



Saludos! Esta carta es para darle la bienvenida a Community Health of Central Washington. Adjunto encontrará nuestro paquete de registro de la clínica.

Este paquete incluye un formulario de registro del paciente, un formulario de historial médico y un formulario de consentimiento para la familia y otros. Utilice el formulario de Consentimiento para familiares y otros para especificar cualquier restricción o permiso con respecto a la comunicación entre nuestro personal y su familia y otros.

Que traer a su primera cita:

- Tarjeta de seguro
- Identificación fotográfica
- Frascos de medicamentos que está tomando actualmente (esto nos permite verificar su medicamento, dosis y frecuencia).

Regístrese en la recepción 15 minutos antes de la hora programada para su cita.

Esperamos poder brindarle la mayor atención posible. Como nuestro paciente, tiene derecho a esperar lo siguiente de nosotros:

- Respetaremos sus creencias y valores
- Brindaremos respuestas a sus preguntas médicas
- Programaremos citas de seguimiento y referencias según sea necesario

Esperamos lo siguiente de usted:

- Solicitamos un aviso de 24 horas para cancelar una cita. Después de 3 "NO SHOWS", se le asignará el estado de cita para el mismo día
- Proporcione un aviso con 72 horas hábiles de anticipación para reabastecimiento de recetas
- Sea respetuoso con los miembros de nuestro personal

Traiga el paquete de paciente nuevo completo a nuestra oficina antes de programar una cita.

¡Gracias por elegir CHCW! ¡Esperamos poder brindarle atención!



Información del Paciente (letra de molde):

Autorización para liberar información de salud del paciente

Paciente Nuevo

Apellido Segundo Nombre Primer Nombre Fecha de Nacimiento

Yo autorizo

Form fields for provider information: Nombre del Proveedor, Nombre de la Instalación, Ciudad/Estada/Código Postal, Numero de teléfono/Numero de fax.

Para liberar mi información de salud protegida a:

Community Health of Central Washington
Departamento de gestión de información de salud
402 S. 12th Avenue | Yakima, WA 98902
Tele: (509) 453-0722 Fax: (509)452-5224

(Seleccioné Instalación):

- Central Washington Family Medicine- tele:(509) 452-4520
Ellensburg -tele:(509) 962-1414
Naches- tele:(509) 653-2235
Yakima Pediatrics- tele:(509) 575-0114
Highland -tele:(509) 673-0044

Registros Solicitados

Información de atención medica relacionada con el siguiente tratamiento o condición:

Fechas de servicio: hasta o El año pasado Los últimos 2 años Inmunizaciones

Propósito de la Liberación: Personal Transferencia de Cuidado Continuo de Cuidado

Otro (Especifique):

Al marcar las casillas a continuación, acepto liberar lo siguiente:

- Yo entiendo que si mi registro contiene información acerca de el abuso/tratamiento de alcohol o drogas, salud mental...
Quiero EXCLUIR lo siguiente: Tratamiento de abuso de alcohol o drogas, Salud mental, Enfermedades de trasmisión sexual, VIH (SIDA)

Derechos del Paciente:

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva cuando el destinatario ya ha confiado en el uso o divulgación de la información de salud...

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y puede que y ano este protegida por la ley federal o estatal.

Reconozco que revise por competo y entiendo el contenido de este formulario de autorización. Mi firma a continuación indica que estoy de acuerdo y autorizo a divulgar la información de salud del paciente a la persona o organización mencionada anteriormente. La liberación expirara en 90 días a partir de la fecha de la firma.

Por favor firme a continuación:

Firma del paciente o persona legalmente autorizada

Fecha

Nombre de Molde (si esta firmado en nombre del paciente)

Relación

*Firma del paciente menor, si aplicable

Fecha

Formulario De Registro

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Archivo: _____

Domicilio de correspondencia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Domicilio físico: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Sexo: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Estado civil del paciente: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Situación laboral del paciente: Trabaja Tiempo completo Trabaja Medio Tiempo Desempleado
 Trabaja Independiente Estudiante Militar Jubilado

Si actualmente trabaja, indique el nombre del empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Información del garante

Nombre del garante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Domicilio de correspondencia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Información de aseguranza:

