Patient Registration Form Patient Number _____

Nombre: _____ _____ _____
Primer Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento: _____/ _____/ _____ **Sexo de Nacimiento:** ( ) Masculino ( ) Femenino
Favor marcar uno

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Dirección física: _____ **PO Box:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono de Casa: (_____) _____ **Teléfono de Trabajo:** (_____) _____

Celular: (_____) _____ **Correo Electrónico:** _____

Estado Civil: _____ **Estatus de Estudiante:** ( ) Tiempo Completo ( ) Medio Tiempo
Favor marcar uno si es aplicable

Nombre del Cónyuge: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____/ _____/ _____

Empleador del Paciente: _____ **Empleador del Cónyuge:** _____

Contacto de Emergencia: _____ **Teléfono:** (_____) _____

Información del responsable de la cuenta: (¿Quién paga los Cobros?) Nombre del Garante**:** _____

Teléfono: (_____) _____ **Número de Trabajo:** (_____) _____

Relación con el Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____/ _____/ _____

Dirección física: _____ **PO Box:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ **Empleador:** _____

Si el Paciente es menor de edad: **Padre/Tutor legar del Menor (1)**

Nombre: _____ _____ _____
Primer Segundo Apellido

Relación con el paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _/ _____/ _____

Teléfono: (_____) _____ **Teléfono del Trabajo:** (_____) _____

Padre/Tutor legal del menor (2) *[Si es Aplicable]*

Nombre: _____ _____ _____
Primer Segundo Apellido

Relación con el Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____/ _____/ _____

Teléfono: (_____) _____ **Teléfono del Trabajo:** (_____) _____

NOTIFICACION IMPORTANTE: La Información del Padre/Tutor legal Listada no Es Autorización y/o Designación de un Representante Personal

Por favor continúe en la próxima pagina

Patient Registration Form (Page 2) Patient Number _____

Estadísticas Demográficas

Característica – Población Especial (Datos utilizados por Goshen Medical Center debido a que es un Centro de Salud Federal Calificado que ofrece la Escala Mínima de Descuento basado en la unidad familiar y el ingreso.)

Identidad Étnica (INDICAR UNO)**: ( )** Cubano/a **( )** Mexicano/a, Mexico Americano/a, o Chicano/a
( ) Puertorriqueno/a **( )** Hispano/a, Latino/a, o de Origen Espanol, Etnicidad Mixta
( ) Otro/a Hispano/a, Latino/a, o de Origen Español **( )** No soy Hispano/a, Latino/a, o de Origen Espanol
( ) Prefiero no divulgar Etnicidad

Raza (INDICAR UNO)**: ( )** Indio/a Americano/a, Nativo/a de Alaska **( )** Negro/Afro Americano/a **( )** Blanco/a
( ) Indio/a Asiatico/a **( )** Chino/a **( )** Filipino/a **( )** Japones **( )** Coriano/a **( )** VietNamita **( )** Otro tipo de Asiatico/a
( ) Guameno/a o Chamorro **( )** Nativo de Hawaii **( )** Samoano/a **( )** Otro tipo de Iseleno/a del Pacifico
( ) Mas de una raza **( )** Prefiero no divulgar Raz

Lenguaje Principal: _____

Por cuanto tiempo ha vivido en los Estados Unidos? _____ Años, _____ meses

Es usted un Veterano de los Estados Unidos? ( ) Si **( )** No

Personas en su Hogar (Favor indicar) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Otro_____

Promedio de Ingreso en el Hogar (Favor indicar):

<$11,500 *$11,501-15,000* *$15,001-20,000* *$20,001-30,000* *$30,001-40,000*
$40,001-50,000 *$50,001-60,000* *$60,001-70,000* *$70,001-80,000* *$80,001-90,000* *>$90,000*

¿En los últimos 24 meses, usted o sus padres han trabajado en la agricultura pudiera ser cultivando la tierra o cualquier otro trabajo relacionado con la industria agrícola? ( ) Si ( ) No
¿En caso que sea Si, cual aplica? **( )** Empleo de Año redondo (residencia permanente en el área)
( ) Migrante (establece residencia temporal en el área) **( )** Temporada (residencia permanente en el área)

Tipo de Vivienda para el paciente o padres del paciente/tutor legal si es un menor (indicar uno)**:**
( ) Vivienda Publica **( )** Refugio para indigentes **( )** Vivienda Compartida (vivir con otra persona o unidad familiar)
( ) Alquiler o Propietario **( )** Calle **( )** Transitorio (se mueve de un lugar a otro) **( )** Otro_____

Orientación Sexual (INDICAR UNO)**:**	**Identidad de Género** (INDICAR UNO)**:**
( ) Heterosexual (no es Lesbiana ni Homosexual) **( )** No lo sé	**( )** Masculino **( )** Transexual Masculino/Femenino-a-Masculino
( ) Lesbiana o Homosexual **( )** Algo más/ Otra cosa	**( )** Femenino **( )** Transexual Femenino/Masculino-a-Femenino
( ) Bisexual/Ambidiestro **( )** No deseo divulgar/revelar	**( )** Otro **( )** No deseo divulgar/revelar

Esta visita se debe a una Lesión por un Accidente: Si____No____ Si es Si, Fecha de Lesión: _____ / _____ / _____

Yo certifico que la información provista arriba es verídica y correcta _____
(Firma del Paciente)

_____
(Firma del Padre/Tutor legal si paciente es menor)

_____
(Escriba su nombre/letra de molde)

_____ / _____ / _____
(Fecha)

NOTA: Recepcionista puede pedirle fuente de pago/tarjeta del seguro medico o identificación con foto antes que sea visto por el medico.

_____

Nombre ***Fecha***

Cuestionario de Historial Médico para Pacientes Nuevos

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudaran a entender su historial médico y las preocupaciones que le gustaría discutir con su medio. Existe una versión más corta que pueden completarlos pacientes establecidos. Por favor complete las cinco páginas en su totalidad. Si no puede contestar alguna de las preguntas; provea lo datos que usted mejor recuerde; o si se siente incómodo al responderlas, déjelas en blanco.

¿Explique brevemente la razón de su visita de hoy?: _____

Otra preocupación: _____

¿Cuál es su meta de salud para el próximo ano? _____

¿Dónde se atendía anteriormente? _____

En las pasadas **2 semanas**, le ha molestado lo siguiente: Poco interés/placer en hacer las cosas? ☐ **No** ☐ **Si**

Se siente triste, deprimido o sin esperanzas? ☐ **No** ☐ **Si**

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS: Marque si ha tenido alguno de los siguientes síntomas en los pasados meses. Lea cada sección e indique "ningún problema" si los síntomas no le aplican a usted. Puede escribir alguna otra preocupación arriba.

