



Le damos la bienvenida a Outer Cape Health Services

Agradecemos que nos haya elegido como proveedor de atención médica.

Como hogar médico centrado en el paciente, Outer Cape Health Services proporciona atención médica respaldada en evidencias, basada en relaciones y orientada a todos los aspectos de una persona. Asociarse con los pacientes y sus familias requiere comprender y respetar la cultura, los valores, las preferencias y las necesidades únicas de cada paciente. El hogar médico apoya de manera activa a los pacientes a medida que aprenden a administrar y organizar su propia atención médica en el nivel que ellos mismos elijan. En Outer Cape Health Services, reconocemos que los pacientes y sus familias son miembros fundamentales del equipo de atención; por eso, nos esforzamos para garantizar que nuestros pacientes sean socios plenamente informados a la hora de establecer planes de atención centrados en la prevención, el bienestar y la atención médica de calidad.

Debe completar este paquete de admisión para nuevos pacientes y entregárnoslo antes de programar su primera cita. ***Complete todos los formularios con tinta negra únicamente para garantizar la legibilidad cuando sean escaneados.***

Este paquete incluye lo siguiente:

- 1) **Aviso de prácticas de privacidad:** Por favor, revíselo cuidadosamente.
- 2) **Formulario de registro del paciente:** Complete todas las partes de este formulario. Tenga en cuenta que, como centro de salud calificado a nivel federal, estamos obligados a recopilar información demográfica de los pacientes que atendemos. La información que usted proporciona es confidencial.
- 3) **Cuestionario de antecedentes médicos:** Un resumen de sus antecedentes médicos, medicamentos, alergias, hábitos de salud y antecedentes médicos familiares. Registre todos los medicamentos que esté tomando, incluidos los de venta libre y los suplementos.
- 4) **Acuerdo de tratamiento, pago y recopilación de datos:** Debe ser firmado antes de ver a un médico clínico.
- 5) **Autorización para solicitar información médica protegida:** Para garantizar la continuidad de la atención, debemos recibir los expedientes médicos de su proveedor de atención primaria (PCP) anterior. Es su responsabilidad completar el formulario de autorización con el propósito de autorizarnos a solicitar los expedientes médicos a su consultorio anterior.

Repase las siguientes responsabilidades del paciente:

- ❖ Seguros: No aceptamos todos los planes de seguro. Si tiene un seguro para el cual no nos ocupamos de los reclamos, usted es responsable del pago en el momento del servicio. Puede enviar el recibo a su compañía de seguros para que le hagan un reembolso, aunque no podemos garantizar de cuánto será ese reembolso, si es que corresponde.
- ❖ Aceptamos pagos en efectivo, cheques y tarjetas de crédito.
- ❖ Si tiene un plan de seguro que requiere la asignación de un PCP, es su responsabilidad comunicarse con su compañía de seguros para informarles su nuevo PCP.
- ❖ Copagos: Todo copago que exija su compañía de seguros debe pagarse en el momento de la consulta.
- ❖ Recetas: Se requiere que nos avise 48 horas antes para procesar todas las solicitudes de reposición de medicamentos. Si solicita una reposición un viernes, es posible que no esté disponible hasta el lunes.
- ❖ No se emiten recetas para reponer sustancias controladas en la primera visita.

Llegue 15 minutos antes de su cita.

¡Gracias por elegir Outer Cape Health Services!

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE
UTILIZAR Y COMPARTIR CON OTRAS PERSONAS
SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED
PUEDE ACCEDER A ELLA. REVÍSELO
CUIDADOSAMENTE.**

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

En general, ¿cómo usamos o compartimos su información médica?

Por lo general, usamos su información médica de las siguientes maneras:

Para brindarle tratamiento: Outer Cape Health Services utiliza un sistema seguro para almacenar los expedientes médicos. El acceso a sus expedientes médicos y a otra información que conservamos en Outer Cape Health Services está restringido a los médicos clínicos y al personal que necesitan la información para brindarle tratamiento, procesar pagos o realizar operaciones relacionadas con la atención médica, o para otros fines permitidos descritos en este aviso.

En algunos casos, los médicos clínicos de otras organizaciones de atención médica pueden acceder electrónicamente a la información médica que generamos o conservamos en Outer Cape Health Services, a través de una red segura para la transmisión de información médica, por ejemplo, la red Massachusetts Health Information Highway ("The Hiway"). Todos los médicos clínicos están obligados a proteger la confidencialidad de su información.