Nombre de la **aseguranza primaria**: _____

Número de identificación de la aseguranza #: _____ Numero de grupo de la aseguranza #: _____

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Sexo de suscriptor: Masculino o Femenino (circule uno)

Dirección del suscriptor: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de la **aseguranza secundaria**: _____

Número de identificación la **aseguranza secundaria** #: _____

Numero de grupo de la **aseguranza secundaria** #: _____

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Sexo de suscriptor: Masculino o Femenino (circule uno)

Dirección del suscriptor: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Recibe tratamiento médico de otro doctor? Sí No

*** Si marcó "Sí", por favor proporciónenos con los nombres de esos doctores abajo.**

Si tiene más de 18 años

Directiva avanzada en vigor? Si* No Testamento vital DPOA DNR POLST

*** Si marcó "Sí", por favor proporciónenos una copia del documento**

Gustaría tener más información acerca de la Directiva Avanzada? Sí No

Agradecemos que nos haya elegido como su proveedor de atención médica. Brindamos servicios personas con o sin aseguranza o personas con insuficiente aseguranza. Nuestra clínica recibe fondos del gobierno, lo que nos obliga a recabar y reportar información sobre la población de nuestros pacientes. Por este motivo, necesitamos que responda las siguientes preguntas.

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Archivo: _____

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¿Ingreso mensual de su vivienda? (Mire la gráfica de abajo) _____ =Ingreso Anual



¿Idioma principal? _____

¿El paciente es hispano o latino? Si No

¿A cuál de los siguientes grupos pertenece el paciente? (Marque solo uno) «AdditField6»

- Negro/Afroamericano Asiático Americano Nativo/Originario de Alaska Nativo Hawaiano
 Otro Isleño del Pacifico Blanco Mas de una raza Me niego a reportar/No reportado

Si tiene más de 13 años

Identidad de género:

- Masculino Femenino
 Transgénero Masculino/Femenino-a- Masculino Transgénero Femenino/Masculino-a-Femenino
 Otro Decide no revelar

Orientación sexual:

- Hetero (no es lesbiana/gay) Lesbiana o gay Bisexual No se Algo más Decide no revelar

¿Necesita un intérprete? Si No

¿Necesita asistencia para leer o escribir? Si No

¿Si es mayor de 18 años, El paciente es un veterano? Si No

Experiencia en agricultura (trabajo de granja):

1. En los últimos 2 años, ¿usted o alguna persona en su familia ha trabajado en algún tipo de actividad en la agricultura (trabajo de granja)? Por ejemplo: preparación, irrigación o fumigación de campos, viveros, huertos; plantar, recoger, clasificar, empaquetar o transportar frutas, vegetales, granos, frutos secos, plantas, tabaco, lúpulo, flores, hierba, alfalfa, heno u otros productos agrícolas; plantar árboles; trabajar con árboles de Navidad; recoger las agujas de pino o musgo español; cuidar gallinas, patos, pavos, vacas, cabras, ovejas, peces, almejas, etc., o realizar cualquier otro tipo de trabajo de granja, etc. ___Sí ___No

2. En los últimos 2 años, ¿usted o algún miembro de su familia se mudó a otra zona y vivió lejos de su hogar para trabajar en cualquier tipo de actividad en la agricultura (trabajo de granja)? ___Sí ___No

3. ¿Usted o algún miembro de su familia dejó de trabajar en la agricultura (trabajo de granja) por una discapacidad o a causa de la edad (edad avanzada como para realizar el trabajo)? ___Sí ___No

For office use only : (YES to #1 and #2 = Migrant) (YES to #1 and NO to #2 = Seasonal) (YES to #3= Aged/Disabled) (NO to #1, #2 and #3 = Non-farmworker)

Situación de vida actual del paciente: _____

- Es dueño/alquila una casa o apartamento Hogar de transición
 Vive sin hogar Entre Viviendas
 Refugio para indigentes

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Archivo: _____

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Autorización y consentimiento