General
___ Perdida/aumento de peso inexplicable
___ Fatiga/debilidad inexplicable
___ Se queda dormido sentado durante el día mientras duerme
___ Fiebre/Escalofríos
___ **Ningún Problema**

Piel
___ Nuevo o cambios en los lunares
___ Sarpullido/Picazón
___ **Ningún Problema**

Senos
___ Bulto en el seno/dolor/Secreción del pezón
___ **Ningún Problema**

Oídos/Nariz/Garganta
___ Sangrado nasal, dificultad al tragar
___ Dolor de garganta/Ronquera
___ Perdida de la Audición/Zumbido en los oídos
___ **Ningún Problema**

Ojos
___ Cambios en la visión/ Dolor en los ojos/ Enrojecimiento
___ **Ningún Problema**

Cardiovascular
___ Dolor de pecho/incomodidad
___ Palpitaciones (palpitación rápida o irregular)
___ **Ningún Problema**

Respiratorio
___ Tos/Sibilancias
___ Ronquidos/Dificultad para respirar
___ Esforzarse levemente resulta en falta de aire
___ **Ningún Problema**

Gastrointestinal
___ Acidez/Reflujo/indigestión
___ Sangre en las heces/cambios intestinales
___ Estreñimiento
___ **Ningún Problema**

Genitourinario
___ Pérdida de control urinario
___ Sangre en la orina
___ Se despierta por la noche para orinar/frecuente
___ Flujo por el pene o vaginal
___ Problemas sexuales
___ **Ningún Problema**

Musculoesqueletal
___ Dolor de cuello
___ Dolor de espalda
___ Dolor muscular/articulaciones
___ **Ningún Problema**

Endocrino
___ Intolerancia al calor/frio
___ **Ningún Problema**

Hematológico/Linfático
___ Inflamación de los ganglios
___ Moretones en exceso
___ **Ningún Problema**

Neurológico
___ Dolores de cabeza
___ Pérdida de memoria
___ Desmayo
___Mareo
___ Entumecimiento/hormigueo
___ Problemas de equilibrio
___Caídas frecuentes
___ **Ningún Problema**

Alergia/Inmune
___ Fiebre del Heno/alergias
___ Infecciones frecuentes
___ **Ningún Problema**

Psiquiátrico
___ Ansiedad/estrés/irritabilidad
___Perdida de sueno
___ Dificultad para concentrarse
___ **Ningún Problema**

Mujeres únicamente
___Síntomas pre-menstruales (hinchazón,calambres,irritabilidad)
___ Problemas Periodo menstrual
___ Bochornos/sudor de noche
___ **Ningún Problema**

INMUNIZACIONES: Marque cualquier vacuna que haya tenido. Incluya el año. **Marque la casilla si no recuerda la información** ☐

Tetano (Td) ___ Tetano con tos ferina ___ Varicela vacuna o enfermedad ___ Neumonía /neumovax ___

Influenza (vacuna antigripal) ___ Hepatitis A ___ Hepatitis B ___ MMR ___ Meningitis ___ Culebrilla ___ VPH___

Medicamentos: Realice una lista de todas sus recetas e incluya medicamentos de venta libre, vitaminas, remedios caseros, píldora anticonceptiva, Hierbas, inhaladores, etc. Puede usar la parte de atrás si necesita más espacio para escribir.

□**NO TOMO MEDICAMENTOS**

Nombre de Medicamento Dosis (mg/pastilla) Veces/Día

_____

_____

_____

Alergias o intolerancia a medicamentos (tipo de reacción)_____

_____

MANTENIMIENTO DE SALUD, PRUEBAS DE DETECCIÓN:

Lípido (colesterol)	Fecha _____	Anormal?	□No	□Si
Sigmoidoscopia o Colonoscopia (circule uno)	Fecha _____	Pólipo?	□No	□Si
Mujeres únicamente:				
Mamografía	Fecha _____	Anormal?	□No	□Si
Papanicolaou	Fecha _____	Anormal?	□No	□Si
Densidad Ósea	Fecha _____	Anormal?	□No	□Si

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL: Ha padecido las siguientes condiciones de salud? (marque todas las que correspondan) □**NINGUNO**

Condición	Code	Actualmente	Pasado	Comentarios
Abuso de Alcohol/Drogas	**305.00/305.90**			
Alergias (Fiebre del Heno)	**477.9**			
Anemia	**285.9**			
Ansiedad	**300.00**			
Artritis (Reumatoide)	**714.0**			
Artritis (Osteoartritis)	**715.90**			
Asma	**493.90**			
Problemas de Riñón o Vejiga				
Coágulos de sangre (pierna)	**453.40**			
Coágulos de sangre (pulmón)	**415.11**			
Transfusión de Sangre	**V58.2**			
Bulto en el seno (benigno)	**611.72**			
Cáncer de seno	**174.9**			
Cáncer de colon	**153.9**			
Cáncer otro/especifique				
Cáncer de ovarios	**183.0**			
Cáncer de próstata	**185**			
Cataratas	**366.9**			
Varicela	**052.9**			
Pólipo en el colon	**211.3**			
Arterioesclerosis coronaria	**414.00**			
Depresión	**311**			
Diabetes (edad adulta)	**250.00**			
Diabetes (niñez)	**250.01**			
Enfermedad Diverticular	**562.10**			
Enfisema	**492.8**			
Fracturas (huesos rotos)				**Que Parte?**
Vesícula biliar	**574.20**			
Reflujo Gastroesofágico (Acidez/ERGE)	**530.81**			
Glaucoma	**365.9**			
Gota	**274.9**			
Condición Ginecológicos (Endometriosis)	**617.9**			

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL Continua: Condición	Code	Actualmente	Pasado	Comentarios
Condición Ginecológicos (Fibromas)	218.9			
Condición Ginecológicos (Otro)				
Infarto	410.90			
Hepatitis – Tipo A	070.1			
Hepatitis – Tipo B	070.30			
Hepatitis – Tipo C	070.51			
Hepatitis – Otro	070.59			
Hipertensión/Presión Alta	401.9			
Colesterol Alto	272.0			
Fractura de cadera	820.8			
Síndrome del Intestino Irritable	564.1			
Enfermedad/Insuficiencia Renal	586			
Cálculos Renal	592.0			
Enfermedad del Hígado	573.9			
Migrañas/Dolores de Cabeza	346.90			
Osteoporosis	733.00			
Neumonía	486			
Próstata (agrandamiento)	600.00			
Próstata (Nudos)	600.10			
Convulsiones/Epilepsia	780.39			
Problemas de la Piel (Eczema)	692.9			
Problemas de la Piel (Soriasis)	696.1			
Problemas de la Piel (lunares anormales)	238.2			
Apnea del Sueño	780.57			
Ulceras Estomacales	531.90			
Accidente Cerebrovascular/Derrame Cerebral	434.91			
Toroide (nudos)	241.0			
Toroide Alta (híper activa)/Hipertiroidismo	242.90			
Toroide baja (hipo activa)/Hipotiroidismo	244.9			
Otro (liste)				
Otro (liste)				

