

## CARTA DE BIENVENIDA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Usted tiene su primera cita en Family Centers Health Care el día \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Fecha Hora

Nuestra misión es ser su **lugar de primer cuidado médico** brindándole la mejor atención integral de calidad. En este paquete está incluido la información de sus derechos como paciente y lo que usted puede hacer para ayudarnos a ofrecerle los servicios que usted necesita.

Por favor, ayúdenos con los siguientes requisitos:

1. Usted debe de **hacer una cita con anterioridad** antes de su llegada y no será visto sin una cita. (COVID-19)
2. Por favor traiga todos sus medicamentos con usted el día de su cita, especialmente las prescripciones de sus otros doctores.
3. Por favor complete las siguientes preguntas sobre su estado de salud.
4. Traer los siguientes documentos en su primera cita:
  - Tarjeta del Seguro Medico
  - Prueba de su residencia
  - Tarjeta de Seguro Social
  - Prueba de su ingreso anual (Si desea calificar para la póliza de descuento, que ofrece el Centro de Salud)
  - Traer con usted sus documentos/archivos médicos de años anteriores
5. Por favor permítanos dedicarle tiempo suficiente a cada paciente. A veces nuestros proveedores de salud se retrasan. Le pedimos disculpas si esto le causa inconvenientes, esperamos su comprensión. Algunas condiciones médicas pueden causar complicaciones y necesitar más tiempo. Intentaremos proporcionarle información actualizada durante el retraso.
6. Reabastecer/volver a surtir los medicamentos
  - a. Por favor llame a la farmacia primero para confirmar si su reabastecimiento de medicamentos esta lista. La farmacia se contactará con nosotros para confirmar su pedido
  - b. Si sus medicamentos no están listos, pida que sus medicinas sean resurtidas el día de su cita
  - c. Si necesita resurtir antes de su cita, por favor de darnos 24 horas de anticipación para que nuestro personal revise su cuadro médico, revise la lista y llame a la farmacia
  - d. Reabastecimiento de pastillas narcóticas o sustancias controladas, por ley no podemos llamar a la farmacia. Tiene que venir al Centro de Salud y pedir una prescripción.
  - e. Llamar durante horas de oficinas a la clínica si necesita reabastecimiento. No se puede autorizar medicación fuera de horas de oficinas sin ver su cuadro médico.
7. Horas de Servicio
  - Nuestro consultorio está abierto de lunes a viernes desde las 9:00 de la mañana hasta las 5:00 de la tarde.
  - El Centro de llamadas atenderá el teléfono de 9:00 de la mañana hasta las 4:30 de la tarde.
  - 24 horas de servicio de contestadora de llamadas
8. Resultado de Exámenes
  - Resultados normales: serán discutidos en su próxima visita.
  - Resultados anormales: le llamaremos por teléfono, es nuestra norma. Si no se le puede dejar un mensaje confidencial, le mandaremos una carta o le pediremos que regrese a la oficina para discutirlo en persona.
9. Co-Pagos
  - a. **Medico:** Se espera que los pacientes hagan sus pagos o co-pagos antes de ser vistos por el proveedor de salud.
  - b. **Dental:** Se espera que los pacientes hagan sus pagos al final de su cita ya que no se sabrá la cantidad exacta a pagar hasta que el dentista haya finalizado.
  - c. Los pacientes son responsables de cualquier pago no cubierto por su seguro.
10. Confirmación /Cancelación de Citas
  - a. Las citas deben ser confirmadas antes de las 12 pm del día anterior
  - b. Nuestro sistema cancelara su cita si llega 10 minutos tarde
  - c. Si usted cancela (dentro de las 24hrs) o pierde su cita 3 veces o más, ya no podrá programar más citas. Tendrá que llamar para hacer cita para el mismo día