Outer Cape Health Services forma parte de un acuerdo organizado de atención médica que agrupa a los participantes del sistema OCHIN. Hay disponible una lista actualizada de los participantes de OCHIN en www.ochin.org. Como socio comercial de Outer Cape Health Services, OCHIN le suministra tecnología de la información y servicios relacionados (tanto a Outer Cape Health Services como a otros participantes). OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de prácticas recomendadas y evaluar los beneficios clínicos obtenidos del uso de sistemas de expedientes médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de derivaciones de pacientes a recursos internos y externos. Outer Cape Health Services podría compartir su información médica con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para realizar operaciones de atención médica conforme al acuerdo de atención médica organizada.

Care Everywhere: Los médicos clínicos que participan en la atención de un paciente y que utilizan el sistema Epic/OCHIN pueden compartir información de forma segura. La información compartida a través de Care Everywhere puede incluir información médica confidencial, por ejemplo, información referida al tratamiento por abuso de drogas y alcohol o derivaciones para recibir ese tipo de tratamiento, diagnóstico y tratamiento de salud mental, pruebas genéticas, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, y diagnóstico y tratamiento del VIH/sida. Los pacientes pueden elegir que su información no se comparta a través de Care Everywhere.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Para dirigir nuestra organización: Podemos usar y compartir su información médica para dirigir nuestro consultorio, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Para facturar nuestros servicios: Podemos usar y compartir su información médica para facturar y cobrarles nuestros servicios a planes o entidades de salud, incluso a personas (por ejemplo, a miembros de la familia) que sean responsables de pagar la atención médica que usted recibe.

¿De qué otra forma podemos compartir su información?

Tenemos permitido, o se nos exige, compartir su información de maneras que contribuyan al bien público, por ejemplo, a la salud pública y a tareas de investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones de la ley para poder compartir su información.

Encontrará más información al respecto en <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/index.html>.

Para ayudar con problemas de seguridad y salud pública, por ejemplo:

- Prevención de enfermedades.
- Colaboración para retirar productos del mercado.
- Informes de reacciones adversas a los medicamentos.
- Denuncias de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Para llevar a cabo estudios de investigación: Podemos usar o compartir su información para realizar investigaciones sobre la salud.

Para cumplir con las leyes: Si las leyes estatales o federales lo requieren, divulgaremos la información que tengamos sobre usted.

Por ejemplo: Massachusetts Immunization Information Systems ("MIIS") es un sistema estatal para hacer un seguimiento de las vacunas administradas a usted y su familia. El objetivo es garantizar que todas las personas en el estado estén al día con sus vacunas y que los registros estén disponibles cuando los necesite, como cuando un niño ingresa a la escuela, en caso de emergencia o cuando cambie de médico clínico. Puede optar por no participar en el programa, pero su información aún se conservará en la base de datos del MIIS. Optar por no participar solo significa que deberá realizar un seguimiento de los registros de vacunación de su hijo si cambia de médico o se vacuna en otro centro de salud.

Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos: Compartimos información sobre usted con organizaciones dedicadas a la obtención de órganos.

Para colaborar con un médico forense o director de funeraria: Compartimos información cuando una persona fallece.

Para atender a solicitudes respecto de la indemnización de los trabajadores, del cumplimiento de las leyes y otras solicitudes gubernamentales:

- Reclamos de indemnización de los trabajadores.
- Cumplimiento de las leyes: Compartimos su información con funcionarios encargados del cumplimiento de las leyes.
- Supervisión de la salud: Compartimos su información con agencias de supervisión de la salud para que lleven a cabo actividades autorizadas conforme a las leyes.
- Colaboración con funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

Para responder a demandas y acciones legales: Podemos compartir información médica sobre usted por orden judicial o administrativa, o en respuesta a un citatorio.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- La ley nos exige cuidar la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se filtra información.
- Cumpliremos con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le entregaremos una copia de ellas.
- Únicamente compartiremos y usaremos su información en los casos descritos en este aviso, a menos que usted nos autorice a hacerlo con otro propósito. Si cambia de opinión en algún momento, deberá comunicárnoslo por escrito.

Somos miembros de Community Care Cooperative (C3), una organización de atención responsable (ACO). Como tales, nos comprometemos a salvaguardar su privacidad y garantizar que su información personal se maneje con cuidado y respeto. **En nuestros esfuerzos por brindar atención integral e inclusiva, recopilamos información demográfica, que incluye raza, etnia, idioma de preferencia, discapacidad, identidad de género y orientación sexual.** Esta información nos ayuda a comprender mejor las diversas necesidades de nuestra comunidad para que podamos satisfacerlas. El acceso a los datos demográficos está restringido; únicamente puede acceder a ellos el personal autorizado. Se han implementado medidas de protección físicas para evitar el acceso no autorizado, entre ellas: sistemas de archivo seguros y áreas de acceso restringido. Nuestros sistemas de expedientes médicos electrónicos (EHR) están equipados con sólidas medidas de seguridad para proteger contra el acceso no autorizado; entre ellas, el cifrado, la autenticación de usuarios y los historiales de actividad. **La información demográfica se utiliza para adecuar nuestros servicios y programas de modo que satisfagan mejor sus necesidades y preferencias individuales. La información demográfica nunca se utilizará para discriminar o estigmatizar a ninguna persona o grupo. No divulgaremos su información demográfica a terceros sin su consentimiento explícito, salvo que así lo exija la ley.**

SUS DERECHOS

Obtener una copia electrónica de su expediente médico:

Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información médica que tengamos sobre usted.