Historial de Cirugías – Marque los procedimientos o cirugías que apliquen. Indique anormalidades o complicaciones □**NINGUNO**

Procedimiento Cirugía	Code	Si	Año	Comentarios
Cirugía Abdominal				
Apendicetomía (apéndice removida)				
Cirugía de espalda (lumbago)				
Biopsia (donde)				
Biopsia del seno				Indique: Derecho Izquierdo Ambos
Colonoscopia				Indique: Derecho Izquierdo Ambos
Bypass de la Arteria Coronaria				
Stent Coronario				
Endoscopia del Estómago/EGD				
Cataratas				
Vesícula (colecistectomía)				Indique: Laparoscópica
Cirugía Cardiaca (aparte de bypass coronaria)				
Cirugía de Cadera				Indique: Derecho Izquierdo Ambos
Histerectomía (total, incluyendo ovarios)				Indique: Laparoscópica Vaginal Abdominal
Histerectomía (parcial, ovarios siguen intactos)				Indique: Laparoscópica Vaginal Abdominal
Procedimiento en las rodillas				Indique: Derecho Izquierdo Ambos
Escisión con asa (LEEP, por sus siglas en ingles)				
Cirugía de Cuello				
Ligadura de las trompas				
Cirugía de los ovarios				Indique: Derecho Izquierdo Ambos

Historial de Cirugía Continua: Procedimiento Cirugía	Code	Si	Año	Comentarios
Vasectomía				
Sigmoidoscopia				
Cirugía nasal o sinusal				
Otro (liste)				

Adoptado – Si No (Por favor indique) En caso que no conozca el historial familiar; continué a la Página 5 (Otros problemas)

HISTORIAL FAMILIAR – Marque si algún miembro familiar ha tenido alguna de las siguientes condiciones (padres y hermanos son los más importantes).

Enfermedad	Madre	Padre	Hermana(s)	Hermano (s)	Mama de Mama	Mama de Papa	Papa de Mama	Papa de Papa	Otro Familiar	Comentarios
Ninguna enfermedad significativa										
Alcoholismo/ Abuso a las Drogas										
Alzhéimer										
Asma										
Enfermedad Autoinmune										
Sangrado o Desorden de Coágulos										
Cáncer de senos										
Cáncer de colon										
Cáncer otro tipo										
Cáncer de ovarios										
Cáncer de próstata										
Pólipo en el colon										
Arterioesclerosis coronaria (infarto, angina)										
Depresión/Suicidio/Ansiedad										
Diabetes (niñez)										
Diabetes (edad adulta)										
Enfisema (EPOC/COPD)										
Desorden Genéticos (explique)										
Glaucoma										
Enfermedad del corazón (CHF)										
Enfermedad del corazón (Otro)										
Hepatitis B o C										
Presión Alta - Hipertensión										
Colesterol Alto										
Fractura de Cadera										
Hipertiroidismo/Enfermedad de la Toroide										
Enfermedad Renal										
Cálculos Renal										
Degeneración Macular										
Migrañas – Dolor de Cabeza										

Osteoporosis										
Otro (Explique										

OTROS SINTOMAS o PROBLEMS:

Uso de Tabaco

Fuma cigarros: □Nunca □No □Si

(***Si nunca ha fumado vaya a la pregunta Uso de Alcohol***)

Fecha en que dejo de fumar: _____ Por cuanto anos fumo? ____

Promedio de cajetillas/día que usted fumaba: _____

Fumador actual: Cajetillas/día: _____ # de año: _____

Producto de tabaco: □Pipa □Cigarro □Rapé □Tabaco de mascar

Uso de Alcohol

Consume alcohol? □NO □Si

#De bebidas/semana: _____ □Cerveza □Vino □Licor

Uso de Drogas

Consume marihuana o drogas recreativas? □No □Si

Alguna vez utilizo agujas o se inyecto drogas? □No □Si

Historia Sexual

Sexualmente Activo: □No □Si

Su pareja han/son/fueron: □Masculino □Femenino

Método anticonceptivo (marque el que aplique): □Ninguno

Condón, píldora, diafragma, vasectomía, otro_____

Ejerció: Hace ejercicio regularmente? □Si □No

Tipo de ejercicio?_____

_____

Cuanto tiempo (minutos)_____ Cada cuánto?_____

Dieta: Como diría que es su dieta?

□Buena □Razonable □Mal

Le gustaría consejos sobre dietas? □No □Si

Seguridad: Utiliza casco cuando usa la bicicleta?

□No tengo Bicicleta □Si □No

Utiliza el cinturón de seguridad? □Si □No

Su casa tiene detector de humo? □Si □No

Si tiene armas en su hogar, están con candado?

□No aplicable □Si □No

Existe violencia en su hogar que le preocupe?

□No □Si

Tiene usted una Directiva Anticipada de Cuidados de Salud, Testamento de Vida, o POLST? (Marque los que apliquen) □Si □No

HISTORIAL SOCIAL:

Ocupación (u ocupación anterior): _____Retirado/desempleado/en receso debido a salud/deshabilitado

Empleador: _____Educación, el grado más alto completado: _____

Estado Civil (marque el que aplique): Soltero, con pareja, casado, divorciado, viudo, otro: _____

Nombre de Conyugue/Pareja: _____ Número de hijos: _____ Edades si menor de 18 años: _____

Numero de nietos: _____ Numero de bisnietos: _____

Con quien vive? _____

Actividades de pasa tiempo, en grupo, religión, trabajo voluntario, viajes recientes: _____

_____

_____

HISTORIAL DE SALUD MUJERES únicamente:

Número de embarazos: _____ Número de partos: _____

Fecha (mes/día si lo sabe) de su último periodo menstrual, si usted aun menstrua: _____

Qué edad tenía con la primera menstruación: _____

Edad de última menstruación (menopausia): _____

Gracias por tomarse el tiempo en completar este formulario.