- Doy mi consentimiento para la realización de exámenes, diagnóstico o tratamiento de mi afección de salud médica o dental en una clínica de Salud Comunitaria de Central Washington.
- Doy mi consentimiento y autorización a mi proveedor/clínica o sus personas designadas para pedir o realizar todos los exámenes, pruebas, procedimientos y cualquier otro cuidado considerado necesario o recomendable para el diagnóstico y tratamiento de mi afección de salud médica o dental.
- Este consentimiento es válido para cada visita que realice a una clínica de Salud Comunitaria de Central Washington a menos que sea revocado por mí por escrito.
- Autorizo y solicito a mi compañía de aseguranza que realice los pagos de beneficios que me corresponderían directamente a Salud Comunitaria de Central Washington.
- Entiendo que mi compañía de aseguranza médica o dental probablemente pague un monto menor por los servicios que el de la factura real y que soy responsable financieramente de todos los cargos por servicios prestados a mí o a mis dependientes, incluyendo el saldo restante luego de realizar el pago de posibles beneficios de aseguranza, deducibles y copagos correspondientes.
- He recibido, revisado y entiendo los Derechos y Responsabilidades del Paciente
- He recibido el Aviso de prácticas de privacidad:

Firma

Paciente/Padre/Garante _____

Fecha: _____

Derechos del Paciente

Acceso a Cuidados

Los individuos tendrán acceso imparcial a tratamientos o adaptaciones disponibles o indicadas medicamente, independiente de su raza, credo, sexo, origen nacional, valores culturales o espirituales, discapacidad o fuente de pago.

Proveedores de cuidado

Usted tiene derecho a saber que medico u otro proveedor es el principal responsable de su atención. Su equipo de atención medica puede incluir otros médicos, médicos residentes, asistentes, enfermeras, enfermeras especializadas, estudiantes y otros proveedores de atención medica.

Respeto y Dignidad

Usted tiene el derecho de recibir atención considerada y respetuosa en todo momento y en cualquier circunstancia, con el reconocimiento de la diversidad y las preferencias religiosas o espirituales.

Privacidad y Confidencialidad

Usted tiene derecho, dentro de la ley, a la privacidad personal e informativa, como lo demuestran los siguientes derechos:

- Esperar que cualquier discusión o consulta que involucre su cuidado se lleve a cabo de manera discreta y que las personas que no estén directamente involucradas en su cuidado no estén presentes sin permiso.
- Su expediente medico solo se puede acceder por las personas para fines comerciales legítimos y según lo permitido por la ley.
- Esperar que todas las comunicaciones y otros registros relacionados con su atención, incluida la fuente de pago, sean tratados como confidenciales.

Los Cargos

Usted tiene derecho a recibir una copia de una factura detallada razonablemente clara y comprensible y de que se le expliquen los cargos a solicitud. Usted tiene derecho a recibir, si lo solicita, información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su cuidado. Usted tiene derecho a recibir, si lo solicita y antes del tratamiento, una estimación razonable de los cargos por su atención.

Consentimiento

Usted tiene derecho a participación razonable e informada en las decisiones relacionadas con su atención medica. En la medida de lo posible, esto debe basarse en una explicación clara y concisa de su condición y los procedimientos planificados, incluidos los beneficios, las posibilidades de cualquier riesgo, los problemas relacionados con la recuperación y la probabilidad de éxito. Antes de cometerse a cualquier procedimiento, usted o su representante legal proporcionaran voluntariamente su consentimiento informado. Se le informara si existen alternativas medicamente significativas para la atención o el tratamiento.

Rechazar el Tratamiento

Usted o su representante legal pueden rechazar el tratamiento en la medida en que lo permita la ley. Cuando el rechazo del tratamiento por parte d usted o su representante legal impida que se proporcione la atención adecuada de acuerdo con los estándares profesionales, nuestra relación con usted puede darse por terminada con una notificación razonable.

Derecho a Acceder a su Registro Medico

Usted tiene el derecho de revisar y recibir sus registros médicos como sujetos a las leyes estatales y las políticas de CHCW.

Para compartir inquietudes o sugerencias

Usted tiene derecho a compartir inquietudes o sugerencias sin temor, repercusión o discriminación.