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE<sup>1</sup>** Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Apellido:</b> _____		<b>Nombre:</b> _____		<b>Inicial del Segundo Nombre:</b> _____	
<b>Fecha de Nacimiento:</b> _____		<b># Seguro Social:</b> _____ - _____ - _____		<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> TG/H → M <input type="checkbox"/> TG/M → H	
<b>Teléfono Primario # (____)</b> _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <b>Está bien dejar mensaje:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<b>Teléfono Secundario # (____)</b> _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <b>Está bien dejar mensaje:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Está bien un texto:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Correo electrónico:</b> _____ @ _____ <input type="checkbox"/> <b>Está Bien mandar Email</b>					
<b>Dirección:</b> _____					
<b>Ciudad:</b> _____		<b>Estado:</b> _____		<b>Código Postal:</b> _____	
<b>Dirección de correo (si es diferente de arriba):</b> <input type="checkbox"/> Marque aquí si usted NO autoriza correos de Family Centers Inc.					
<b>Medico Primario (Si no es Family Centers Health Care)</b> _____ <b>Dirección:</b> _____ <b>Telefono (____)</b> _____					
<b>FARMACIA:</b> _____ <b>DIRECCIÓN:</b> _____					
<b>Fecha del Último Examen Fisico</b> _____					
<b>Ocupación (si esta empleado):</b> _____ <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> N/A <b>Escuela (si es estudiante)</b> _____ <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> N/A					
<b>Ingreso anual aproximado del hogar: \$</b> _____ <b>Número de personas en el hogar:</b> _____					
<b>Firma:</b> _____				<b>Fecha:</b> ____/____/____	
<b>Nombre del Contacto de Emergencia:</b> _____ <b>Relación con paciente:</b> _____					
<b>Número de Teléfono de Contacto de Emergencia#</b> _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <b>Está Bien dejar mensaje:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Número de Teléfono Secundario #</b> _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <b>Está Bien dejar mensaje:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Etnia: (Elige uno)</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <b>Raza: (elige los que aplican)</b> <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Negro /Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otros habitantes de las Islas del Pacifico		<b>Tipo de residencia donde vives:</b> <input type="checkbox"/> Propietario de Casa <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Amigos / Familia <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>Primer idioma aparte de ingles:</b> _____ Necesita un traductor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Necesita un intérprete de signos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Necesita asistencia auditiva?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <b>(Nombre de Esposo/a</b> _____ <b>)</b> <input type="checkbox"/> Separado/a  <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a		<b>Vivienda Publica</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Seccion 8</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<b>¿Es usted veterano de uno de los Servicios Uniformados de los Estados Unidos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>¿Cómo escucho sobre nosotros?</b> <input type="checkbox"/> Amigo/Miembro de la familia <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Evento comunitario de Family Centers <input type="checkbox"/> Referido por otra agencia: Nombre de Agencia _____ <input type="checkbox"/> Otros: ¿Quién lo refirió? _____	
<b>Usted se considera:</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual Lesbiana, gay o Homosexual Bisexual Algo mas <input type="checkbox"/> No se					

**POR FAVOR, DÉ SU TARJETA DE SEGURO (S) A LA RECEPCIONISTA PARA HACER UNA COPIA**

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE<sup>2</sup>** Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**\*COBERTURA DEL SEGURO:** NINGUNA MEDICAID MEDICARE SEGURO PRIVADO OTRO \_\_\_\_\_

<b>SEGURO MEDICO PRIMARIO</b> :		# Póliza	# Grupo
Apellido del asegurado:		Nombre:	M.I.
Relación del paciente con el asegurado: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro:			
Fecha de nacimiento:	SSN:	Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal:
Teléfono de hogar:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:	
<b>SEGURO MEDICO SECUNDARIO</b> :		# Póliza	# Grupo
Apellido del asegurado:		Nombre:	M.I.
Relación del paciente con el asegurado: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro:			
Fecha de nacimiento:	SSN:	Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal:
Teléfono de hogar:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:	
<b>SEGURO DENTAL</b> :		# Póliza	# Grupo
Apellido del asegurado:		Nombre:	M.I.
Relación del paciente con el asegurado: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro:			
Fecha de nacimiento:	SSN:	Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal:
Teléfono de hogar:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:	

