

**Patient Registration Form**

Patient Number \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo ApellidoFecha 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 legal 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 Español, Etnicidad Mixta  
☐ Otro/a Hispano/a, Latino/a, o de Origen Español ☐ No soy Hispano/a, Latino/a, o de Origen Español  
☐ Prefiero no divulgar Etnicidad

**Raza** (INDICAR UNO): ☐ Indio/a Americano/a, Nativo/a de Alaska ☐ Negro/Afro Americano/a ☐ Blanco/a  
☐ Indio/a Asiático/a ☐ Chino/a ☐ Filipino/a ☐ Japones ☐ Coreano/a ☐ Vietnamita ☐ Otro tipo de Asiático/a  
☐ Guameño/a o Chamorro ☐ Nativo de Hawái ☐ Samoano/a ☐ Otro tipo de Iselano/a del Pacífico  
☐ Mas de una raza ☐ Prefiero no divulgar Raza

**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 \_\_\_\_\_

**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 año? \_\_\_\_\_

¿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/Escolofríos

\_\_\_ 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

### Musculoesquelético

\_\_\_ Dolor de cuello

\_\_\_ Dolor de espalda

\_\_\_ Dolor muscular/articulaciones

\_\_\_ Ningún Problema

### Endocrino

\_\_\_ Intolerancia al calor/frío

\_\_\_ 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

\_\_\_ Pérdida de sueño

\_\_\_ 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? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| Sigmoidoscopia o Colonoscopia (circule uno) | Fecha _____ | Pólipo?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| Mujeres únicamente:                         |             |          |                             |                             |
| Mamografía                                  | Fecha _____ | Anormal? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| Papanicolaou                                | Fecha _____ | Anormal? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| Densidad Ósea                               | Fecha _____ | Anormal? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 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 Ginecológicas (Endometriosis) | 617.9         |             |        |             |

| <b>HISTORIAL MÉDICO PERSONAL Continúa:</b><br>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 |             |        |             |
| Úlceras 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 anomalías 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 Cardíaca (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:<br>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; continúe 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<br>Mama | Mama de<br>Papa | Papa de<br>Mama | Papa de<br>Papa | Otro<br>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,<br>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 Tiroides        |       |       |            |             |                 |                 |                 |                 |                  |             |
| 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): \_\_\_\_\_



## 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)

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

### 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 oír

☐ Respiración bucal/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

#### Musculoesquelal

☐ 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 válida.*

**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 individuo nombrado de la misma manera que me trataría a mí con respecto 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 PERSONAL**

Nombre del Representante: \_\_\_\_\_

Dirección del Representante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Representante: \_\_\_\_\_

Relación entre el Paciente y Representante: \_\_\_\_\_

### **ACCESO A LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA 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 destinatario 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 \_\_\_\_\_

**Todas las revocaciones 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 DE 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)

---



**GOSHEN MEDICAL CENTER, INC.**

**Consentimiento para Tratamiento | Recibo de Prácticas de Privacidad**

**Revisado: Marzo 2026**

---

**Consentimiento del Paciente para Tratamiento**

**Y**

**Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ NHM#:

\_\_\_\_\_

---

**Consentimiento para Tratamiento**

Doy mi consentimiento voluntariamente para recibir atención médica, incluyendo servicios médicos, de salud conductual, dentales, de laboratorio, diagnósticos y otros servicios de salud considerados médicamente apropiados por mi médico u otro proveedor de salud licenciado en **Goshen Medical Center, Inc.**

Este consentimiento incluye, entre otros:

- Exámenes físicos
- Pruebas diagnósticas
- Servicios de laboratorio
- Servicios de radiología
- Servicios de atención preventiva
- Servicios de salud conductual
- Servicios de telesalud cuando sea apropiado

Entiendo que mi atención puede involucrar a múltiples miembros del equipo de salud, incluyendo médicos, enfermeros practicantes, asistentes médicos, enfermeros, técnicos y otros profesionales de la salud.

Reconozco que **no se ha hecho ninguna garantía ni promesa con respecto a los resultados de ningún examen, procedimiento o tratamiento.**

---

### **Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)**

Reconozco que se me ha ofrecido y/o proporcionado una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad de Goshen Medical Center**, el cual explica cómo puede utilizarse y divulgarse mi **Información de Salud Protegida (PHI)**.