Pedirnos que corrijamos su expediente médico: Puede pedirnos que corrijamos la información sobre usted que considere incorrecta.

Solicitar comunicaciones confidenciales: Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (a su teléfono fijo o celular). Se aprobarán **todas las solicitudes razonables.**

Pedirnos que limitemos lo que compartimos:

- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si aceptarla pudiera afectar la atención médica que usted recibe.

- Si usted paga de su bolsillo la atención médica, puede solicitarnos no compartir esa información con su compañía de seguros de salud. Aceptaremos su solicitud, a menos que la ley nos exija compartir esa información.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido la información:

- Puede solicitar una lista (un informe) de las veces que hemos compartido su información médica en los 6 años anteriores a la fecha de la solicitud, con quiénes la compartimos y por qué.
- Divulgaremos toda la información que tengamos, excepto la relacionada con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y toda otra divulgación que usted nos haya solicitado.

Obtener una copia del Aviso de privacidad: Puede solicitar una copia impresa o electrónica.

Presentar una queja si considera que no se han respetado sus derechos: Puede presentar una queja si cree que no hemos respetado sus derechos. Comuníquese con el centro donde recibió atención médica o con el oficial de privacidad de Outer Cape Health Services al 508-905-2820. También se puede presentar una queja a estas entidades:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., a esta dirección: US Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, SW, Washington DC 20201; teléfono: 1-877-696-6775; correo electrónico: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.
- La Oficina del Coordinador Nacional de Tecnologías de la Información en Salud, en <https://www.healthit.gov/topic/information-blocking>.
- Los miembros de C3 pueden presentar una queja formal a Community Care Cooperative (C3), Member Advocates Grievance, 75 Federal Street, 7th floor, Boston, MA 02110; teléfono: 866-676-9226(TTY: 711).

Outer Cape Health Services no tomará represalias en su contra por presentar una queja.

SUS OPCIONES

En el caso de cierta información médica, puede indicarnos sus preferencias acerca de lo que compartimos. Avísenos si tiene preferencias claras en cuanto a la forma en que compartimos la información en las situaciones que se describen a continuación.

- Con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención médica.
- En una situación de ayuda humanitaria.

Si no estuviera presente, no pudiera comunicarse o se encontrara en una situación de emergencia, podemos ejercer nuestro criterio para determinar si se debe divulgar información a otras personas involucradas en su atención. También podemos compartir información cuando sea necesario para advertir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

Las leyes federales y estatales exigen su autorización específica por escrito para la divulgación, la comercialización y la venta de la siguiente información: notas de psicoterapia, según lo definido por las leyes; comunicaciones con ciertos profesionales de salud conductual; comunicaciones entre víctimas de violencia doméstica y sus consejeros especializados en violencia doméstica; y entre víctimas de agresión sexual y sus consejeros especializados en agresión sexual; e información relacionada con el tratamiento por abuso de sustancias, pruebas de VIH y sus resultados; tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y pruebas genéticas.

Si prefiere que no nos comuniquemos con usted con el propósito de recaudar fondos, comuníquese con el oficial de privacidad de Outer Cape Health Services al 508-905-2820.

Derecho a cambiar los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso. Los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Podrá obtener el nuevo aviso cuando lo solicite a Outer Cape Health Services; también lo encontrará en nuestro sitio web. **La fecha de entrada en vigor de este aviso es el 1 de enero de 2025.**

Formulario de registro del paciente

Información del paciente (Escriba de manera clara, únicamente con tinta NEGRA)				
Nombre legal*	Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Nombre que prefiere:
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ____/____/____			N.º del Seguro Social	

Orientación sexual e identificación de género		
Sexo asignado al nacer ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Intersexual ☐ No registrado en el certificado de nacimiento ☐ No sé/tengo dudas sobre mi sexo al nacer ☐ Prefiero no responder ☐ Otro _____	Sexo legal ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario ☐ Otro _____	Pronombres ☐ Ella ☐ Él ☐ Elle ☐ Nombre del paciente ☐ Prefiero no responder ☐ Los pronombres con los que me identifico no aparecen en la lista
Orientación sexual ☐ Asexual ☐ Pansexual ☐ Bisexual ☐ <i>Queer</i> ☐ Gay ☐ No sé ☐ Heterosexual ☐ Prefiero no responder ☐ Omnisexual ☐ Otra _____		Identidad de género ☐ Hombre ☐ <i>Genderqueer</i> o no binario ☐ Mujer ☐ Prefiero no responder ☐ Mujer transgénero ☐ Otra _____ ☐ Hombre transgénero ☐ En cuestionamiento