### Consentimiento para tratamiento médico/ Facturación

- Yo \_\_\_\_\_ (nombre del paciente) autorizo a **Family Centers Health Care** a darme tratamiento médico, dental, y /o tratamiento mental.
- autorización para pagar los beneficios de **Family Centers Health Care**:  
Entiendo que:
  - Autorizo la divulgación de información médica u otra información necesaria para procesar las reclamaciones de seguros de salud.
  - También solicito el pago de beneficios para mí mismo o para Family Centers, cuando se acepta la asignación
  - Mi firma aquí indica la información proporcionada es verdadera y correcta.
  - Me hago responsable por cualquier pago que no sea cubierto por mi seguro.
  - Al firmar a continuación usted está autorizando Family Centers Inc. para facturar a su seguro y usted acepta responsabilidad total por cantidades no pagadas.
- Entiendo que:
  - Tengo derecho a no aceptar cualquier procedimiento o tratamiento.
  - Tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos, dental, y/o mental con mi proveedor.
  - Si pierdo o cancelo una cita en el periodo de 24 horas (Viernes a las 12pm para citas en Lunes) 3 o más veces, no podrá programar citas con antelación.

Imprimir nombre

**Firma del Paciente/Padre/Madre o tutor Legal (para menores de 18 años)**

Fecha

\*Podría calificar para un programa de descuento sin importar su cobertura de seguro. Pida una cita con el especialista financiero.

**CONSENTIMIENTO DE INFORMACION PARA LOS SERVICIOS DE TELEMEDICINA**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento:	# de records medicos:
---------------------	----------------------	-----------------------

Entiendo que la telemedicina es el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor de atención médica para prestar servicios a una persona cuando se encuentra en un sitio diferente al proveedor; y por la presente consiento a Family Centers que me prestan servicios de atención médica a través de la telemedicina.

Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina. Como siempre, la compañía de seguros tendrá acceso a mis registros médicos para la revisión/auditoría de calidad.

Entiendo que seré responsable de cualquier copago o coseguro que se aplique a mi visita de telemedicina.

Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi cuidado en cualquier momento, sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento futuro. Puedo revocar mi consentimiento oralmente o por escrito en cualquier momento poniéndome en contacto con Family Centers al 203-869-4848. Mientras este consentimiento esté en vigor (no ha sido revocado), Family Centers puede proveer servicios de atención médica a través de la telemedicina sin la necesidad de que firme otro formulario de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o la persona autorizada para firmar por el paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Me han ofrecido una copia de este consentimiento (Iniciales del paciente)

\_\_\_\_\_

## Derechos y Responsabilidades del Cliente

El proveedor y el cliente tienen la responsabilidad mutua de asegurar que el mejor servicio posible sea proveído y usado de manera apropiada.

### Cada cliente tiene derecho a lo siguiente:

- A recibir un servicio considerado y respetuoso.
- Que el servicio otorgado sea por personal capacitado.
- Una respuesta razonable a su solicitud de servicio y una continuidad razonable de su cuidado.
- A un servicio sin discriminación de raza, religión, sexo, identidad/expresión de género, origen nacional, orientación sexual, descendencia, edad, estatus familiar, capacidad o incapacidad física o mental, o condiciones para pagar.
- A participar en el desarrollo de su tratamiento.
- A obtener información con respecto a su tratamiento.
- A aceptar o rechazar cualquier plan de tratamiento.
- Las distintas políticas de Family Centers Inc.; como por ejemplo a la elegibilidad para los distintos servicios, horas de servicios e información sobre las tarifas.
- A la ayuda para localizar servicios apropiados dentro de la comunidad cuando Family Centers no pueda proveer continuidad.
- A examinar o recibir una explicación de la factura que ha recibido por sus servicios, sin importar la fuente de donde se genere el pago.
- A recibir una copia del formulario de las Responsabilidades y Derechos del Cliente al momento de comenzar sus servicios.
- A obtener el nombre, título y credenciales profesionales de cualquier persona que le esté otorgando servicios.
- A revisar su ficha de acuerdo con las pólizas de Family Centers.

### Es la responsabilidad del cliente:

- Aceptar o rechazar cualquier servicio.
- Dirigir sus quejas, preocupaciones y recomendaciones para cambios al personal asignado y/o al director del Programa.
- Asistir a las citas acordadas o notificar de una cancelación con 24 horas de anticipación.
- Informar a su médico de los cambios en las circunstancias financieras que pudieran afectar su tarifa.

