



## Información sobre la ubicación de las sedes

### **SEDES DE ATENCIÓN MÉDICA DE AXIS HEALTH SYSTEM:**

Contamos con múltiples sedes disponibles para atenderlo.

#### ***Atención integral:***

Archuleta Integrated Healthcare, 52 Village Drive, Pagosa Springs, CO81147  
(970) 264-2104

Cortez Integrated Healthcare, 691 East Empire St. Cortez, CO 81321  
(970) 565-7946

Cortez Oral Health Clinic, 101 S. Maple Street, Cortez, Co81321  
(970) 565-1800

Dove Creek Integrated Healthcare, 495 4th St, Dove Creek, CO81324  
(970) 677-2291

LaPlata Integrated Healthcare, 1970 East 3<sup>rd</sup> Avenue, Durango, CO81301  
(970) 335-2288

Oral Health Clinic, 2530 Colorado Avenue, Suite A, Durango, CO81301  
(970) 335-2442

#### ***Atención médica del comportamiento:***

Crossroads en Grandview, 1125 Three Springs Blvd., Durango, CO 81301  
(970) 403-0180

Columbine Behavioral Health, 281 Sawyer Drive, Suite 100, Durango, CO81303  
(970) 259-2162

# INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE (COMPLETE AMBOS LADOS)



INFORMACIÓN DEL PACIENTE (complete con una pluma azul o negra). Padres: <b>complete este formulario si responde por su hijo.</b>							
Fecha de hoy		Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social (requerido)		-	-		
Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Transgénero varón / Mujer a hombre <input type="checkbox"/> Transgénero mujer / Hombre a mujer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elijo no decir							
Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							
¿Cómo se identifica en cuanto a su orientación sexual? <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar							
Dirección				Núm. de departamento/Unidad			
Dirección postal							
Ciudad				Estado		Código postal	
Teléfono del hogar			Teléfono del trabajo			Celular	
¿Podemos dejarle mensajes telefónicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, <u>MARQUE EL MEJOR NÚMERO ANTERIOR PARA QUE LO CONTACTEMOS.</u>							
¿Vive en los límites de la ciudad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Podemos enviarle información por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Podemos enviarle información por correo a la dirección anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Correo electrónico:			
Nombre del padre o tutor				Parentesco			
Responsabilidad de la custodia	<input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Otro ( <i>explique</i> ) _____						
Si el paciente tiene 18 años de edad o menos, proporcione el nombre de soltera de la madre:							
Raza ( <i>marque todo lo que corresponda</i> )	<input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo americano: afiliación tribal _____ <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Caucásica/Blanca <input type="checkbox"/> Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Se niega a decir						
Etnia	<input type="checkbox"/> Latina <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No latina/hispana <input type="checkbox"/> Se niega a decir			Idioma preferido:			
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo						
Estado de vivienda	<input type="checkbox"/> No desamparado <input type="checkbox"/> Refugio para desamparados <input type="checkbox"/> Vivienda compartida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Hogar de transición				¿Con quién vive?		
Número de personas en el hogar			Número de personas menores de 18 años de edad por los que usted (el paciente) es responsable				
Estado militar	<input type="checkbox"/> ¿Está en servicio activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Es un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Situación laboral	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Migrante/temporal <input type="checkbox"/> Estudiante ¿A qué escuela asiste? _____						
Empleador				Ocupación			
Instrucción anticipada	¿Tiene alguna instrucción anticipada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Si no, ¿quiere información sobre esto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

CONTACTO DE EMERGENCIA				
Nombre			Parentesco	
Teléfono del hogar		Celular		Ciudad/estado
AVAL				
¿Quién es económicamente responsable de este paciente?				
¿Cuál es su dirección?	¿Es la misma del paciente? <input type="checkbox"/> De no ser así, ¿cuál es? Proporciónela a continuación.			
Dirección postal: _____		Ciudad _____	Estado _____	C.P. _____
SEGURO PRIMARIO (Se le solicitará que muestre su tarjeta en la cita)				
Nombre del titular de la póliza/suscriptor: _____				
Nombre de la compañía de seguros: _____		Fecha inicial de la póliza: _____		
Número de la póliza/identificación: _____		Número de grupo/plan: _____		
Dirección para reclamaciones: _____		Ciudad _____	Estado _____	C.P. _____
Teléfono de servicio al cliente: (____) _____ Autorización Núm. :(____) _____				
SEGURO SECUNDARIO, si corresponde (Se le solicitará que muestre su tarjeta en la cita)				
Nombre del titular de la póliza/suscriptor: _____				
Nombre de la compañía de seguros: _____		Fecha inicial de la póliza: _____		
Número de la póliza/identificación: _____		Número de grupo/plan: _____		
Dirección para reclamaciones _____		Ciudad _____	Estado _____	C.P. _____
Teléfono de servicio al cliente: (____) _____ Autorización Núm. :(____) _____				