Información de contacto	
Dirección postal	Ciudad Estado Código postal
Dirección (si es diferente a la anterior)	Ciudad Estado Código postal
Marque con un círculo su número de teléfono principal:	
Teléfono de casa: () Teléfono celular: () Teléfono del trabajo: ()	Preferencias de comunicación Marque todo lo que corresponda: ☐ Correo postal ☐ MyChart ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono <i>Los recordatorios de citas se envían de forma predeterminada por mensaje de texto. Marque esta casilla si prefiere los recordatorios por llamada telefónica.</i> ☐
Dirección de correo electrónico	¿Le gustaría registrarse en MyChart? ☐ Sí ☐ No

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Información demográfica

Esta información es solo para recopilar datos demográficos; no afectará su atención. Como centro de salud calificado a nivel federal, en Outer Cape Health Services tenemos la obligación de recopilar información demográfica sobre los pacientes que atendemos. La información que usted proporciona es confidencial.

Estado civil

- ☐ Casado ☐ En pareja
☐ Soltero ☐ Divorciado
☐ Otro _____

Condición de veterano

- ☐ Servicio activo
☐ Servicio inactivo
☐ No soy veterano
☐ Veterano reservista

Origen étnico

- ☐ Hispano o latino
☐ Ni hispano ni latino
☐ No sé/tengo dudas sobre mi origen étnico
☐ Prefiero no responder

Grupo(s) racial(es) (marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Indio americano o nativo de Alaska
Especifique: _____
☐ Asiático
Especifique: _____
☐ Negro o afroamericano

- ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
Especifique: _____
☐ Blanco

- ☐ Otro
Especifique: _____
☐ Prefiero no responder
☐ No sé/tengo dudas sobre mi raza

Empleo

Situación laboral

- ☐ Empleado de tiempo completo
☐ Empleado de medio tiempo
☐ Estudiante de tiempo completo
☐ Otro _____

Ocupación

Nombre del empleador/escuela _____

¿Tiene cobertura del seguro de la escuela o del empleador?

- ☐ Sí ☐ No

Idioma

Idioma hablado preferido

- ☐ Lenguaje americano de señas
☐ Inglés
☐ Francés
☐ Criollo haitiano
☐ Español
☐ Portugués
☐ Prefiero no responder
☐ Otro _____

Idioma escrito preferido

- ☐ Inglés
☐ Francés
☐ Criollo haitiano
☐ Español
☐ Portugués
☐ Prefiero no responder
☐ Otro _____

Farmacia preferida

Nombre de la farmacia _____ Dirección _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Información sobre el seguro	
Cobertura médica	Nombre del plan _____ N.º de suscriptor _____ Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección del suscriptor _____
Cobertura secundaria	Nombre del plan _____ N.º de suscriptor _____ Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección del suscriptor _____
Cobertura de servicios para la visión	Nombre del plan _____ N.º de suscriptor _____ Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección del suscriptor _____

Discapacidad				
1. ¿Tiene dificultades para oír o no oye?	SÍ	NO	Prefiero no responder	No sé/tengo dudas
2. ¿Tiene dificultades para ver o no ve?	SÍ	NO	Prefiero no responder	No sé/tengo dudas
3. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene problemas graves de concentración, le cuesta recordar o tomar decisiones?	SÍ	NO	Prefiero no responder	No sé/tengo dudas
4. ¿Tiene dificultades para caminar o subir escaleras?	SÍ	NO	Prefiero no responder	No sé/tengo dudas
5. ¿Tiene problemas para vestirse o bañarse?	SÍ	NO	Prefiero no responder	No sé/tengo dudas
6. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer diligencias?	SÍ	NO	Prefiero no responder	No sé/tengo dudas

Firma del paciente _____

Fecha: _____

Formulario demográfico anual

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Todos los pacientes deben completar este formulario; se les solicitará actualizarlo todos los años. Como centro de salud calificado a nivel federal, estamos obligados a obtener la siguiente información. Esta información se recopila ÚNICAMENTE con fines de subvención, financiamiento y generación de informes. Nunca se incluyen datos de identificación personal. La confidencialidad de la información que se presenta más abajo está amparada por las leyes.

Tamaño de la familia:

¿Cuántas personas conforman el hogar familiar? _____ ☐ Prefiero no informarlo

Ingresos:

Teniendo en cuenta a todos los integrantes de la familia: usted, su cónyuge y todos los hijos dependientes (de 18 años o menos que todavía se incluyen como dependientes en su declaración de impuestos federal), ¿cuánto es el ingreso bruto (ingreso antes de impuestos) de su familia?