### Para Proteger su Privacidad:

Al Personal Clínico de Family Centers Inc. se le exige por ley y ética profesional mantener la confidencialidad del cliente. Esto se hace dentro del contexto de las prácticas generales de la agencia. Su información se mantiene confidencial y no será entregada o discutida con nadie fuera de of Family Centers Inc. sin su consentimiento escrito a menos que de alguna forma sea requerido por ley.

### Niño Menor de Edad

El personal clínico de Family Centers Inc. están obligados a discutir y determinar los arreglos y las responsabilidades parentales para la llegada y salida del cliente; los procedimientos en caso de una emergencia médica; informar a los padres o tutores de la responsabilidad de informe obligatorio que tiene la clínica en acuerdo con la Sección 17a-101 de los Estatutos Generales de CT.

El padre o tutor de un menor firmara por el niño para confirmar que tanto él como el niño han recibido y revisado el formulario de Derechos y Responsabilidades del Cliente y que de una forma comprensible y apropiada para la edad del niño se les ha explicado estos derechos.

**He recibido y revisado el formulario de Derechos y Responsabilidades del Cliente y he sido familiarizado a las políticas y procedimientos de la agencia.**

Desea tener copia de la Directiva Anticipada? SI: \_\_\_ NO: \_\_\_ Si no, está interesado en recibir información? SI: \_\_\_ NO: \_\_\_

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre/Madre o tutor Legal (para menores de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Family Centers Inc. Notice of Privacy Practices (HIPAA)  
Effective September 23, 2013  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO**

Doy consentimiento al uso y divulgación de mi información de salud protegida por Family Centers a cualquier persona u organización con el propósito de llevar a cabo tratamiento, obtener pago, o conducir ciertas operaciones de salud médica. Entiendo que una mayor información sobre como Family Centers Inc. utilizará y divulgará mi información se puede encontrar en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Family Centers, Inc.

Al firmar abajo, entiendo y reconozco lo siguiente:

- He leído y entiendo este consentimiento; y
- He recibido el Aviso de Practicas de Privacidad de Family Centers, Inc. Actualmente vigente.

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre      **Firma del Paciente/Padre/Madre o tutor Legal (para menores de 18 años)**      Fecha

Si es firmado por el representante del individuo, describa la autoridad legal del representante para actuar de parte del individuo: \_\_\_\_\_

No se puede obtener el consentimiento por escrito y reconocimiento debido a que:

- El individuo se negó
- Situación de tratamiento de emergencia
- El individuo no pudo firmar debido a la incompetencia u otra razón medica
- Otra razón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre      **Firma del Paciente/Padre/Madre o tutor Legal (para menores de 18 años)**      Fecha

**FORMA DE CONFIRMACIÓN /CANCELACIÓN DE CITAS**

Family Centers Health Care se compromete a proporcionar servicios de buena calidad a todos nuestros pacientes. Sus citas son muy importantes para FCHC. Cada vez que programa una cita, reservamos ese tiempo especialmente para usted. Por favor, comprenda que es su responsabilidad recordar las fechas y horas de su cita. Si olvida, cancela o cambia su cita sin avisarnos con tiempo, perdemos la oportunidad de ofrecer esa cita a otro paciente.

- Como cortesia, nuestro servicio de confirmación de citas lo contactara por mensajes de texto o llamadas telefónicas. Si no confirma antes de las 12pm del día anterior a su cita, su cita sera cancelada.
- Tenga en cuenta que nuestro sistema cancelara su cita si hay 10 minutos de retraso en la llegada.
- Si se pierde o cancela (dentro de las 24 horas de aviso) 3 o mas veces, es posible que no pueda programar mas citas por adelantado. Solo tenra acceso para programar citas para el mismo dia.
- Llame al 203-717-1760 antes de las 12 pm el dia anterior a su cita programadapara notificarnos de cualquier cambio de cancelación. Para cancelar las citas del lunes llame a nuestra oficina antes de las 12 pm el viernes.
- No hay llamadas los sábados o domingos.

El mejor número de teléfono para contactarlo para confirmar su cita: \_\_\_\_\_

Por favor firme a continuación para aceptar estos términos.