Nombre del Paciente	
Nombre	
Fecha de Nacimiento	(Mes/Día/Año)
Número de Expediente:	(Completado por el personal)

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO PEDIÁTRICO

Tu Relación al Niño:_____
Médico Previo del Niño/
Médico de atención primaria: _____
Problemas de Salud Presentes:_____
Medicinas/Vitaminas: _____
Hierbas/Remedios Caseros: _____
Alergias/Reacción a
Medicamentos o vacunas:_____

EMBARAZO Y NACIMIENTO
Dónde Nació su Hijo?_____
El niño es suyo de: ☐ Nacimiento ☐ Adopción
☐ Hijastro ☐ Otro:_____

Por favor indique algún problema durante en embarazo:
☐Ninguno ☐Especifique:_____

Parto: ☐Vaginal ☐Cesárea
Si tuvo Cesárea por qué?_____

Peso al nacer:_____lbs. Longitud:_____in.

APGAR 1 min._____ 5 min._____

Por favor, indique algún problema médico durante el período del recién nacido ☐Ninguno ☐Prematuro
Si fue prematuro, qué tanto tiempo?_____

Otros problemas: _____

NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN
Fue su hijo/a amamantado? ☐No ☐Sí
De ser así, por cuánto tiempo?_____

Tiene su hijo algún problema inusual de su alimentación/Dietético? ☐No ☐Sí
De ser así, especifique:_____

El consumo de leche ahora:
☐ Leche de vaca ☐ Sin Grasa ☐1% Grasa ☐ 2% Grasa
☐ Leche entera ☐Soya ☐Leche de Arroz
Promedio de onzas de leche consumidas al día:
(Nota: 8 onzas = 1 vaso)

_____

SUEÑO
Horas por noche:_____hrs.
Siestas (cuantas y cuánto tiempo):_____
Problemas Para Dormir?_____

DESARROLLO
A qué edad su hijo/a: se sentó solo?_____

Camino solo?_____ Empezó hablar?_____

Usar el baño (en el Día)?_____

Solo niñas: La edad de su primer Menstruación:_____

HISTORIAL DENTAL
Su hijo ha visitado el dentista? ☐No ☐Sí

De ser así, Que tan seguido?_____

Fecha de última visita:_____

INMUNIZACIONES/ENFERMEDADES INFECCIOSAS
Por favor traiga todos sus récords de vacunas a las consultas de sus hijos.
Ha tenido su hijo/a alguna de estas enfermedades?
☐ Varicela ☐Sarampión ☐Paperas
☐ Rubéola ☐Meningitis ☐Tuberculosis (TB)

EXPOSICIÓN/HÁBITOS
Alguna preocupación acerca de la exposición al plomo? (Casa vieja / plomería / pintura vieja) ☐No ☐Sí
Fuma alguien en su hogar? ☐No ☐Sí

Televisión – horas por día:_____

Computadoras – horas por día:_____

Videojuegos – horas por día:_____

HISTORIAL MÉDICO PASADO
Por favor describa cualquier problema médico mayor que haiga tenido y sus fechas?

_____

_____

Hospitalización/Operaciones (fechas): _____

_____

Fractura de Huesos/Torceduras severas: _____

_____

HISTORIAL FAMILIAR

Por favor, indique muertes de tu familia inmediata:

Por favor indique familiares (padre, hermano/a(s), abuelo, tía o tío) con cualquiera de los siguientes:

Alcoholismo: _____

Colesterol alto: _____

Cáncer, especifique tipo: _____

Presión arterial alta: _____

Enfermedad del Corazón: _____

Derrame Cerebral: _____

Depresión/Suicidio: _____

Trastorno de Sangrado o Coagulación: _____

Trastornos Genéticos: _____

Asma/COPD: _____

Diabetes: _____

Otro(a): _____

HISTORIA SOCIAL

Quién vive en la casa?

Nombre | Edad | Relación | Educación Alcanzado

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Están su padres: ☐ Casados ☐ Unión Libre ☐ Separados ☐ Divorciados

De ser divorciados o separado, cuándo? _____

Ocupación de la Madre: _____

Empleador de la Madre: _____

Ocupación del Padre: _____

Empleador del Padre: _____

Situación del cuidado infantil: ☐ Padres ☐ Alguien más (Especifique quién y qué tan seguido) _____

_____

Preocupaciones acerca de su hijo:

☐ Alcohol ☐ Tabaco

☐ Actividad Sexual ☐ Comportamiento agresivo

Es violencia un problema en casa? ☐ No ☐ Sí

Hay Pistolas en su hogar? ☐ No ☐ Sí

HISTORIA DE ESCUELA

Su hijo asiste a la escuela/pre-kinder? ☐ No ☐ Sí

Grado Actual: _____

Nombre de Escuela: _____

Alguna preocupación del rendimiento escolar?

_____

Alguna preocupación en cuanto a relación con:

Maestras ☐ No ☐ Sí

Compañeros ☐ No ☐ Sí

Si tiene más de 4 años: tiene un mejor amigo?

☐ No ☐ Sí

Tipo de deportes/ejercicio: _____

Que tan seguido? _____

Cuánto tiempo (minutos)? _____

REVISIÓN DE SÍNTOMAS

Por favor marque todos los problemas que tenga su hijo que están en la lista a continuación:

General
- ☐ Fiebre/escalofríos/ sudor excesivo
- ☐ Pérdida o aumento de peso inexplicable

Ojos
- ☐ Bizco /ojos cruzados mirada asimétrica

Oído/Nariz/Garganta
- ☐ Ruido fuerte extraño/ dificultad para oí
- ☐ Respiración bocal/ronquidos
- ☐ Mal aliento
- ☐ Moqueo nasal frecuente
- ☐ Problemas con los dientes/encías

Cardiovascular
- ☐ Se cansa rápido
- ☐ Falta de aire
- ☐ Desmayos

Respiratorio
- ☐ Tos/resuello
- ☐ Dolor de pecho

Gastrointestinal
- ☐ Náusea/vómito/diarrea
- ☐ Constipación
- ☐ Sangre en el excremento

Genitourinario
- ☐ Moja la cama
- ☐ Dolor al orinar
- ☐ Descarga: pene/vagina

Musculoskelatal
- ☐ Dolor muscular/articular

Piel
- ☐ Sarpullido
- ☐ Lunares inusuales

Alergia
- ☐ Fiebre del heno/ picazón ocular

Neurológico
- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Debilidad
- ☐ Torpeza

Psiquiátrico/Emocional
- ☐ Problemas del habla
- ☐ Ansiedad/estrés
- ☐ Problemas para dormir
- ☐ Depresión
- ☐ Morderse las uñas/ chuparse el dedo
- ☐ Mal genio, espasmos, celos

Sangre/Linfa
- ☐ Tumor inexplicable
- ☐ Moretones fácil/sangrado

Patient #:	**Patient DOB:**

DESIGNACION DE REPRESENTANTE PERSONAL

Esta forma debería ser completada, firmada y fechada a fin de que se considere una designación valida.