\$ _____ **Seleccione una opción:** ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual
☐ Prefiero no informarlo

Situación de vivienda

¿Qué opción describe mejor su situación de vivienda?

- ☐ Estoy en riesgo de quedarme sin hogar
- ☐ Soy menor de edad y estoy en riesgo de quedarme sin hogar
- ☐ Ahora tengo hogar, pero no tuve hogar en los últimos 12 meses
- ☐ Vivo en un refugio
- ☐ Vivo con otras personas
- ☐ Tengo hogar
- ☐ Vivo en una vivienda de apoyo permanente
- ☐ Vivo en un hotel de ocupación individual
- ☐ Vivo en la calle, en una carpa, en un puente
- ☐ Vivo en una vivienda transitoria
- ☐ Soy veterano y estoy en riesgo de quedarme sin hogar
- ☐ Prefiero no informarlo

Condición de trabajador migrante/estacional

¿Es trabajador agrícola migrante o estacional? ☐ Estacional ☐ Migrante ☐ Ninguno
☐ Prefiero no informarlo

Para uso exclusivo del personal: PCP _____



CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

Toda la información que proporcione es estrictamente confidencial y pasará a formar parte de su expediente médico. Responda las preguntas lo mejor que pueda. Puede dejar algunos o todos los campos en blanco, pero su proveedor podría pedirle esa información en la consulta médica.

Complételo únicamente con tinta NEGRA.

Fecha en que se completó: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del 2.º nombre _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

Preferencia en cuanto al género del proveedor de atención primaria

Masculino

Femenino

Indiferente

Fuente de atención médica anterior: (Nombre del proveedor de atención primaria, centro, número de teléfono)

Fecha de su última consulta: _____

¿Ha completado y firmado un formulario de autorización para que su proveedor de atención primaria y especialistas, incluidos proveedores de salud mental, divulguen su expediente médico? ☐ Sí ☐ No

Si no lo ha hecho, complete y firme los formularios de autorización que correspondan.

AFECCIONES MÉDICAS: Marque con un círculo todas las afecciones que haya tenido.

Alergias o asma	Colesterol (alto)	Presión arterial alta
Reflujo ácido/acidez estomacal	Insuficiencia cardíaca congestiva	Enfermedad pulmonar
Alcoholismo	Depresión o ansiedad	Accidente cerebrovascular
Anemia	Diabetes	Enfermedad tiroidea
Artritis	Trastorno por consumo de drogas o alcohol	Otras (enumérelas):
Protuberancias/quistes en los senos	Enfermedad cardíaca	
Cáncer (tumores)	Hepatitis	

CIRUGÍAS Y OTRAS HOSPITALIZACIONES

Fecha	Tipo de cirugía/motivo	Nombre del hospital

EXÁMENES RECIENTES (p. ej., última mamografía, prueba de Papanicolaou, colonoscopia; solicite los registros previos a los centros donde se los realizaron)

OTROS MÉDICOS Y ESPECIALISTAS (Equipo de atención al paciente)

Tipo de especialista	Especialista/centro	Tipo de especialista	Especialista/centro
Odontólogo		Ginecólogo/obstetra	
Oftalmólogo		Podólogo	
Dermatólogo		Otro	
Psiquiatra (que le emite recetas)		Otro	
Terapeuta/consejero		Otro	

MEDICAMENTOS CON RECETA, MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE Y PRODUCTOS A BASE DE HIERBAS

Nombre

Dosis

Frecuencia

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Medicamento

Reacción

ALERGIAS A ALIMENTOS Y A FACTORES AMBIENTALES

Causa

Reacción

ANTECEDENTES SOCIALES/HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

Ocupación: _____

Situación de vivienda: _____

Estado civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ En pareja ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Tabaco ¿Ha consumido tabaco alguna vez?

☐ Fumador ☐ Exfumador ☐ Nunca fumé

Si consume o consumía tabaco, ¿durante cuántos años lo hizo? _

Si consume o consumía tabaco, ¿en qué año lo hizo por última vez? ____

Cantidad por día: Cigarrillos ____ Cigarros ____ Vapeador/pipa
Tabaco de mascar _____

Alcohol

¿Con qué frecuencia consumió bebidas alcohólicas en el último año?

☐ Nunca ☐ Una vez por mes o menos ☐ Dos a cuatro veces por mes
☐ Dos o tres veces por semana ☐ Cuatro o más veces por semana

¿Cuántas bebidas alcohólicas consumió en un día normal cuando bebía en el último año? (1 trago = 12 onzas de cerveza, 4 onzas de vino o 1.5 onzas de bebidas espirituosas)

☐ 0 tragos ☐ 1 o 2 ☐ 3 o 4 ☐ 5 o 6 ☐ 7 a 9 ☐ 10 o más

¿Con qué frecuencia consumió seis o más tragos en una ocasión en el último año?