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre      **Firma del Paciente/Padre/Madre o tutor Legal (para menores de 18 años)**      Fecha

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

## HISTORIA MÉDICA PARA ADULTOS<sup>1</sup>

Género: H M

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Describe brevemente el motivo de su visita de hoy:

\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS: ¿Toma algún medicamento, vitaminas o suplementos con y sin receta médica? SI NO**

Si su respuesta es "sí" díganos el nombre del medicamento Dosis (incluye la fuerza y la cantidad por día)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**ALERGIA /ALERGIA A DROGAS: ¿Tiene algún tipo de alergia o alergia a medicamentos? SI NO**

Si su respuesta es "sí" díganos el nombre del medicamento Efecto secundario/ Reacción:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Día del último examen físico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Proveedor de atención primaria (Anterior/actual)** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Proveedor dental primario: (Si no es Family Centers)** \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**FARMACIA PRINCIPAL :** \_\_\_\_\_ **DIRECCION:** \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA PASADA**  
**Tiene o ha tenido alguna vez:**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco anormal           | <input type="checkbox"/> Trastorno de Coagulación        | <input type="checkbox"/> Gota                   | <input type="checkbox"/> Cálculos Biliares      |
| <input type="checkbox"/> Reflujo Acido                    | <input type="checkbox"/> Fallo Cardíaco                  | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza      | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática    |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma Cerebral               | <input type="checkbox"/> Congestivo                      | <input type="checkbox"/> Infarto                | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental      |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                         | <input type="checkbox"/> Convulsiones                    | <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón    | <input type="checkbox"/> Problemas de Próstata  |
| <input type="checkbox"/> Artritis                         | <input type="checkbox"/> Depresión                       | <input type="checkbox"/> Valvulopatía           | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática       |
| <input type="checkbox"/> Asma                             | <input type="checkbox"/> Diabetes (¿insulina?)           | <input type="checkbox"/> Hepatitis              | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño        |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular            | S N  | <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral       |
| <input type="checkbox"/> Desorden Sanguíneo               | <input type="checkbox"/> Cálculos Biliares               | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto        | <input type="checkbox"/> TB (Tuberculosis)      |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                           | <input type="checkbox"/> Enfermedades Gastrointestinales | <input type="checkbox"/> HIV o SIDA             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cataratas                        |  | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal    | <input type="checkbox"/> Ulceras                |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Crónica EPOC |  |   |   |

Otro: \_\_\_\_\_

Historia quirúrgica (Cirugías)		Hospitalización	
Fecha:	Razón:	Fecha:	Razón:
Fecha:	Razón:	Fecha:	Razón:
Fecha:	Razón:	Fecha:	Razón:
<input type="checkbox"/> No historial de cirugías		<input type="checkbox"/> No historial de hospitalización	

Imprimir nombre

Firma del Paciente/Padre/Madre o tutor Legal (para menores de 18 años)

Fecha

## HISTORIA MÉDICA PARA ADULTOS<sup>2</sup>

**HISTORIA FAMILIAR**  No historial familiar – Miembros familiares estan vivos y saludables

	Padre	Madre	Hermano/a	Abuelo/a		Padre	Madre	Hermano/a	Abuelo/a
Adicción					Enfermedad del corazón				
Auto Inmune					Revascularización coronaria				
Asma					Problemas del ritmo cardíaco				
Coagulación de la sangre					Presión alta				
Cáncer					Colesterol alto				
COPD					Enfermedad mental				
Insuficiencia cardíaca congestiva					Convulsiones				
Diabetes					Problema de la tiroides				
Ataque al corazón									

Otro: \_\_\_\_\_

### HISTORIA SOCIAL

Consume Alcohol: Si No <i>En caso afirmativo, responda a la siguiente:</i>	Consume Tabaco: Si No <i>En caso afirmativo, responda a la siguiente:</i>	Uso recreativo de drogas: Si No <i>En caso afirmativo, responda a la siguiente:</i>
Frecuencia: <input type="checkbox"/> Mensual o menos <input type="checkbox"/> 2-4 veces por mes <input type="checkbox"/> 2-3 veces por semana <input type="checkbox"/> 4 o más por semana	Frecuencia: <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	Frecuencia: <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
Cantidad: <input type="checkbox"/> 1-2 bebidas <input type="checkbox"/> 3-4 bebidas <input type="checkbox"/> 5-6 bebidas <input type="checkbox"/> 7+	Cantidad: <input type="checkbox"/> ½ paquete o menos <input type="checkbox"/> 1 paquete <input type="checkbox"/> Más de 1 paquete	Cantidad: <input type="checkbox"/> ½ paquete o menos <input type="checkbox"/> 1 paquete <input type="checkbox"/> Más de 1 paquete