Axis Health System se compromete a asegurar que usted tenga acceso a nuestros servicios y nuestro personal está disponible para ayudarle a determinar si es elegible para una variedad de opciones de cobertura de beneficios de salud. Estas opciones pueden incluir la posibilidad de pagar según una escala de precios reducidos, servicios especiales proporcionados por subvenciones, o cobertura médica del sector público como Medicaid. En muchos casos, nuestro personal puede ayudar con el proceso de inscripción o evaluación a los pacientes que reúnan los requisitos. Axis ofrece descuento a los pacientes que reúnen los requisitos y que pueden no tener los recursos para pagar el precio total de los servicios. Como organización sin fines de lucro, recibimos fondos de fuentes locales, estatales y federales y de subvenciones, además tenemos la obligación de recopilar información financiera de nuestros pacientes para seguir recibiendo estos fondos. Toda la información será confidencial. *Si se niega a suministrar la información financiera solicitada, no será elegible para recibir asistencia financiera para su atención.*

Total aproximado de los ingresos anuales del hogar	\$		
Número de individuos en el hogar		Número de individuos menores de 18 años de edad de quienes el paciente es responsable	

## Consentimiento para una evaluación integrada y tratamiento

*Por medio del presente acepto el tratamiento, inclusive pruebas, procedimientos y medicamentos, según lo indique el personal de Axis Health System. Comprendo que mi tratamiento tendrá una mejor oportunidad de ser satisfactorio si participo en su diseño y colaboro por completo con las recomendaciones profesionales que se me hagan. También comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito y en cualquier momento. Sin embargo, si decido revocar mi consentimiento para el tratamiento, Axis Health System suspenderá de inmediato sus servicios.*

Firma del paciente o del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal (en letra de molde): \_\_\_\_\_

### Tenga en cuenta lo siguiente con respecto al tratamiento:

El personal de AHS depende de las declaraciones hechas por el paciente, la información que aparece en la historia clínica del paciente y demás información disponible para evaluar la condición del paciente y decidir cuál es el mejor tratamiento.

Algunos de los servicios de AHS se pueden prestar por medio de equipo de medicina a distancia e incluyen interacción con proveedores que no están físicamente presentes en la clínica donde tiene su cita. Estas sesiones se transmiten por medio de líneas protegidas de alta velocidad, pero no se graban en video, no se realizan por Internet, ni se graban de ninguna manera. No obstante, la información pertinente a su consulta sí se documentará en su historia clínica, como si el proveedor hubiera estado presente en persona.

Sus proveedores de atención médica le explicarán los beneficios y los riesgos del tratamiento. Si no tiene algo claro con respecto a su tratamiento o a la protección de sus registros, puede hacer preguntas en cualquier momento.

### Tenga en cuenta lo siguiente con respecto a sus registros y quejas:

Debemos informarle que en el caso de que presente una queja, sus registros no serán guardados por más de siete años y, por lo tanto, no estarán disponibles para revisar tales quejas.

### ACCESO PROTEGIDO Y LIMITACIONES RELACIONADAS CON LA DIVULGACIÓN

Hay limitaciones con el acceso a la información de los pacientes y su divulgación que se basan en el tipo de tratamiento y/o en la edad del paciente de quien se trata. La información de la salud del paciente está protegida de manera diferente bajo las siguientes circunstancias.