El Aviso de Prácticas de Privacidad explica:

- Cómo puede utilizarse o divulgarse mi información médica
- Mis derechos con respecto a mi información de salud
- Las obligaciones legales de Goshen Medical Center para proteger mi información de salud

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad también está disponible:

- En cualquier sede de Goshen Medical Center
- En el sitio web de Goshen Medical Center
- A solicitud del personal de la clínica

---

### **Uso y Divulgación de Información de Salud**

Entiendo que Goshen Medical Center puede usar o divulgar mi Información de Salud Protegida para los siguientes propósitos:

**Tratamiento** – proporcionar, coordinar o gestionar mi atención médica.

**Pago** – facturación y cobro de pago de compañías de seguros u otros pagadores.

**Operaciones de Atención Médica** – actividades administrativas, de mejoramiento de calidad, cumplimiento normativo, acreditación, capacitación y operacionales.

Todas las divulgaciones de mi información seguirán el Estándar de Mínimo Necesario según lo exige la ley federal.

---

## **Comunicaciones Electrónicas, Telesalud y Portal del Paciente**

Entiendo que mi Información de Salud Protegida puede ser creada, mantenida, transmitida o almacenada electrónicamente. Esto puede incluir:

- Expedientes Clínicos Electrónicos (EHR)
- Visitas de telesalud o telemedicina
- Comunicaciones del portal del paciente
- Mensajería electrónica segura
- Transmisión electrónica a farmacias, laboratorios, centros de imágenes y especialistas

Si bien Goshen Medical Center utiliza salvaguardas razonables y tecnologías compatibles con HIPAA, entiendo que la comunicación electrónica puede implicar ciertos riesgos para la privacidad.

Al firmar este formulario, reconozco y doy mi consentimiento para el uso de comunicaciones electrónicas seguras y tecnologías de telesalud apropiadas para mi atención.

---

## **Derecho de Acceso y Obtención de Copias de Expedientes**

Entiendo que tengo el derecho de:

- Inspeccionar y obtener una copia de mis expedientes de salud
- Solicitar copias electrónicas cuando estén disponibles
- Indicar a Goshen Medical Center que envíe mi información de salud a otra persona u organización
- Solicitar enmiendas a mi expediente médico si considero que la información es incorrecta

Las solicitudes de acceso o enmiendas deben realizarse por escrito según lo establecido en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

---

## **Derechos del Paciente con Respecto a la Privacidad**

Entiendo que tengo el derecho de:

- Solicitar restricciones sobre ciertos usos o divulgaciones de mi información de salud
- Solicitar comunicaciones confidenciales en una ubicación o número de teléfono alternativo
- Recibir un registro de ciertas divulgaciones de mi información de salud
- Presentar una queja si considero que mis derechos de privacidad han sido violados

Entiendo que Goshen Medical Center no está obligado a aceptar todas las restricciones solicitadas, pero cumplirá con las exigidas por la ley.

---

### **Notificación de Violaciones de Seguridad**

Entiendo que si mi Información de Salud Protegida está involucrada en una violación de seguridad reportable, Goshen Medical Center me notificará de conformidad con la ley federal y estatal.

---

### **Registros de Trastornos por Uso de Sustancias (42 CFR Parte 2)**

Si mi tratamiento incluye servicios relacionados con Trastornos por Uso de Sustancias (TUS), entiendo que estos registros reciben protecciones de confidencialidad adicionales bajo 42 CFR Parte 2.

Estos registros:

- No pueden divulgarse sin mi consentimiento escrito, excepto según lo permitido por la ley
- No pueden utilizarse en procedimientos legales sin una orden judicial especializada
- Deben seguir estrictas restricciones de redivulgación

Puede requerirse consentimiento adicional antes de ciertas divulgaciones de registros de tratamiento de TUS.