☐ Nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ Todos los meses ☐ Todas las semanas
☐ Todos los días o casi todos

Salud sexual

¿Cuándo fue la última vez que le hicieron pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS)? _____

¿Ha tenido algún tipo de contacto sexual desde la última vez que se hizo pruebas de detección de ITS?

☐ Sí ☐ No

Si tiene alguna inquietud sobre alguna infección de transmisión sexual para la que necesite un tratamiento con mayor urgencia, comuníquese con nuestro personal de salud sexual al 774-538-3350.

Drogas

¿Alguna vez consumió drogas recreativas o ilícitas?

☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez consumió indebidamente medicamentos recetados o de venta libre?

☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez usó una aguja para inyectarse drogas que no le recetaron?

☐ Sí ☐ No

¿Le gustaría reunirse con un médico clínico para hablar de manera confidencial sobre su consumo de drogas?

☐ Sí ☐ No

Violencia doméstica

¿Alguna vez fue víctima de abuso verbal, psicológico o físico?

☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez alguien de su entorno representó una amenaza para su seguridad?

☐ Sí ☐ No

¿Siente que su hogar es un entorno que le brinda protección?

☐ Sí ☐ No

Dieta Enumere toda restricción en cuanto a su dieta: _____

Ejercicio ¿Qué tipo de ejercicio hace? _____

¿Cuántas veces a la semana? _____ Duración del entrenamiento _____

Cafeína ¿Qué cantidad de tazas/bebidas toma por día?

Café _____ Gaseosa _____

Té _____ Bebida energética _____

Salud mental ¿Alguna vez tuvo una hospitalización psiquiátrica? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez intentó suicidarse? ☐ Sí ☐ No

Seguridad alimentaria En los últimos 12 meses, ¿le ha preocupado que la comida fuera a acabarse antes de que tuviera dinero para comprar más?

☐ Sí ☐ A veces ☐ Nunca

Salud de la mujer ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No

Fecha de la última menstruación _____ Período cada _____ días durante _____ días

¿Actualmente está tratando de quedar embarazada? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es no, ¿qué método anticonceptivo usa? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

☐ ¿Usted fue **adoptado**? Historia desconocida ☐ Sí ☐ No

Familiar	Edad	¿Vive?	Si falleció, escriba la causa	Edad a la que falleció
Madre				
Padre				
Hermanos				
Hijos				
Otro				

Gracias por completar este formulario

Autorización para solicitar información médica protegida

Complete un formulario por proveedor.

Si necesita formularios de solicitud adicionales, puede conseguirlos en nuestro sitio web o en la clínica.



HEALTH SERVICES

Nombre del paciente	Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)
Dirección del paciente	Calle	Ciudad/pueblo		Estado Código postal
Número de teléfono del paciente				
Por medio de la presente, autorizo y solicito que se envíe una copia de mis expedientes médicos por correo postal o fax a: Outer Cape Health Services P.O. Box 598, Harwich Port, MA 02646 Fax: 508-487-6298 Por estos motivos: ☐ Personales ☐ Legales ☐ Traspaso de la atención ☐ Otro Información solicitada: _____ ☐ Todos los expedientes Para el período comprendido desde el _____ hasta el _____				
Información sobre el consultorio anterior				
Nombre del consultorio				
Dirección del consultorio				
Número de teléfono		Número de fax		

Información protegida por las leyes estatales: Escriba abajo sus

Tratamiento por abuso de alcohol o	La AUTORIZO. Escriba sus iniciales:
VIH/enfermedades contagiosas*	La AUTORIZO. Escriba sus iniciales:
Pruebas genéticas	La AUTORIZO. Escriba sus iniciales:
Servicios de salud mental	La AUTORIZO. Escriba sus iniciales:
(Servicios de salud mental prestados por un profesional que cuenta con una licencia vigente conforme al título 32: profesional de enfermería clínica especializado, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o médico)	

Esta autorización es válida para la divulgación de información médica protegida durante 180 días a partir de la fecha indicada abajo **O hasta cuando aquí se indica** (elijá la opción que corresponda):

☐ Divulgación por única vez ☐ Hasta que se terminen los servicios ☐ Hasta que se revoque por escrito ☐ Otra

Nombre del paciente o representante legal (en letra de imprenta) _____

Dirección: _____

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

Para el consultorio que envía los expedientes:

Envíen únicamente lo siguiente:

- Hoja de procedimientos para preservar la salud
- Registro de vacunación
- Último examen físico general
- Notas de las 3 últimas visitas al consultorio
- Resultados de laboratorio de este año y del año pasado
- Todos los informes de patología
- Último informe de la prueba de Papanicolaou y todo informe de resultados anormales
- Última colonoscopia y todo informe de resultados anormales
- Última mamografía y todo informe de resultados anormales
- Última radiografía de tórax y todo informe de resultados anormales
- Todas las imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas, estudios de radiología intervencionista
- Notas de todas las consultas de los últimos 2 años, a excepción de todas las de cardiología, oncología, neuropsiquiatría y manejo del dolor
- Todas las pruebas cardiológicas realizadas en los últimos 2 años
- Todas las pruebas neurológicas (EMG, EEG) o pulmonares realizadas en los últimos 2 años
- Resúmenes de alta hospitalaria
- Todos los registros de salud mental de los últimos 2 años

* Se requiere una autorización por separado para cada solicitud de divulgación de los resultados de las pruebas de VIH/sida (conforme al capítulo 111, sección 70F, de las Leyes Generales de Massachusetts).

** La divulgación de información debe cumplir con las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) federal y con las reglamentaciones federales que protegen la confidencialidad de los registros de clientes sobre abuso de alcohol y drogas (título 42, parte 2, del Código de Reglamentaciones Federales). Nota para el destinatario: El presente documento contiene información confidencial. El título 42, parte 2, del Código de Reglamentaciones Federales le prohíbe hacer cualquier otra divulgación de esta información, a menos que la persona a la que pertenece la información lo autorice expresamente por escrito, o según se permita por ley. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a alguien por abuso de alcohol o drogas.

Por la presente, divulgo mi información médica para los fines indicados anteriormente. Entiendo que una vez que dicha información ha sido divulgada al destinatario previsto, Outer Cape Health Services no puede garantizar que el destinatario no volverá a divulgar mi información médica a un tercero. Es posible que no se le exija al tercero que cumpla con esta autorización o con las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información médica.

Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el oficial de cumplimiento de Outer Cape Health Services por teléfono al 508-905-2820 o por correo electrónico, a patientexperience@outercape.org.

Envíen todos los expedientes médicos solicitados a:

Outer Cape Health Services

P.O. Box 598, Harwich Port, MA 02646

Fax: 508-487-6298

Teléfono: 774-209-3232

Un facsímil o una copia de este documento son tan válidos como el original.

Escanee el documento completado y súbalo al sistema de expedientes médicos electrónicos (EMR): "Consents and Contracts" (Consentimientos y contratos).

Revisado en enero de 2025



HEALTH SERVICES

Autorización para divulgar información al representante del paciente

Al completar el presente formulario y firmarlo:

Autorizo a Outer Cape Health Services a repasar mis antecedentes médicos con mi(s) representante(s) (enumerado[s] a continuación).

Entiendo que esto puede implicar información confidencial, por ejemplo:

- tratamiento por abuso de alcohol o drogas;
- VIH/enfermedades contagiosas;
- pruebas genéticas;
- servicios de salud mental.

También autorizo a mi representante a solicitar en mi nombre una copia de mi expediente médico y acepto que mi representante tendrá que completar un formulario de autorización para solicitar información médica protegida.

Este permiso únicamente expira si lo cancelo o lo modifico, o si fallezco. Puedo cancelarlo o modificarlo en cualquier momento. Debo modificarlo por escrito y enviarlo a Outer Cape Health Services, a la dirección que figura en este formulario. Entiendo que las modificaciones o cancelaciones:

- No afectan la información ya compartida con mis representantes.
- No comienzan hasta que Outer Cape Health Services reciba mi solicitud por escrito.

Si deseo cambiar mis representantes, debo completar un nuevo formulario. Entiendo que cuando completo un nuevo formulario, el anterior ya no es válido. Mis representantes no pueden compartir información sin mi permiso. Si lo hicieran, es posible que la ley federal no proteja esas acciones.

Autorizo a Outer Cape Health Services a hablar con mis representantes. No necesito firmar este formulario para asegurarme de recibir tratamiento.

Mi información: Nombre (del paciente): _____ Fecha de nacimiento: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Representante(s) del paciente: Enumere a las personas que serán sus representantes. El personal les pedirá su nombre y fecha de nacimiento antes de hablar con ellas. Asegúrese de que tengan esta información.