## PACIENTES CON SEGURO:

Como paciente, es importante que comprenda los beneficios y las limitaciones de la cobertura de su seguro. Es importante destacar que la cobertura de seguro no garantiza el pago por parte del seguro. Las compañías de seguro cuentan con una variedad de planes y de cobertura que pueden afectar los pagos que se espera que usted realice. Antes de su cita, como primer paso, verificaremos su cobertura de seguro básica. Tal vez desee realizar investigaciones adicionales para garantizar que comprende su responsabilidad financiera según su plan. Lea lo siguiente para obtener información adicional relacionada con sus responsabilidades financieras.

Requerimos que *se asignen* sus beneficios a AHS para que la compañía de seguros nos pueda pagar directamente y *divulgar las historias médicas* solamente para los pagos. AHS participa en Medicare, Medicaid, CHP+ y otros programas de seguro públicos y privados según se consideren adecuados para la atención que se ofrece en AHS. Aunque empleamos profesionales con la preparación adecuada, es posible que no estén contratados por su compañía de seguros debido a los requisitos de contratación. Cuando esto sucede, su compañía de seguros no pagará por estos servicios.

*Nota:* es importante que sepa que es responsable del pago total, independientemente de la cobertura del seguro. Su seguro puede pagar una parte de la reclamación, sin embargo, en última instancia usted es el responsable del saldo que no pague el seguro. AHS le enviará por correo un estado de cuenta de su saldo vencido y deberá realizar el pago en un plazo de 30 días luego de recibir su estado de cuenta.

Si recibe servicios de laboratorio como parte de una visita que le han cobrado, puede que su seguro no cubra los gastos de nuestro proveedor de servicios de laboratorio; sin embargo, si es elegible para nuestro Programa de descuentos con escala de precios reducidos, puede recibir un descuento en los costos de laboratorio.

Para saber si es elegible para nuestro Programa de descuentos con escala de precios reducidos, o si tiene alguna pregunta con relación a su estado de cuenta, llame a nuestro Departamento de Facturación al 970.335.2342.

## PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Reconocemos que muchos pacientes se preocupan por la vulnerabilidad de la información que recopilamos. Le aseguramos que tomamos todas las precauciones para mantener protegida su información personal y la utilizamos únicamente para ayudarnos a prestarle los servicios, a presentar reclamaciones y para la identificación y comunicación en lo relacionado con las operaciones de atención médica. Tenemos la obligación de obtener información demográfica completa, la cual incluye su número de seguro social para facilitar la facturación de los servicios. Negarse a suministrar esta información puede suponer la denegación de servicios.

Con mi firma en este documento:

**Autorizo la asignación de beneficios:** asignar todos los beneficios médicos bajo mi cobertura a AHS por los servicios que me hayan prestado. Además, mi firma autoriza e instruye a mi compañía o compañías de seguro, incluso Medicare, seguro privado y cualquier otro plan de salud o plan médico para que pague directamente a AHS por los servicios prestados.

**Acepto mi responsabilidad financiera:** reconozco y comprendo que los copagos de mi seguro se deben pagar en el momento del servicio y que tengo la responsabilidad de pagar todos los montos que no cubra mi seguro, los cuales pueden incluir coseguros, deducibles o reclamaciones denegadas debido a contrataciones.

## PROGRAMA DE DESCUENTOS CON ESCALA DE PRECIOS REDUCIDOS:

AHS ofrece un programa de descuentos con escala de precios reducidos a los pacientes que reúnan los requisitos. Es necesario presentar un comprobante de ingresos como:

- Los dos talones de pago más recientes (deben ser consecutivos)
- Formulario W-2 del año anterior
- La declaración de renta del año anterior

**ACUERDO FINANCIERO (PÁGINA 2)****ESTADOS DE CUENTA:**

Como cortesía, AHS enviará cada mes estados de cuenta con el saldo que debe por los servicios. Debido a que se necesitan sistemas de facturación separados para la variedad de servicios que ofrecemos, es posible que reciba estados de cuenta individuales para los diferentes tipos de servicios que le hayan prestado nuestras clínicas.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA:**

Usted es responsable por todo saldo vencido sin tener en cuenta la cobertura de seguro. En caso de que una cuenta se venza, AHS se reserva el derecho a cobrar estos saldos antes de programar citas en el futuro. El cobro de los saldos pagaderos puede involucrar a una agencia de cobros.