NOTIFICACION IMPORTANTE: UN FORMULARIO COMPLETO SE REQUIERE PARA CADA REPRESENTANTE PERSONAL DESIGNADO

DESIGNACION DEL PACIENTE PARA UN REPRESENTANTE PERSONAL

Nombre del Paciente:_____

Yo por el presente designo a la persona listada abajo que sea mi representante personal y solicito que Goshen Medical Center trate al individuó nombrado de la misma manera que me trataría a mí con respectó a la Información de Salud Protegida. Yo entiendo que esta designación es voluntaria. Yo entiendo que cualquier revelación de mi información de salud protegida conlleva a la posibilidad de que se revele información no autorizada y en ese caso la información ya no estaría protegida por las reglas de confidencialidad federales.

INFORMACION DEL REPRESENTANTE PRESONAL

Nombre del Representante:_____

Dirección del Representante:_____

_____

Número de Teléfono del Representante:_____

Relación entre el Paciente y Representante:_____

ACCESO A LA INFORMACION DE SALUD PROTEDIGA DEL PACIENTE

Al firmar la forma de designación, yo estoy autorizando a mi representante personal a consultar lo siguiente:

_____ Toda la Información de mi Salud Protegida (p. ej. Demográfico, información médica y facturación)

_____ Información de Salud solamente _____ Información de Facturación solamente

_____ Información de Salud Sensitiva (p. ej. VIH, Sida estatus) _____ Salud Mental

_____ **Información de Cita Solamente**

VENCIMIENTO Y REVOCACION

_____ Esta designación se vence el _____

Yo entiendo que puedo revocar esta designación del representante personal, en cualquier momento que yo lo desee, al someter una revocación por escrito. Yo entiendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento, excepto hasta la extensión que ya se haya tomado acción en orden con la designación.

Firma del Paciente:_____ Fecha:_____

REVOCACION

El paciente tiene el derecho de revocar esta autorización por escrito, excepto hasta cierto grado en cuanto a cualquier acción que haya sido tomada en relación con esta autorización o si aplicable, durante un periodo contestable. Para que la revocación de esta designación sea efectiva, Goshen Medical Center, Inc. Debe recibir la revocación por escrito. La revocación debe incluir:

- El nombre y dirección del paciente
- La fecha de efectividad de esta autorización y el destinario de protección de la información de salud de acuerdo a esta autorización
- El paciente desea revocar esta autorización
- La fecha de esta revocación y la firma del paciente

Goshen Medical Center, Inc. Aceptará revocaciones por escrito de esta autorización a través de:

- En persona
- Carta Certificada por correo o
- Facsímil _____

<u>Todas las revocaciones</u> deberán ser enviadas a Goshen Medical Center, Inc. A la atención del Oficial Privado. Las revocaciones no son efectivas hasta que sean recibidas por el Oficial Privado.

Esta autorización expirará en la fecha de señalar, no superior a un año

---

PARA EL USO DF OFICINA SOLAMENTE / FOR OFFICE USE ONLY

IDENTIFICATION OF RECIPIENT, IF IN PERSON:

Type of Identification:

( ) Valid State Driver's License or Identification Card
( ) Agency photo identification or other photo identification must be presented with agency letter.
( ) Government agency identification
( ) Other photo identification_____

Identification Information:

Number:_____ Expiration Date:_____

Identification Verification:

ID verified by:_____ Date:_____

Authorization added to the patient's medical record on_____
(Date and Initial)

Consentimiento del paciente para el tratamiento
Y
Consentimiento de recibir el Aviso de Prácticas de Privacidad

Nombre del Paciente:_____ Chart:_____

Entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Goshen Medical Center, Inc. se origina y mantiene papel y / o registros electrónicos que describen mi historial médico, síntomas, exámines y resultadoes de pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento.

Entiendo y hen recibido un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento.
- El derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o revelada pare llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Entiendo que Goshen Medical Center, Inc. no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que Goshen Medical Center, Inc. ha tomado ya medidas. Entiendo también que al negarse a firmar este consentimiento a la revocación de este consentimiento, Goshen Medical Center, Inc. puede rechazer el tratamiento. Ante la negativa de firmar este consentimiento, estoy de acuerdo en asumir el riesgo de cualquier lesión o daño causado por la falta de atención médica o tratamiento que surja de o en relatción con la negación Goshen Medical Center para proporcionar cualquier cuidado o tratamiento médico.

Además, entiendo que Goshen Medical Center, Inc. se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas de acuerdo con las regulaciones federales. En caso de Goshen Medical Center, Inc. cambia su notificación, el Aviso modificado estará disponible.

Entiendo que como parte del tratamiento de Goshen Medical Center, pago u operaciones de atención de salud, puede ser necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento a la divulgación de estos usos permitidos, incluyendo las revelaciones a través de fax.

☐ Entiendo completamente y **acepto** los términos de este consentimiento.

☐ Entiendo perfectamente y el **declive** de los términos de este consentimiento.

_____ _____
Firma del Paciente / Guardián **Fecha**

Por la presente consiento voluntariamente a los exámenes médicos y / o dentales, tratamientos y procedimientos que se consideren necesarias, a juicio de mi médico, y proveedores de cuidado de la salud, incluyendo pruebas de VIH, exámenes de laboratorio y radiografías. Entiendo que mi información médica es confidencial y está protegida por los Estatutos Generales de Carolina del Norte 130A-143 y no garantiza ni garantías se han hecho para mi en relación con los resultados de los exámenes, tratamientos o procedimientos. Mi firma reconoce que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de este formulario de consentimiento.

_____ _____
Firma del Paciente / Guardián **Fecha**

Los Centros de Salud con apoyo federal de asistencia (Hechos FSHCAA) de 1992 (Pub. L. 102-501) y 1995 (Pub. L. 104-73) se extienden Federal Tort Claims Act (FTCA) protecciones bajo 28 USC 1346 (b), 2401 (b), y 2679-81 para los centros de salud elegibles financiados por el Programa del Centro de Salud, el articulo 330 del Servicio de Salud Pública (PHS) (42 USC 254b), en su versión modificada. Goshen Medical Center, Inc. está protegido por la legislación.