Si aplica: ¿Está usted interesado en dejar de fumar? Si No | ¿Está usted expuesto al humo de segunda? Si No

¿Tiene detector de humo en casa?: Si No

¿Toma usted cafeína?: Si No Cantidad: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

¿Usted sigue una dieta especial? Si No Explique \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha usado drogas que no sea por razones médicas? Si No

Explique \_\_\_\_\_

¿Hace usted ejercicio?: Si No

Viajo fuera de los Estados Unidos dentro de los últimos: 2 semanas 3 meses 1 año

Explique \_\_\_\_\_

¿Se siente usted seguro en su casa? Si No Explique \_\_\_\_\_

Imprimir nombre

**Firma del Paciente/Padre/Madre o tutor Legal (para menores de 18 años)**

Fecha





**AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED INFORMATION.**

I, \_\_\_\_\_ the \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_  
*(Name of Client, Parent/Guardian) (Relationship, if appropriate) (Name of Dependent, if appropriate)*

\_\_\_\_\_  
*(D.O.B.) (Address)*

Authorize: \_\_\_\_\_ to disclose/receive information to/from:

Family Centers Health Care  
Wilbur Peck Court, Greenwich CT 06830 Attention: \_\_\_\_\_  
Phone: (203) 717-1760 Fax: (203) 622-2951

**Please Fax**

The disclosure of information authorized is limited to the following: *(initial all that apply)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medical or Dental Information   | <input type="checkbox"/> Eligibility of Benefits |
| <input type="checkbox"/> Mental Health Treatment Progress, Developmental Disabilities, Diagnosis & Evaluations | <input type="checkbox"/> Housing Information     |
| <input type="checkbox"/> Substance Abuse Treatment Progress, Toxicology Results & Evaluations                  | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS Data           |
| <input type="checkbox"/> Educational Goals, Progress, PPT & Evaluation Information                             | <input type="checkbox"/> Legal Information       |
| <input type="checkbox"/> Employment Information  | <input type="checkbox"/> Social History          |
| <input type="checkbox"/> Nutrition Consult   |  |
| <input type="checkbox"/> Other: _____  |  |

It is required for the following purpose(s): \_\_\_\_\_

**RELEASE OF ALCOHOL AND DRUG ABUSE PATIENT REPORTS:** This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR Part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure of this information is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

**RELEASE OF HIV-RELATED INFORMATION:** This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by state law. State law prohibits you from making any further disclosure of it without the specific consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by said law. A general authorization of the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose (P.A. 89-246).

Please note that Family Centers Inc., cannot ensure that protected health information disclosed to a third party will be safeguarded in a manner identical to our agency, and that the possibility of re-disclosure exists.

I understand that this authorization may be revoked by me at any time. If I choose to revoke this authorization, I will do so in writing to Family Centers Inc. Further disclosure of information beyond the scope of this authorization is prohibited without specific written authorization.

Unless otherwise revoked, this consent form expires twelve (12) months from the date of signature.

\_\_\_\_\_  
*Name of client(Parent/Guardian) Signature Date*

\_\_\_\_\_  
*Name of Family Centers Witness Signature Date*

NOTE: Your refusal to sign this form cannot be deemed as reason for terminating services.

## AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION PROTEGIDA

Yo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Nombre del cliente, Padres/Tutor) (Relación, si apropiado) (Nombre del dependiente, si apropiado)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento.) (Dirección)

Autorizo: \_\_\_\_\_ para divulgar/recibir información a/de:

Family Centers Health Care  
Wilbur Peck Court, Greenwich CT 06830 Atención: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (203) 717-1760 Fax: (203) 622-2951