**ACUERDO PARA PAGAR:**

Al firmar a continuación reconoce su responsabilidad de pagar todos los servicios prestados por AHS. También reconoce que se le puede facturar por varios servicios el mismo día si ha recibido servicios por salud del comportamiento y servicios de atención primaria. AHS se reserva el derecho a limitar, volver a programar o negar tratamiento a cualquier persona que no pague en el momento del servicio.

Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheque o tarjeta de crédito para los pagos

---

**ACUSO DE RECIBO**

He recibido, comprendo y acepto cumplir con lo anterior relacionado con mis obligaciones financieras como paciente.

Firma del paciente o del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal (en letra de molde): \_\_\_\_\_

## Formulario de registro para enviar correos electrónicos o mensajes de texto al paciente y otras formas de comunicaciones médicas

Debido al cambiante mundo de la salud y la tecnología, AHS tiene la capacidad de ofrecerles a los pacientes cierto tipo de información por correo electrónico o mensajes de texto. Si desea tener la oportunidad de recibir información de este tipo complete este formulario.

AHS cree firmemente en proteger la privacidad de nuestros pacientes. Cuando nos brinda esta información solamente la usamos como una forma para comunicarnos con usted. Con el fin de proteger su privacidad, AHS no enviará ninguna información confidencial o personal mediante correo electrónico o mensaje de texto. AHS no comparte los nombres, direcciones de correo electrónico o números de teléfono de los pacientes con ninguna otra compañía, agencia o con otro paciente.

Doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos o mensajes de texto de AHS a mi celular y cualquier otro número redirigido o transferido a ese número o correo electrónico para recibir comunicaciones como se indicó anteriormente. Comprendo que esta solicitud para recibir correos electrónicos, llamadas telefónicas y mensajes de texto aplicará para todo recordatorio de cita, comentario o información médica en el futuro a menos que solicite un cambio por escrito.

### Marque SOLO UNA DE LAS SIGUIENTES CASILLAS

- Sí, regístrenme para recibir correos electrónicos y mensajes de texto
- No** deseo ser contactado por correo electrónico (solo por mensajes de texto)
- No** deseo ser contactado por mensajes de texto (solo por correo electrónico)
- No** deseo ser contactado por correo electrónico y mensajes de texto

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Número de celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Consentimiento informado y expectativas del paciente sobre la salud a distancia**

Como paciente de AHS debe dar su consentimiento y comprender las expectativas de AHS para participar en los servicios de salud a distancia a través de un audio o un software visual.

### **Privacidad**

La salud a distancia es un servicio que presta un proveedor de atención médica mediante el uso de información electrónica y tecnologías de la información (como videoconferencias, aplicaciones de teléfonos inteligentes o, en este tiempo de emergencia, una conversación telefónica) a una persona cuando no se encuentra en el mismo lugar que el proveedor. Las leyes de privacidad que protegen la información de la salud también aplican a este tipo de visitas. Axis Health System (AHS) cumple con todas las normas federales que exige la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y la Parte 2 del 42 CFR y las indicaciones de la Oficina de los Derechos Civiles relacionadas con estos servicios que se prestan a través de métodos de salud a distancia. AHS utiliza el software Lifesize para facilitar los servicios de salud a distancia que ofrece.

### **Comprendo la naturaleza de una consulta de medicina a distancia:**

1. Los detalles de mi historia clínica, incluso rayos x, resultados de exámenes, entre otros, serán analizados y se puede llevar a cabo un examen físico.
2. Se pueden grabar audios y videos y tomar fotos para facilitar mi diagnóstico, tratamiento o remisión.
3. Tendré la oportunidad de conversar con mi proveedor sobre los riesgos, consecuencias y beneficios del uso de los servicios de salud a distancia, así como de consultar sobre cualquier tratamiento o procedimiento propuesto.

### **Como paciente, entiendo que tengo derecho a:**

1. Negar mi consentimiento para el uso de los servicios de salud a distancia durante mi atención en cualquier momento, sin que esto afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
2. Revocar mi consentimiento de forma oral o por escrito en cualquier momento contactando a mi proveedor. Mientras este consentimiento esté vigente y no haya sido revocado, mi proveedor de AHS deberá proporcionarme los servicios de salud a distancia.