1. Nombre del representante: _____ Relación con el paciente: _____

N.º de teléfono: _____

2. Nombre del representante: _____ Relación con el paciente: _____

N.º de teléfono: _____

3. Nombre del representante: _____ Relación con el paciente: _____

N.º de teléfono: _____

Al firmar a continuación, doy permiso a Outer Cape Health Services para hablar con mis representantes aquí mencionados sobre mi información médica, sin restricciones.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Si firma el representante legal, indique la relación con el paciente

Envíe este formulario al Departamento de Expedientes Médicos o tráigalo a la clínica:

Outer Cape Health Services

PO BOX 598 Harwich Port, MA 02642

Fax: (508) 487-6298

Acuerdo de tratamiento, pago y recopilación de datos

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

- Por el presente, doy mi consentimiento y autorizo a Outer Cape Health Services a tratarme toda afección médica o mental, siempre que el proveedor de atención médica me haya explicado mi afección, los procedimientos y los métodos alternativos de tratamiento. El proveedor de atención médica habló conmigo sobre los riesgos previsibles del tratamiento mencionado y me informó que puede haber resultados indeseables.
- Entiendo que Outer Cape Health Services opera un consultorio de atención primaria que integra servicios de salud conductual, lo que significa que el personal de salud conductual es parte de mi equipo médico y de mi experiencia. Entiendo, además, que recibir tratamiento de un proveedor de salud conductual en un entorno de atención primaria puede ocasionar cargos adicionales para mi seguro. Esto también puede dar como resultado un copago o coseguro adicional. Reconozco que, en caso de que la cobertura sea insuficiente, seré responsable del saldo restante.
- Autorizo exámenes y tratamiento para esta y todas las visitas posteriores para la salud física o mental.
- He leído detenidamente y comprendo plenamente este formulario de consentimiento informado. Todas mis preguntas han sido respondidas de manera adecuada.
- Entiendo que soy responsable de todos los cargos y deducibles. Hay asistencia financiera disponible para quienes reúnan ciertos requisitos.
- Acepto toda responsabilidad respecto del pago de los servicios y respecto de conseguir las derivaciones de mi médico de atención primaria (PCP) o las aprobaciones previas necesarias para las visitas médicas. Si corresponde, comprendo que tengo la obligación de obtener una derivación de mi PCP para poder recibir los servicios de especialistas. Debo obtenerla antes de que me presten los servicios.
- Reconozco que, si las derivaciones/autorizaciones correspondientes no fueron presentadas antes del momento en que se prestan los servicios, soy financieramente responsable de todo cargo que rechace mi compañía de seguros de salud.
- Soy responsable de proporcionar información precisa y actualizada sobre el seguro.
- Autorizo a fotocopiar esta declaración. Las copias tendrán la misma validez que el acuerdo original. Autorizo a que se use esta firma en todas las presentaciones al seguro.
- Autorizo la divulgación de toda la información necesaria para garantizar los pagos de los beneficios.
- Entiendo que Outer Cape Health Services puede utilizar los datos desarrollados para los clientes, o los que obtuvo de ellos, para determinar las características generales de las comunidades a las que atiende. Entiendo, además, que esta información no identificará de ninguna manera a ningún cliente.
- Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. He recibido una copia de estos documentos de Outer Cape Health Services: el *Aviso de prácticas de privacidad* (para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) y *Derechos y responsabilidades del paciente*.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Información general: Se obtendrá el consentimiento informado de todos los pacientes que accedan a servicios o actividades médicas, de salud conductual o de investigación. El consentimiento informado no es simplemente un documento firmado. Es un proceso constante en el que se tienen en cuenta las necesidades y preferencias **del paciente, el cumplimiento de las leyes y la normativa, y la educación del paciente.**

El paciente o la familia, según corresponda, reciben información sobre lo siguiente:

- El estado del paciente.
- Tratamientos, procedimientos o actividades de investigación propuestos.
- Posibles beneficios e inconvenientes de los tratamientos o procedimientos propuestos.
- Problemas relacionados con la recuperación.
- Tratamientos o procedimientos alternativos.
- El médico u otro profesional de la salud principalmente responsable de la atención del paciente.
- Otras personas que le autoricen o realicen procedimientos o tratamientos.
- Toda relación comercial entre personas que tratan al paciente, o entre la organización y cualquier otro centro de salud.

Outer Cape Health Services forma parte de un acuerdo organizado de atención médica que agrupa a los participantes del sistema OCHIN. Hay una lista actualizada de los participantes de OCHIN en www.ochin.org. Como socio comercial de Outer Cape Health Services, OCHIN le suministra tecnología de la información y servicios relacionados (tanto a Outer Cape Health Services como a otros participantes de OCHIN). OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de prácticas recomendadas y evaluar los beneficios clínicos obtenidos del uso de sistemas de expedientes médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de derivaciones de pacientes a recursos internos y externos. Outer Cape Health Services podría compartir su información médica con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para realizar operaciones de atención médica conforme al acuerdo de atención médica organizada.

La información de su expediente médico es confidencial y está protegida por las leyes federales y por las leyes de Massachusetts. Se requerirá su consentimiento por escrito para divulgar su información, excepto en determinadas circunstancias en las que el consentimiento no sea exigido por ley.