### Por favor envíe por Fax

La divulgación de información autorizada se limita a lo siguiente: (marque con su inicial las indicadas)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Información médica o dental  | <input type="checkbox"/> Elegibilidad de beneficios |
| <input type="checkbox"/> Progreso del tratamiento de salud mental, discapacidades del desarrollo, diagnóstico y evaluaciones. | <input type="checkbox"/> Información de vivienda    |
| <input type="checkbox"/> Progreso del tratamiento por abuso de sustancias, resultados y evaluaciones de toxicología.          | <input type="checkbox"/> Datos de VIH-SIDA          |
| <input type="checkbox"/> Metas educativas, progreso, PPT e información de evaluación  | <input type="checkbox"/> Información legal          |
| <input type="checkbox"/> Información de empleo  | <input type="checkbox"/> Historia social            |
| <input type="checkbox"/> Consultas nutricionales  |   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  |   |

Se requiere para los siguientes propósitos: \_\_\_\_\_

**LIBERACION DE INFORMES PARA PACIENTES DE ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS:** Esta información se les ha revelado a registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2) Las reglas federales prohíben que usted haga más divulgaciones de esta información a menos que el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o la autorización adicional de 42 CFR parte 2 permita expresamente dicha divulgación. La información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

**DIVULGACION DE INFORMACION RELACIONADA CON EL VIH:** Esta información le ha sido divulgada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe hacer cualquier divulgación adicional sin el consentimiento específico de la persona a la que pertenece, o según lo permita dicha ley. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (P.A 89-246).

Por favor tenga en cuenta que Family Centers Inc no puede garantizar que la información de salud protegida divulgada a un tercero se salvaguarde de manera idéntica a nuestra agencia, y que existe la posibilidad de una nueva divulgación.

Entiendo que esta autorización puede ser revocada por mí en cualquier momento. Si elijo revocar esta autorización, lo hare por escrito a Family Centers Inc. Se prohíbe la divulgación de información más allá del alcance de esta autorización sin una autorización específica por escrito.

A menos que se revoque lo contrario, este formulario de consentimiento vence doce (12) meses a partir de la fecha de la firma.

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente(Padres/Tutor)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

NOTA: Su negativa a firmar este formulario no puede considerarse como un motivo para finalizar los servicios.

## **Family Centers Health Care (FCHC): Hogar Médico de Atención Primaria Hoja Informativa**

### **Misión:**

El Hogar Médico de Atención Primaria es un enfoque de atención que promueve el trabajo en equipo y la tecnología para brindar atención que es personalizada, comprensiva, y conveniente para los pacientes.

### **Principios:**

- Una relación continua con el terapeuta.
- El terapeuta lidera un equipo de personas que colectivamente asumen la responsabilidad de la atención continua del paciente.
- Atención integral donde FCHC es responsable de proporcionar todas las necesidades médicas del paciente o de coordinar la atención con otros profesionales que son cualificados.
- La calidad y la seguridad caracterizan el hogar médico.
- Mejor acceso a la atención médica es disponible a través de la programación, horarios ampliados y otras opciones de comunicación entre los pacientes y los proveedores.
- El resultado es mejorar el cuidado y la salud.

### **Objetivos:**

#### **Atención Personalizada y Coordinada**

- Una relación continua con el proveedor médico
- Buena comunicación con una asociación confiable
- Toma de decisiones compartidas
- Atención que es receptiva a la diversidad cultural
- Opción de incluir la participación de familiares
- Supervisar y coordinar la atención médica en todo el sistema de salud a través de una colaboración proactiva
- Coordinar remisiones necesarias a los especialistas, proveyéndoles toda la información necesaria que es respaldada por los registros médicos electrónicos
- Pedidos electrónicos, recetas médicas, y la presentación de los informes
- Ofrecer conexiones a los servicios comunitarios

#### **Atención Completa**

- Considerar a la persona por completo
- Atención para afecciones agudas y crónicas
- Consejería de atención preventiva, detección y educación
- Establecer metas de salud con el paciente
- Proporcionar autogestión a través de la educación/apoyo para las enfermedades crónicas
- Utilizar prácticas basadas en la evidencia recomendada

#### **Atención Más Conveniente**

- Citas para el mismo día
- El tiempo del paciente es utilizado apropiadamente
- Un plan de atención es establecido saliendo de la consulta
- Seguimiento oportuno con los resultados de la prueba
- Recordatorios para garantizar el seguimiento de los servicios necesarios