### **Como paciente entiendo que AHS espera que:**

1. Yo sea responsable de mantener de manera confidencial todo lo que escuche durante esta sesión y que no lo comparta con ninguna persona que no sea mi proveedor. Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que el lugar en el que reciba estos servicios sea seguro para garantizar que los demás no puedan escuchar lo que se diga durante la prestación del servicio.
2. El espacio en el que reciba estos servicios de salud a distancia sea un ambiente privado y confidencial y de ser posible, sea una habitación en la que solo yo esté presente.
3. Cuando me conecte a la sesión debo estar usando audífonos, si es posible, para evitar cualquier divulgación accidental de la información médica protegida a otras personas que puedan estar cerca de mí.
4. No debo compartir la pantalla del dispositivo con ninguna otra persona y debo colocarla de manera que los demás no puedan observarla.
5. No debo hacer ninguna captura de pantalla o grabar audios o videos de ninguna sesión; sin embargo, el proveedor puede hacerlo.
6. Si es necesario, cuando no esté hablando es mejor silenciar el audio de mi teléfono o computadora para minimizar el ruido de fondo.
7. Si no puedo cumplir con estas expectativas la sesión puede ser interrumpida.

Por medio del presente doy mi consentimiento para que AHS me proporcione servicios de salud a distancia, en caso de que desee recibirlos y estén disponibles.

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



**Consentimiento del paciente para que Axis Health System  
use y divulgue a los pagadores la información médica  
protegida**

<b>Nombre del paciente</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Últimos 4 números del Seguro Social</b>
----------------------------	----------------------------	--

**Consentimiento del paciente para que Axis Health System (AHS) use y divulgue la información médica protegida (Protected Health Information, PHI), incluida la información sobre trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) a los pagadores:** las leyes federales protegen la información médica de los pacientes mediante protecciones específicas (Parte 2 del 42 CFR) para la información sobre trastornos por uso de sustancias, incluso cuando esta información se divulga a organizaciones que pagan por estos servicios. El objetivo de este consentimiento por escrito es permitir que AHS divulgue información médica a estos pagadores, incluida la información sobre los SUD, con el fin de facturar y notificar los servicios.

**Autorización:** comprendo que esta información no se puede divulgar sin mi autorización por escrito. Por medio del presente autorizo, en mi nombre o como representante legal, el uso y la divulgación de toda la información médica protegida (PHI), incluida la información sobre trastornos por el consumo de sustancias, por parte de AHS con el fin de recibir pagos.

**Divulgación adicional:** comprendo que la información que AHS divulgue para recibir pagos y notificaciones también puede ser divulgada por Rocky Mountain Health Plan al Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica de Colorado (Colorado Department of Healthcare Policy and Financing) y al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de Colorado, que también son pagadores.

**Otra información sobre esta autorización:** comprendo los términos y condiciones de este consentimiento y que, cuando lo solicite, puedo obtener información sobre cualquiera de las divulgaciones hechas. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, si me niego, esto no afectará mi posibilidad de recibir tratamiento, a menos que el tratamiento sea requerido por orden judicial. Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y que lo debo hacer por escrito. Si revoco esta autorización, esto no afectará de ninguna manera la información que se haya divulgado antes de que AHS reciba la revocación. Puedo solicitar una copia de esta autorización firmada en cualquier momento.

**Fecha de vencimiento:** sin mi revocación por escrito, esta autorización vence automáticamente en la fecha en la que ya no sea paciente de AHS y cuando AHS reciba el último pago por los servicios que me haya prestado.

_____	_____
Firma del paciente o del representante legal	Fecha
_____	_____
Nombre del representante legal en letra de molde (si corresponde)	Relación con el paciente

**Revocación:** revoco mi autorización para la divulgación a los pagadores de la información médica protegida, incluida la información sobre los SUD.