---

### **Protecciones de Confidencialidad de Carolina del Norte**

Mi información médica está protegida bajo las leyes de confidencialidad aplicables del estado de Carolina del Norte, que incluyen entre otras:

- Estatuto General de NC §130A-143 (Confidencialidad de información de salud)
  - Leyes estatales adicionales que protegen información de salud sensible
- 

### **Revocación del Consentimiento**

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud escrita al Oficial de Privacidad, excepto en la medida en que Goshen Medical Center ya haya actuado basándose en este consentimiento.

La revocación del consentimiento no afectará el tratamiento ya proporcionado.

---

### **Rechazo del Consentimiento**

Entiendo que Goshen Medical Center puede negarse a proporcionar servicios no urgentes si me niego a firmar este consentimiento. El tratamiento de emergencia no será denegado.

---

### **Reconocimiento y Firma**

Al firmar a continuación, reconozco que:

- He leído o se me ha explicado este consentimiento
- Comprendo la información contenida en este documento
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas
- Doy mi consentimiento voluntariamente para el tratamiento y las prácticas de privacidad descritas anteriormente

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

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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

### **Si es firmado por un representante personal:**

Nombre del Representante: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

---

**Solo para Uso de la Oficina**

Fecha en que se Proporcionó el Aviso de Prácticas de Privacidad: \_\_\_\_\_

Iniciales del Personal: \_\_\_\_\_

Método Proporcionado:

☐ Copia Impresa

☐ Copia Electrónica

☐ Aviso Publicado Reconocido

---

**Aviso de la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (FTCA)**

Goshen Medical Center, Inc. es considerado un empleado del Servicio de Salud Pública bajo la Ley de Asistencia a Centros de Salud con Apoyo Federal (FSHCAA) y está cubierto bajo la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (FTCA).



SLF \_\_\_\_\_

## Formulario de Elegibilidad para el programa de Descuento Escala Mínima

| Nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Garante<br>Relación | Fecha de<br>Nacimiento | Ingreso<br>(Bruto) | Frecuencia<br>(Semanal,<br>Quincenal, Por<br>Hora, Mensual<br>o Anual) | Fecha toda<br>Documentación<br>Recibida | Documentación<br>Recibida |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                        |                    |                                                                        |                                         |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                        |                    |                                                                        |                                         |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                        |                    |                                                                        |                                         |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                        |                    |                                                                        |                                         |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                        |                    |                                                                        |                                         |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                        |                    |                                                                        |                                         |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                        |                    |                                                                        |                                         |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                        |                    |                                                                        |                                         |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                        |                    |                                                                        |                                         |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                        |                    |                                                                        |                                         |                           |
| Hogar / Familia son todas las personas que residen físicamente en el mismo hogar y que son<br>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.<br>2. Entiendo y acepto cumplir con todos los términos y condiciones del Programa de descuento Escala Mínima.<br>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.<br>4. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Goshen Medical Center de cualquier cambio en los ingresos o el seguro. |                     |                        |                    |                                                                        |                                         |                           |
| <b>Documentación de Ingresos Aceptables</b><br><br>TALONES DE PAGO<br>1099'S<br>W2 O DECLARACION DE IMPUESTOS FEDERALES<br>CARTA DE LA COMPANIA CON LOS INGRESOS ANUAL (CARTA DEBE TENER NOMBRE DE CONTACTO Y NUMERO DE TELEFONO)<br>CARTA OFICIAL/DOCUMENTOS DEL SEGURO SOCIAL, CORTE, MANUTENCION DE MENORES, ETC.<br>FORMA DE VERIFICACION DE INGRESO COMPLETADA Y FIRMADA POR EL EMPLEADOR                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                        |                    |                                                                        |                                         |                           |
| <input type="checkbox"/> 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 notariada).

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:

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: \_\_\_\_\_

| <u>DÍA DE PAGO</u><br>(Preferido 4 fechas si está disponible) | <u>PAGO BRUTO</u> | <u>FRECUENCIA</u><br>(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: |



## 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 notariada).
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 Cabezal 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 ó 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 periodo. 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.



## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y COBERTURA FTCA**

**Vigente a partir del: 16 de febrero de 2026**

Goshen Medical Center, Inc. 444 SW Center Street Faison, NC 28341

Sedes satélites ubicadas en: Albemarle • Beulaville • Bolton • Bridgeton • Cape Fear • Chadbourn • Clinton (2) • Dunn • Duplin • Elizabethtown • Faison • Fayetteville • Fremont • Garland • Goldsboro • Jacksonville • Kenansville • Morehead • Mount Olive (2) • New Bern • New River • Raeford • Rockingham • Rose Hill • Rosewood • Sanford • Southport • Star • Tabor City • Wallace • Warsaw • Whiteville

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.**

---

### **Nuestro Compromiso con su Privacidad**

Goshen Medical Center, Inc. ("Goshen") se compromete a proteger su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de conformidad con:

- La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)
- Las Reglas Finales de HIPAA y las actualizaciones de la Regla de Seguridad vigentes a partir del 16 de febrero de 2026
- La Ley HITECH
- 42 CFR Parte 2 (Registros de Trastornos por Uso de Sustancias)
- Las leyes de confidencialidad aplicables del estado de Carolina del Norte

Este Aviso aplica a toda la PHI que creamos o recibimos, incluyendo comunicaciones en papel, electrónicas, de telesalud y del portal del paciente.

---

### **Comprensión de su Expediente Médico**

Cada visita — incluidas las consultas de telesalud — genera un expediente que puede incluir:

- Síntomas y hallazgos del examen

- Resultados de pruebas y diagnósticos
- Planes de tratamiento
- Información de facturación y seguros
- Notas de coordinación de atención
- Comunicaciones del portal del paciente

Su expediente sirve como:

- Base para la planificación del tratamiento
- Herramienta de comunicación entre proveedores
- Documento legal del cuidado recibido
- Instrumento de verificación de facturación
- Recurso para el mejoramiento de la calidad y la salud pública

---

### **Cómo Podemos Usar y Divulgar su Información**

Limitamos los usos y divulgaciones de la PHI al mínimo necesario para cumplir el propósito previsto, excepto cuando HIPAA permite un uso más amplio (como en el caso del tratamiento).

**Tratamiento** Utilizamos la PHI para proporcionar, coordinar y gestionar su atención médica, incluidos los servicios de telesalud y las consultas electrónicas.

**Pago** Utilizamos la PHI para obtener el pago por los servicios prestados.

**Cobros** Podemos divulgar información limitada y necesaria a agencias de cobro de terceros que trabajan en nuestro nombre bajo un Acuerdo de Asociado Comercial que les exige proteger su PHI.

**Operaciones de Atención Médica** Utilizamos la PHI para la evaluación de calidad, el cumplimiento normativo, la auditoría, la acreditación, la capacitación y la gestión operativa.

**Asociados Comerciales** Podemos compartir la PHI con proveedores contratados (laboratorios, empresas de facturación, proveedores de tecnología, plataformas de telesalud).

Bajo la aplicación de HIPAA de 2026:

- Los Asociados Comerciales son directamente responsables del cumplimiento de HIPAA.
- Los acuerdos escritos requieren salvaguardas de seguridad obligatorias.
- Las salvaguardas requeridas incluyen análisis de riesgo, cifrado donde corresponda, autenticación multifactor, controles de acceso, monitoreo y protocolos de respuesta a incidentes de seguridad.

**Telesalud y Portal del Paciente** Si utiliza telesalud o nuestro portal del paciente:

- Las comunicaciones están cifradas y son seguras.
- Puede solicitar copias electrónicas de su PHI en el formato solicitado, si están disponibles.
- Puede indicarnos que transmitamos su PHI electrónica a una aplicación de terceros de su elección.
- Usted es responsable de proteger sus credenciales de acceso.
- Aunque utilizamos tecnologías seguras, la transmisión de información a través de internet o aplicaciones móviles conlleva riesgos inherentes. Los pacientes deben tomar precauciones para proteger sus dispositivos personales.

---

### **Protecciones de la Información sobre Salud Reproductiva**

La ley federal prohíbe el uso o la divulgación de PHI en procedimientos penales, civiles, administrativos o de investigación relacionados con atención de salud reproductiva lícita.

Goshen Medical Center:

- No divulgará PHI para investigaciones prohibidas relacionadas con la salud reproductiva.
- Requerirá una declaración firmada cuando ciertas solicitudes involucren información de salud reproductiva potencialmente protegida.
- Denegará las solicitudes que no cumplan con los requisitos federales.