SLF _____

Formulario de Elegibilidad para el programa de Descuento Escala Mínima

Nombre	Garante Relación	Fecha de Nacimiento	Ingreso (Bruto)	Frecuencia (Semanal, Quincenal, Por Hora, Mensual o Anual)	Feche toda Documentación Recibida	Documentación Recibida
Hogar / Familia son todas las personas que residen físicamente en el mismo hogar y que son responsabilidad legal del garante.					**Ingreso**	**Hogar**

El paciente ó el garante debe proporcionar la documentación para determinar la elegibilidad para la Escala Mínima

1. Entiendo que la información que proporcione en este formulario está sujeta a verificación por parte de Goshen Medical Center.
2. Entiendo y acepto cumplir con todos los términos y condiciones del Programa de descuento Escala Mínima.
3. Doy fe de que esta información es verdadera, precisa y completa a mi leal entendimiento y comprendo que cualquier falsificación, omisión u ocultación de un hecho puede someterme a la descalificación del Programa de Descuento Escala Mínima.
4. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Goshen Medical Center de cualquier cambio en los ingresos o el seguro.

Documentación de Ingresos Aceptables

TALONES DE PAGO
1099'S
W2 O DECLARACION DE IMPUESTOS FEDERALES
CARTA DE LA COMPANIA CON LOS INGRESOS ANUAL (CARTA DEBE TENER NOMBRE DE CONTACTO Y NUMERO DE TELEFONO)
CARTA OFFICIAL/DOCUMENTOS DEL SEGURO SOCIAL, CORTE, MANUTENCION DE MENORES, ETC.
FORMA DE VERIFICACION DE INGRESO COMPLETADA Y FIRMADA POR EL EMPLEADOR

☐ Actualmente, no deseo inscribirme en el Programa de Escala Mínima

_____ _____
FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE NOMBRE IMPRESO FECHA

_____ _____
GOSHEN STAFF SIGNATURE PRINTED NAME DATE

_____ _____
GOSHEN STAFF SIGNATURE PRINTED NAME DATE

SLF_____

“Autodeclaración”

Programa de Descuento Escala Mínima

Agradecemos la oportunidad de brindarle servicios de salud. Todos los registros de los pacientes son estrictamente confidenciales y no se pueden divulgar sin su permiso. Se espera que los servicios recibidos se paguen el mismo día que se reciban. El Programa de descuento de Escala Mínima se basa en el tamaño y los ingresos totales del hogar. Para calificar, debe proporcionar una de las siguientes fuentes de información:

- Copia del cheque de pago ó talones de pago más recientes.

Carta en papel con membrete de la agencia que verifique el estado financiero (es decir, Seguro Social, Autoridad de Vivienda).

Documentación de Asistencia Temporal para las familias necesitadas.

El monto de la Pensión Alimenticia y/o manutención de menores reportada en el documento de Escala Mínima.
Carta del Empleador con fecha reciente que indique el monto de los salarios en bruto (no necesita ser notarizada).

Copia de la declaración de Impuestos Federales ó la W-2.

Información sobre Subvenciones para Estudiantes / informe de Ayuda para Estudiantes (autodeclaración en la Escala Mínima).

Si trabaja por cuenta propia, Formularios de Impuestos del año más reciente (W-2 ó 1099).

Carta con Fecha reciente del Cabeza del hogar / familia donde reside el paciente indicando responsabilidad ó ayuda financiera.

Autodeclaración de la información requerida:

Este documento solo se usa durante su visita inicial bajo El Programa de Descuento Escala Mínima

Mi ingreso total de mi hogar es$_____

Número total de miembros del hogar de los que usted es responsable financieramente_____

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación

He leído la información anterior y entiendo los requisitos y la documentación necesarias para solicitar el Programa de descuento Escala Mínima

Además, entiendo que debo traer la verificación de ingresos, si es posible, en la próxima visita, o dentro de los 6 meses de la visita inicial del año calendario de la Escala Mínima. Si no proporciono la información necesaria, seré responsable a pagar el 100% por los servicios recibidos en Goshen Medical Center.

Firma del Paciente: _____Fecha _____

Firma del Personal: _____Fecha_____

VERIFICACIÓN DE INGRESO DEL TRABAJADOR

From: GOSHEN MEDICAL CENTER, INC.

Para: Paciente/Garante

Solicite que su empleador complete la información requerida a continuación. Es importante que provea esta información para _____ /_____ /_____, como prueba de ingreso. Si usted tiene preguntas por favor siéntase libre de llamar _____ al (_____) _____ -_____. Gracias por su asistencia.

Sección del Empleador:

Nombre de la Empresa*:* _____

Haciendo Negocio Como: _____

Dirección de Correo: _____

_____

Número de Teléfono: _____

Número de Fax: _____

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____ POSICIÓN: _____

DÍA DE PAGO (Preferido 4 fechas si está disponible)	PAGO BRUTO	FRECUENCIA (Por favor rodear uno)
		Semanal Quincenal Mensual
		Semanal Quincenal Mensual
		Semanal Quincenal Mensual
		Semanal Quincenal Mensual
		Semanal Quincenal Mensual

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA:	**FECHA:**
NOMBRE IMPRESO DE EMPRESA REPRESENTANTE:	**FECHA:**

Effective: 9/24/15

www.goshenmedical.org

Hoja de Datos del Programa Escala Mínima

Nuestra Misión

" Nuestra misión es brindar acceso a la atención médica para todas las personas en nuestra área de servicio.

El centro médico de Goshen tiene la capacidad de reducir su costo de atención médica a través de nuestro programa de descuento Escala Mínima. Este programa está diseñado para compensar una parte de sus gastos de bolsillo por servicios médicos y dentales seleccionados. Para ver si califica para nuestro programa de descuento Escala Mínima, pregunte a la recepcionista.

Los siguientes documentos pueden servir como prueba de ingresos

1. Copia del cheque de pago ó talones de pago más recientes.
2. Copia de la declaración de Impuestos Federales ó la W-2.
3. Carta del Empleador con fecha reciente que indique el monto de los salarios en bruto (no necesita ser notarizada).
4. El monto de la Pensión Alimenticia y/o manutención de menores reportada en el documento de Escala Mínima.
5. Documentación de Asistencia Temporal para las familias necesitadas.
6. Carta en papel con membrete de la agencia que verifique el estado financiero (es decir, Seguro Social, Autoridad de Vivienda).
7. Información sobre Subvenciones para Estudiantes / informe de Ayuda para Estudiantes (autodeclaración en la Escala Mínima).
8. Si trabaja por cuenta propia, Formularios de Impuestos del año más reciente (W-2 ó 1099).
9. Carta con Fecha reciente del Cabeza del hogar / familia donde reside el paciente indicando responsabilidad ó ayuda financiera.
10. Autodeclaración

Preguntas Frecuentes

¿Qué es el Programa de descuento Escala Mínima (SFDP siglas en inglés)?