_____	_____
Firma del socio o su representante legal	Fecha

(Solamente para uso de AHS) Núm. del paciente \_\_\_\_\_

## ACUSE DE RECIBO DE INFORMACIÓN

RECONOCIMIENTO ESCRITO DE AXIS HEALTH SYSTEM SOBRE LA DISPONIBILIDAD DE NOTIFICACIONES DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

### AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD

AHS acata todos los reglamentos estatales y federales que se aplican al acceso, la protección, la divulgación y el uso de su información de atención médica que aparece en nuestros registros. Este aviso sobre las prácticas de privacidad de AHS le ofrece los detalles asociados sobre la manera en que AHS manejará esta información protegida sobre usted y está disponible en nuestro sitio web en <http://www.axishealthsystem.org> o puede solicitar una copia impresa en cualquiera de nuestras clínicas.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído los dos avisos anteriores sobre el uso, la divulgación, el acceso y las protecciones relacionadas con mi historia clínica. Comprendo que este consultorio participa en la red HIE electrónica y por medio del presente autorizo la divulgación de mi historia clínica en la red HIE en favor de mi atención y como sea necesario para tramitar reclamaciones relacionadas con mi atención. En la actualidad, los resultados de mis análisis de laboratorio se intercambian de manera rutinaria por HIE.

También comprendo que los detalles relacionados con las protecciones de la privacidad de mi historia clínica que aparecen en el *Aviso sobre las prácticas de privacidad* de AHS están disponibles para mí de manera tanto electrónica como impresa.

La siguiente información también está disponible para usted en el Manual del paciente. Lo puede solicitar en cualquiera de las clínicas y también está disponible en nuestro sitio web ([www.axishealthsystem.org](http://www.axishealthsystem.org)). Contiene información sobre:

**Normas de las citas**

**Normas de las quejas de atención del comportamiento**

**Notificación de prácticas de privacidad**

**Normas de las quejas médicas**

**Derechos y responsabilidades del paciente**

**Voluntad anticipada**

Nuestro personal está disponible para ayudarle con este proceso, si es necesario. Tenga presente que, al firmar, confirma que ha leído o que tiene acceso a los documentos anteriores.

Firma del paciente o del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal (en letra de molde): \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES DEL PACIENTE (COMPLETE TODAS LAS PÁGINAS)



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

Sus respuestas en este formulario le ayudarán a su equipo de atención médica a obtener los antecedentes exactos de los problemas clínicos o afecciones suyas o las de su hijo. Haga lo posible por completar las tres páginas. Si no puede recordar ciertos detalles en particular, o si tiene preguntas o inquietudes sobre la información que le solicitamos, consulte a su equipo de atención médica

Proveedor actual de atención médica		
¿Tiene un proveedor de atención primaria anterior?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (marque una)	De ser así, enumérelas:
¿Tiene un dentista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (marque una)	De ser así, enumérelas:

### Alergias:

Fuente: (medicamentos, polen, alimentos, animales, otro)	Tipo de reacción:

**Medicamentos actuales:** (incluya las recetas médicas, los medicamentos de venta libre, los complementos, las vitaminas y las hierbas)

Nombre del medicamento	Dosis	Veces al día	Motivo	Recetado por

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_

### ¿Se ha sometido a alguna de las siguientes pruebas de detección?

Prueba de detección/otra prueba	Fecha	Lugar	Resultado (marque una)
<b>Colonoscopia</b> Se necesitan los resultados para la historia clínica			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Escaneo DEXA (densidad ósea)			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Pruebas del corazón: cateterización, prueba de estrés, ecocardiograma			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Hepatitis B y C			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
VIH			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
<b>Mamografía</b> Necesitaremos los resultados para la historia clínica			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
<b>Prueba Papanicolaou</b> Necesitaremos los resultados para la historia clínica			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal

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

**Afecciones clínicas anteriores y actuales:** indique con una **X** si ha tenido alguna de las siguientes:

	<b>Afecciones de la piel</b>		<b>Neurología</b>
	Eczema/Psoriasis		Migrañas o cefaleas
	<b>Ojos/oídos</b>		Convulsiones
	Ceguera		Lesiones cerebrales traumáticas / contusión
	Pérdida de la audición		Retraso en el desarrollo
	<b>Respiratorio</b>		<b>Gastrointestinal</b>
	Asma		Colon irritable / Colitis ulcerativa / Enfermedad de Crohn
	Pulmonía		<b>Aparato locomotor</b>
	<b>Cardiovascular</b>		Lesiones de la espalda/cuello
	Hipertensión		Artritis
	Colesterol elevado		<b>Urológico/Renal</b>
	Enfermedad cardíaca		Cálculos renales
			Enfermedad renal crónica
	<b>Endocrinología</b>		Infecciones urinarias frecuentes
	Diabetes tipo 1		<b>Emocional / del comportamiento</b>
	Diabetes tipo 2		Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
	Problemas de la tiroides		Discapacidades del aprendizaje
	<b>Afecciones sanguíneas</b>		Depresión
	Anemia		Abuso de alcohol o drogas
	Problemas de sangrado o coagulación		Ansiedad
	<b>Otro:</b>		