---

### **Mercadeo y Venta de PHI**

No utilizaremos ni divulgaremos su PHI con fines de mercadeo sin su autorización escrita, ni venderemos su PHI.

---

### **Comunicaciones de Recaudación de Fondos**

Podemos contactarle con fines de recaudación de fondos permitidos por la ley. Tiene el derecho de optar por no recibirlas en cualquier momento:

- Llamando a nuestro Oficial de Privacidad, o
- Siguiendo las instrucciones de exclusión incluidas en cualquier comunicación de recaudación de fondos.

No utilizaremos información sobre tratamiento de Trastornos por Uso de Sustancias con fines de recaudación de fondos.

---

### **Registros de Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) – 42 CFR Parte 2**

Si recibe servicios de tratamiento para TUS:

- Sus registros están protegidos bajo 42 CFR Parte 2.
  - Estos registros no pueden divulgarse sin su consentimiento escrito, excepto según lo permitido por la ley.
  - No pueden utilizarse en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos sin su consentimiento específico o una orden judicial especializada.
  - Puede revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento.
- 

### **Divulgaciones de Salud Pública y Legales**

Podemos divulgar PHI según lo exija la ley para:

- Reportes de salud pública
- Monitoreo de seguridad de la FDA
- Compensación laboral
- Actividades de supervisión de salud

- Propósitos de aplicación de la ley cuando lo requiera la ley o en respuesta a una orden judicial, citación, orden de registro u otro proceso legal
  - Adquisición de órganos
  - Instituciones correccionales
  - Directores de funerarias
  - Investigación
  - Comunicación con familiares
- 

### **Notificación de Violaciones de Seguridad**

Si su PHI no asegurada es objeto de una violación de seguridad, será notificado sin demora injustificada y a más tardar 60 días después del descubrimiento, según lo exige la ley federal.

---

### **Sus Derechos**

Usted tiene el derecho de:

- Obtener una copia en papel o electrónica de este Aviso.
- Inspeccionar y obtener una copia de su PHI dentro de los 15 días posteriores a la solicitud (se permite una prórroga de 15 días con explicación escrita).
- Recibir copias en formato electrónico si están disponibles.
- Dirigir la transmisión electrónica a un tercero.
- Solicitar enmiendas a su expediente.
- Obtener un registro de las divulgaciones realizadas.
- Solicitar restricciones sobre ciertas divulgaciones.
- Solicitar comunicaciones confidenciales por medios alternativos.
- Revocar autorizaciones por escrito.
- Ser notificado de violaciones de seguridad.

Pueden aplicarse tarifas razonables basadas en el costo.

---

## Nuestras Responsabilidades

Goshen Medical Center está obligado a:

- Mantener la privacidad y seguridad de la PHI.
- Implementar salvaguardas administrativas, físicas y técnicas diseñadas para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de salud protegida electrónica (ePHI).
- Realizar análisis de riesgo y evaluaciones de seguridad de manera regular.
- Aplicar los estándares de mínimo necesario.
- Proporcionar notificación de violaciones de seguridad según lo requerido.
- Cumplir con este Aviso.
- Notificarle sobre cambios sustanciales.

Nos reservamos el derecho de revisar este Aviso y hacer que los cambios sean efectivos para toda la PHI que mantenemos.

---

## Declaración de No Discriminación

Goshen Medical Center cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Goshen Medical Center proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés.

---

## Quejas

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, comuníquese con:

**Oficial de Cumplimiento de Privacidad, Tori Gautier** Goshen Medical Center, Inc.

Teléfono: 910-267-2045

O presente una queja ante:

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

No habrá represalias por presentar una queja.

---

### **Cobertura de la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (FTCA)**

Las Leyes de Asistencia a Centros de Salud con Apoyo Federal (FSHCAA) de 1992 y 1995 extienden las protecciones de la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios bajo 28 U.S.C. §§ 1346(b), 2401(b) y 2679–2680 a los centros de salud elegibles financiados bajo la Sección 330 de la Ley de Servicio de Salud Pública (42 U.S.C. § 254b).

**Goshen Medical Center, Inc. está cubierto bajo esta legislación.**