El Programa de Descuento Escala Mínima es una subvención federal que permite a nuestro centro de atención médica reducir o "deslizar" las tarifas de los servicios médicos para los pacientes que residen en ó por debajo del 200% del nivel federal de pobreza.

¿Quién es elegible para el Programa de Descuento Escala Mínima?

Cualquier paciente de GMC que se encuentre en o por debajo del 200% del Nivel Federales de Pobreza puede ser elegible.

¿Cómo se determina la elegibilidad?

1. Ingresos
"Ingresos" se define como todos los pagos recibidos por familia total ó por cada miembro del hogar durante un período. Los activos no están incluidos.
2. Tamaño del hogar / familia
"hogar" / "familia" se define como todas las personas que residen físicamente en el mismo hogar y que son responsabilidad legal del garante. El "garante" es la persona económicamente responsable dentro del hogar / familia. El garante puede reclamar a una persona en su Escala Mínima si proporciona más del 50% de la manutención de ese miembro de la familia.

¿Cómo puede aplicar el paciente?

Proporcione uno de los documentos como prueba de ingresos. Esta documentación de ingresos deberá revisarse y actualizarse anualmente.

¿Quién paga por los servicios que se descuentan?

Nuestra subvención federal paga el resto del saldo para los pacientes que califican para el programa de descuento Escala Mínima.

¿El paciente tiene que ser Ciudadano para solicitar el programa?

No.

¿Qué pasa si el paciente no tiene ingresos en absoluto?

Todavía pueden solicitar. Necesitaremos una breve nota de la persona o centro que cubre el costo de vida del paciente.

¿Si el paciente tiene un seguro con deducible, co-seguro y / o copago, ¿aún puede solicitar el programa?

Sí. Si el paciente califica para el programa, se presentará el seguro del paciente y, si el contrato de seguro permite un copago reducido, GMC aplicará el descuento.

Por ejemplo: La información del salud obtenida durante el curso del tratamiento será anotada en su expediente médico y usada para determinar el curso del tratamiento. Su médico, enfermera, y otros miembros del equipo de salud documentaran su tratamiento de salud, observaciónes, y acciónes tomadas en su expediente médico.

Nosotros usaremos su información de salud en el pago.

Por ejemplo: Una factura puede ser enviada a usted o a una tercera persona que page. La información que acompaña su factura puede incluir información que lo identifique, así cómo también su diagnóstico, procedimientos, y materiales usados.

Nosotros usaremos su información de salud para colección de cuenta.

Por ejemplo: Cuando un saldo por servicios recibidos llegue a un estado de vencimiento, podemos enviar la cuenta a una agencia de cobros. La información de la cuenta que será enviada a dicha agencia de cobro puede incluir la identificación acerca de usted o el garante de cuenta, la cantidad del saldo y la fecha del servicio, el nombre del médico y la ubicación y el tipo de servicio.

Nosotros usaremos su información de salud para los manejos habituales de salud.

Por ejemplo: Su información de salud puede ser usada o dada a conocer en el curso de las actividades de nuestro centro médico, por ejemplo cuando evaluamos la calidad de los servicios que proveemos, con el propósito de auditorias, para agencias federales o estatales. Esta información será usada como un esfuerzo para continuar mejorando la calidad y eficiencia del cuidado de salud y los servicios que nosotros proveemos.

Negocios Asociados: Algúnos servicios son proporcionados para Goshen Medical Center a través de contratos con negocios asociados, los cuales nos pueden requerir el usar o saber su información de su salud. Cuando esos servicios son contratados, nosotros podemos dar a conocer su información de salud a nuestros negocios asociados, para que ellos pueden llevar acabo el trabajo que nosotros les hemos solicitado y facturar a usted o a a una tercera persona para que page los servicios que se le hicieron. Para proteger su información de salud, sin embargo, nosotros le requerimos a nuestros negocios asociados que ellos salvaguarden de manera apropiada su información.

Notificación: Nosotros podemos usar o dar a conocer la información para notificar o asistir notificando a un miembro de su familia, representante personal, o a otra persona responsable de su cuidado, su ubicación, y condición general.

Comunicación con la familia: Los profesionales del salud, usando su mejores juicios, pueden dar a conocer a un miembro de su familia, a otro pariente,o un amigo íntimo, o a cualquier otra persona quien usted indentifico, la información de salud relacionada a esa persona envuelta en su cuidado o relacionada al pago de su cuidado.

I*nvestigación:* Nosostros podemos dar a conocer la información a investigadores cuando sus investigaciónes hayan sido aprobadas por la administración de Goshen Medical Center y cuándo los protocolos hayan sido establecidos para asegurar la privacidad de su información de salud.

Directores de funerales: Nosostros podemos darle a conocer información de salud a los directores de funerales, de acuerdo con las leyes aplicables para que puedan llevar acabo su tarea.

Organizaciónes de obtención de órganos: Esta consiste en aplicar la ley, nosotros podemos dar a conocer información de salud a organizaciónes de obtención de órganos o a otras entidades dedicadas a la obtención, depósito o transplantes de órganos para el propósito de donar tejido y transplantar.

Mercadeo: Nosotros podemos contactarlo para enviarle recordatorios de sus citas o darle información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios relacionados a su salud y a servicios que pueden ser de interés para usted.

Administración de Alimento y Medicina (FDA): Nosotros podemos darle a conocer al FDA la información de salud relativa a eventos adversos en relación con los alimentos, suplementos, productos, y productos defectuosos, o post mercadeo de vigilancia, la información que permite que los productos sean retirados o devueltos, reparados, o remplazados.

Compensación de los trabajados: Nosostros podemos darle a conocer información de salud al área autorizada y en la medida en que sea necesaria para cumplir con las leyes relacionadas a la compensación de los trabajadores u otros programas similares que son establecidos por la ley.

Salud pública: Cuando sea requerido por la ley, nosostros podemos dar a conocer su información de salud a las autoridades de salud pública o a las autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, o incapacidades.

Instituciones Correccionales: Si usted fuera un presionero de una institución correccional, nosotros podemos darle a conocer por lo tanto a la instutación o a los agentes la información de su salud que sea necesaria para su salud, y la salud y seguridad de otras personas.

Apliaición de la ley: Nosotros podemos dar a conocer la información de salud para la aplicación de la ley con el propósito con el que sea requerido por la ley o en respuesta a una citación válida.