**Antecedentes familiares:** indique con una **X** si un miembro de la familia tiene alguna de las siguientes afecciones:

Afección	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos
Enfermedades del corazón				
Presión arterial alta				
Cáncer				
Diabetes				
Glaucoma				
Enfermedad mental				
Ataque cerebral				

**Antecedentes de hospitalizaciones y cirugías (incluya las psiquiátricas):**

Motivo:	Fecha	Lugar	¿Estadía de una noche?

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

### Determinantes sociales de la salud:

#### Vida laboral

Jubilado/Desempleado/Con licencia/Discapacitado/Trabajo desde casa. (Marque una con un círculo)

Empleo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Años de educación o título más alto: \_\_\_\_\_

¿Estudia actualmente?  Sí  No

DE SER ASÍ: Grado: \_\_\_\_\_ Plan de estudios \_\_\_\_\_

#### Vida en el hogar

Nombre del cónyuge o pareja: \_\_\_\_\_ Cantidad de hijos: \_\_\_\_\_ Edades si son menores de 18: \_\_\_\_\_

¿Quiénes viven en casa con usted? \_\_\_\_\_

¿Tiene mascotas?  Sí  NO De ser así, enumérelas: \_\_\_\_\_

Actividades de ocio, participación en grupos, religión, trabajo como voluntario, viajes recientes, otros intereses:

\_\_\_\_\_

#### Actividad sexual

Activo sexualmente (marque la casilla):  Sí  No  Prefiere no contestar

La(s) pareja(s) sexual(es) es (son) o ha(n) sido (marque la casilla):  Mujeres  Hombres  Prefiero no contestar

Método anticonceptivo (marque con un círculo todas las que apliquen): preservativos, píldoras, diafragma, otro:

\_\_\_\_\_

Cantidad de parejas sexuales en el último año: \_\_\_\_\_

#### Información sobre el estilo de vida: consumo de tabaco

Condición como fumador (marque una):

Fumador diario actual  Fumador ocasional actual  Antiguo fumador

Nunca he fumado

Fumo mucho tabaco  Fumo poco tabaco

Detalles del consumo:

Fecha en que dejó el tabaco: \_\_\_\_\_ ¿Durante cuántos años fumó? \_\_\_\_\_

¿Cuántos paquetes al día? \_\_\_\_\_ Fumador actual: paquetes al día \_\_\_\_\_

Cantidad de años: \_\_\_\_\_

Otros productos de tabaco (marque todas las que correspondan):  Pipa  Cigarro  Rapé  Tabaco de mascar

Cigarrillos electrónicos

#### Tratamientos alternativos:

Acupuntura

Remedios naturopáticos

Marihuana medicinal

Otro:

Masajes

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

**Vacunas:**

Marque las vacunas que ha recibido y escriba el año, si lo sabe.

<b>Vacuna:</b>	<b>Año:</b>	<b>Vacuna:</b>	<b>Año:</b>
Vacuna antigripal		Pulmonía	
Contra la hepatitis A		Contra el zóster	
Contra la hepatitis B		Antitetánica	
HPV		Antitetánica y antitosferina	
Contra el sarampión, paperas y rubéola (MMR)		Contra la varicela	
Contra la meningitis		Otra:	

En los últimos 12 meses nos preocupó que se nos acabaran los alimentos antes de recibir dinero para comprar más:

A menudo es cierto     A veces es cierto     Casi nunca es cierto     Nunca es cierto

En los últimos 12 meses los alimentos que compramos no duraron y no tuvimos el dinero para conseguir más:

A menudo es cierto     A veces es cierto     Casi nunca es cierto     Nunca es cierto