divulgar información de salud protegida a los siguientes individuo(s) y/u organización(es):

Nombre/Organización: _____

Autorizo a High Country Community Health a obtener información de salud protegida de la siguiente organización(es):

Nombre/Organización: _____

Entiendo que estoy autorizando High Country Community Health a divulgar u obtener mi historial médico entero incluyendo los informes seleccionados abajo:
 (Por favor solo seleccione los informes que quiere divulgar/obtener)

Tipo de informe	Tipo de informe
Pruebas o tratamiento psicológico o de salud mental <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pruebas o tratamiento de SIDA/VIH <input type="checkbox"/>	Pruebas o tratamiento de Hepatitis C <input type="checkbox"/>
Pruebas o tratamiento de ETS <input type="checkbox"/>	Historia de inmunización <input type="checkbox"/>
Informes laboratorios <input type="checkbox"/>	Informes de Radiología / TC <input type="checkbox"/>
Uso de sustancias <input type="checkbox"/>	Historia y Exámenes físicos <input type="checkbox"/>
Consultaciones <input type="checkbox"/>	Informes de Sala de Emergencias <input type="checkbox"/>
Lista de alergias <input type="checkbox"/>	Resúmenes de altas <input type="checkbox"/>
Notas de oficina <input type="checkbox"/>	Informes de operación <input type="checkbox"/>
Otro (especifique): <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. Tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que es mi responsabilidad notificar High Country Community Health si deseo cancelar esta autorización. A demás entiendo que High Country Community Health no se hace responsable por divulgaciones hechas basadas en esta autorización antes de la fecha de cancelación. Esta autorización expira un año después de la fecha que se llene este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____

**Paciente/Guardián/Tutor Legal

**Si es guardián/tutor legal, relación al paciente: _____