La ley federal toma provisión para que su información de salud sea comunicada a una apropiada agencia de descuido o negligencia de salud, a una autoridad de salud pública o a un abogado, proveen que un miembro de la fuerza de trabajo o un socio de negocios crean en la buena fe que nosotros prometemos cuándo se lleguén a dar conductas ilegales o cuándo haya violaciones profesionales a nivel de clinica y que estén poniendo en potencial peligro a uno o a más pacientes, a los trabajadores o a el público.

***Los Centros de Salud con apoyo federal de asistencia (Hechos FSHCAA) de 1992 (Pub. L. 102-501) y 1995 (Pub. L. 104-73) se extienden Federal Tort Claims Act (FTCA) protecciones bajo 28 USC 1346 (b), 2401 (b), y 2679-81 para los centros de salud elegibles financiados por el Programa del Centro de Salud, el articulo 330 del Servicio de Salud Pública (PHS) (42 USC 254b), en su versión modificada. Goshen Medical Center, Inc. está protegido por la legislación.**

GOSHEN MEDICAL CENTER, INC.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y FTCA COBERTURA

Para

Centro Goshen Medical, Inc.

444 SW Center Street
Faison, NC 28341

Oficina Corporativa
412 SW Center Street Faison, NC

Sitios Satélite Situado en:
Beulaville, NC
Bolton, NC
Chadbourn, NC
Clinton, NC
Fayetteville, NC
Fremont, NC
Garland, NC
Goldsboro, NC
Jacksonville, NC
Kenansville, NC
Mount Olive, NC
New Bern, NC
Rose Hill, NC
Rosewood, NC
Tabor City, NC
Trenton, NC
Wallace, NC
Warsaw, NC
Whiteville, NC

Abril 2003
Fechas Revisadas:
Agosto 2003, Marzo 2004,
Diciembre 2004, Enero 2006
Enero 2006, Abril 2008
Julio 2008, Agosto 2014, & Noviembre 2015
(Las Revisiones Efectuadas Para Incluir Nuevos Sitios)

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION PUEDE SER USADA Y DADA A CONOCER Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE ESTO CUIDADOSAMENTE.

Usted deberá de leer éste aviso antes de firmar el consentimiento que autoriza a usar y a dar a conocer la información de salud para el tratamiento, pago y manejo del cuidado de la salud.

Introducción

En Goshen Medical Center, nosotros estamos comprometidos a tratar y a usar su información de salud de manera responsable. Este aviso de prácticas de privacidad describe la información de salud personal que colectamos, y cómo y cuándo nosotros usamos y damos a conocer esa información. También describe sus derechos así cómo estos están relacionados para proteger su información de salud. Este aviso se toma a efecto Abril 14, 2003, y es aplicable para proteger toda su información de salud así cómo lo definen las regulaciónes federales.

Entendiendo Su Expediente Médico/Información de Salud

Cada vez que usted visita Goshen Medical Center, se hace un registro de la visita que hizo. Normalmente, éste registro contiene sus síntomas, examinación, resultados de los exámenes, diagnóstico, tratamiento, y un plan para el cuidado futuro o tratamiento. Esta información, frecuentemente es referida a su expediente médico o de salud, y sirve de:

- Base para planear su cuidado y tratamiento,
- Medio de comunicación entre los muchos profesionales de salud quienes contribuyen con su cuidado,
- Documento legal que describe el cuidado que recibió,
- Medio por el cual usted o una tercera persona que paga puede vereficar los servicios facturados que fueron en realidad suministrados,
- Un instrumento educando a profesionales de salud,
- Un recurso de datos para investigación médica,
- Un recurso de información para los oficiales del salud pública encargados en mejorar la salud de éste estado y de la nación,
- Un recurso de datos para nuestra planificación y nuestro estudio de mercado,
- Un instrumento con el cual podemos evaluar y continuar trabajando para mejorar el cuidado que nosotros damos y los resultados que logramos,

Entendiendo lo que está en su expediente médico y cómo la información de su salud es usada para ayudarlo a usted a: asegurar la veracidad, mejorar el entendimiento de quién, qué, cuándo, dónde, y por qué otros pueden tener acceso a su información de salud, y a hacer más informado de las decisiones cuando esté autorizando a darlas a conocer a otros.

Sus Derechos sobre la Información de Salud

A pesar de que su expediente médico es propiedad física de Goshen Medical Center, la información pertenece a usted. Usted tiene el derecho a:

Obtener una copia en papel, sobre pedido, de éste aviso de Prácticas de Privacidad,

Inspeccionar y a pedir una copia de su expediente de salud, sin embargo se puede aplicar algún costo por ser copiado dependiendo las circunstancias,

Solicitar, por escrito, una rectificación de su expediente de salud,

Solicitar comunicados de su información de salud por medios alternativos o en situaciones alternativas,

Solicitar una restricción sobre ciertos usos y dar a conocer su información, y

Revocar su autorización para usar o dar a conocer su información de salud excepto en la medida en que la acción ya fué tomada.

Nuestras Responsabilidades

Goshen Medical Center es requerido para:

- Mantener la privacidad de su información de salud,
- Proveerle éste aviso por nuestra obligación legal y por las prácticas de privacidad con respecto a la información que colectamos y mantenemos sobre usted,
- Cumplir con los términos de éste aviso,
- Notificarlo si nosotros no podemos acordar una petición de restricción que usted pide, y
- Complacer la petición razonable que usted pudiera tener para comunicar la información de salud por medios alternativos o lugares alternativos.

Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer nuevas cláusulas a efecto de proteger toda la información del salud que nosotros mantenemos. En caso de que nuestras prácticas cambiaran, nosotros le enviaremos por correo un aviso a la dirección que usted nos ha dado.

Nosotros no useramos o daremos a conocer su información de salud sin su autorización, excepto cuando lo describe éste aviso. Nosotros también dejaremos de usar o dar a conocer su información de salud después de que nosotros hayamos recibido una revocación escrita de la autorización según el procedimientos incluido en la autorización.

Para Más Información o Para Reportar algún Problema

Si usted tiene preguntas y desea más información, puede ponerse en contacto con la Oficial de Privacidad de Goshen Medical Center, Lynn Hardy, en el 910 -267-1942 ext 1141.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una reclamación con la Oficial de Práctica de Privacidad o en la Ofici-na de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. No habrá represalias por presentar una reclamación en cualquiera de las dos ya sea con la Oficial de Privaci-dad o ya sea en la Oficina de Derechos Civiles. La dirección de la Oficina de Derechos Civiles esta es-crita abajo:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Ejemplos para Dar a Conocer el Tratamiento, Pago, y Manejo del Salud

Nosotros usaremos su información de salud para el tratamiento.