Respeto y Consideración

Usted es responsable de ser considerado con los derechos de otros pacientes y del personal de la clínica. Usted es responsable de ser respetuoso con la propiedad de los demás y de la clínica. Usted entiende que cualquier comportamiento abusivo o irrespetuoso puede resultar en su despido de Community Health of Central Washington. Esto incluye:

- No usar malas palabras o lenguaje grosero
- No fumar
- No importar armas incluyendo armas de fuego permitidas en cualquier edificio de CHCW
- No actuar de forma agresiva, disruptiva o amenazadora
- No tomar videos ni fotos mientras esté en cualquier edificio de CHCW sin el consentimiento del personal
- Controlar el nivel de ruido de sí mismo y los que estén con usted

Proporcionando Información

Como paciente, usted es una parte importante del equipo de atención médica. Por lo tanto, usted es responsable de:

- Participar en sus decisiones de atención y salud
- Proporcionar, a lo mejor de su conocimiento, información precisa y completa sobre quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, alergias y otros asuntos relacionados con su salud
- Reportar cambios inesperados en su condición al profesional responsable
- Comunicar si entiende claramente su plan de atención y que se espera de usted

Los Cargos

Usted es responsable de garantizar que sus obligaciones financieras por la atención médica recibida se cumplan lo más pronto posible.

Conformidad

Usted es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el profesional principal responsable de su atención. Esto puede incluir seguir las instrucciones de las enfermeras y el personal a medida que llevan a cabo su plan de atención, implementar las ordenes del profesional responsable y hacer cumplir las normas y regulaciones de la clínica aplicables. Usted es responsable de asistir a las citas y de notificar a su clínica cuando no pueda hacerlo.



Consentimiento para divulgar información a familiares o otros

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor revise lo siguiente y **marque todas las casillas que apliquen**:

Yo, el paciente mencionado anteriormente (o el padre/tutor legal del paciente), autorizo al personal de CHCW a dejar un correo de voz detallado en mi número de teléfono principal _____.

Por favor revise lo siguiente y **marque UNA de las opciones a continuación**:

Yo, el paciente mencionado anteriormente (o padre/tutor legal del paciente), **NO** autorizo la divulgación de información médica que no sea la que proporciona la ley.

Yo, el paciente mencionado anteriormente (o padre/tutor legal del paciente), **autorizo a las siguientes personas(s) incluidas en la lista** a participar de manera indefinida en mi atención médica. Autorizo a la oficina anterior para liberar:

Medico (Med.)

Verbal

Escrito

Prescripción de papel

Financiero (Fin.)

Verbal

Escrito

Requerido

Indique a continuación quien esta autorizado para recibir información de sus registros:

Med. Fin.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Yo, el paciente mencionado anteriormente (o el padre/tutor legal del paciente), entiendo que, si este formulario no se completa correctamente, no es valido y se destruirá. También entiendo que es mi responsabilidad actualizar la información proporcionada en este formulario según sea necesario.

Firma del Paciente (o padre/tutor legal y relación)

Fecha

Póliza de No Arribo

Estimado Paciente,

Nos gustaría tomar un momento para darle la bienvenida a nuestra práctica. Estamos muy contentos de que usted ha elegido la Salud Comunitaria del Centro de Washington-Ellensburg para ser su proveedor de atención primaria y esperamos que le proporcione la atención de salud excepcional.

En un esfuerzo para maximizar el tiempo que su proveedor pasa con usted y para reducir el tiempo de espera, por favor revisa la siguiente Póliza de No Arribo:

- Nuestra clínica solicita que los pacientes nos proporcionen notificación 24 horas si la cita tiene que ser cancelada o reprogramada. Con 24 horas de anticipación, entonces tenemos tiempo suficiente para programar otro paciente en la cita.
- Por supuesto, también entendemos que a veces se producen acontecimientos imprevistos, por lo que en situaciones de emergencia, solicitamos al menos una hora antes de la notificación en caso de que sea incapaz de hacer su cita.
- En caso de no presentarse durante tres nombramientos dentro de una rodadura año calendario, se le pedirá que llame antes de las 3 pm del día anterior a sus citas programadas para confirmar que estará aquí.

Valoramos a nuestros pacientes y queremos seguir ofreciendo una atención de calidad. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en ponerse en contacto con nuestra oficina al (509) 962-1414.

Atentamente,

Community Health of Central Washington-Ellensburg