

## Información de Pacientes Nuevos

Pacific Family Medicine  
2360 W Ray Rd, Suite 2, Chandler AZ 85224  
Phone: (480) 855-3770 Fax: (480) 855-7906

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Masculino  Femenino Estatus Matrimonial:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ Numero de Tel: Casa \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

Idioma preferido:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Raza:  Indio Americano o Nativo de Alaska  Hispano o Latino  Otro: \_\_\_\_\_  
 Asiático  Nativo de Hawai o isleño del Pacífico  Prefiero no contestar  
 Negro o Afroamericano  Blanco

### **Información de Farmacia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros?  Internet  Amigo/Familia  Anuncio  Seguro médico

Seguro Médico  AHCCCS  Privado  Cash  Medicare

### **Persona Responsable (Solo Para Menores)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ Numero de Tel: Casa \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

# Lic. de Conducir: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### **Contacto en Caso de Emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Numero de Tel: Casa \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

### **ACUERDO DEL ACTO DE LA NOTA DE PRIVACIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_ he tenido la oportunidad de leer/revisar la Nota De Privacidad proveída por Pacific Family Medicine. La Nota De Privacidad será disponible para mí en la oficina para mi reviso empezando el 14 de Abril del 2003 y será disponible de allí en adelante. Yo comprendo que si deseo obtener copia del Acto de Privacidad yo puedo pedir una copia al registrarme.

**Iniciales** \_\_\_\_\_

**Póliza de Cancelación:** Yo entiendo que cuando hago una cita, el médico y los empleados me están reservando un horario para mi cuidado. **Acepto pagar una tarifa de \$25 si no me presento a mi cita o no cancelo con 24 horas de anticipación.**

**Iniciales** \_\_\_\_\_

**Firma de Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historia Social**

	Uso de Alcohol	Uso de Tabaco	Uso de Drogas
AHORA	_____	_____	_____
ANTES	_____	_____	_____
NUNCA	_____	_____	_____

**Historial Médico**

1. Escriba todos los doctores que haya visto por sus problemas

\_\_\_\_\_

2. Escriba cualquier tratamiento recibido de cualquier doctor en el año pasado

\_\_\_\_\_

3. Escriba cualquier hospitalización incluyendo fechas

\_\_\_\_\_

4. Historial médico de la familia:

\_\_\_\_\_

5. Escriba todos los medicamentos/suplementos que usted toma

\_\_\_\_\_

**ACUERDO FINANCIERO**

- Yo tomo total responsabilidad por todos los cargos incurridos, a pesar de cualquier posible cubrimiento de aseguranza, yo autorizo a Pacific Family Medicine, Inc obtener bajo mi autorización cualquier información de aseguranza medica cubierta por el "Acto de Privacidad" de la compañía de aseguranza(s).
- Yo autorizo el pago directo al doctor por los beneficios médicos/cirugías. Soy responsable y acepto pagar todos los cargos por visitas, pruebas y procedimientos según lo considere necesario mi proveedor. Yo estoy de acuerdo de pagar todos los cobros de colección, abogados y balances sobre mi atención médica. Cualquier balance de \$5.00 o menos no será mandado a colección pero seguirá en su cuenta hasta la siguiente visita.
- Si tiene seguro, como cortesía, con mucho gusto le mandaremos la cuenta a su compañía de seguros siempre que nos dé toda la información que necesitamos para la facturación. Todos los copagos, deducibles y coaseguros que son su parte de la factura se deben en el momento del servicio.
- Si usted está pagando en efectivo, sin aseguranza, el cobro y pago será al inicio de la visita. Aceptamos efectivo, mayoría de tarjetas. No aceptamos cheques.

Poder Notarizado /Testamento Vital:

Usted tiene un Poder Notarizado o su Testamento Vital:  Sí  No Si contesto que no, le gustaría obtener uno?  Sí  No

Firma de Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Usted está recibiendo esta notificación porque su proveedor de salud médica participa en una organización no gubernamental, sin fines de lucro, de intercambio de información de salud (HIE - por sus siglas en inglés) llamada Health Current. No le costará nada y podrá ayudar a su médico, proveedores de salud médica y sus planes de salud mejor coordinar su atención médica compartiendo de una manera segura su información de salud. Esta notificación explica cómo funciona el HIE y le ayudará a entender sus derechos respecto al HIE conforme las leyes estatales y federales.

### De qué manera Health Current le ayuda a obtener mejor cuidado?

En un sistema de registro basados en papel, su información médica se envía por correo o fax a su médico, pero a veces estos registros se pierden o no llegan a tiempo para su cita. Si usted permite que su información de salud sea compartida mediante el HIE, sus médicos podrán acceder a su información electrónicamente de una manera segura y oportuna.

### Qué información de salud está disponible mediante Health Current?

El siguiente tipo de información de salud se podrá disponer:

- Registros hospitalarios
- Antecedentes médicos
- Medicamentos
- Alergias
- Resultados de laboratorio
- Informes radiológicos
- Información de las consultas clínicas y médicas
- Inscripción y elegibilidad en los planes de salud
- Otra información útil para su tratamiento

### Quién podrá ver y cuándo se podrá compartir su información de salud mediante Health Current?

Las personas que participan en su atención médica tendrán acceso a su información médica. Esto podría incluir a sus médicos, enfermeras, otros proveedores de salud médica, planes de salud y cualquier organización o persona trabajando en nombre de sus proveedores de salud y plan de salud. Ellos podrán acceder a su información para tratamiento, coordinación del cuidado, administración de casos o cuidados, transición de la planificación del cuidado, pagos de su tratamiento, conducir evaluaciones de calidad y actividades de mejora, desarrollar normas y protocolos clínicos, ejercer actividades de seguridad de los pacientes, y servicios de salud poblacional. Los examinadores médicos, las autoridades de salud pública, organizaciones de adquisición de órganos, y otros podrán acceder la información de salud para ciertos fines aprobados, tales como investigaciones de muerte, investigaciones de salud pública, y la donación y el trasplante de órganos, ojos y tejidos según sea permitido por las leyes vigentes.

Health Current también podrá usar su información de salud según lo requiere la ley como sea necesario para llevar a cabo los servicios para los proveedores de salud, planes de salud y otras personas participando con Health Current.

La Junta Directiva de Health Current podrá ampliar las razones por las que los proveedores de salud y otros podrán acceder a su información de salud en el futuro mientras lo permita la ley. Esa información está en el sitio web de Health Current [healthcurrent.org/permited-use](http://healthcurrent.org/permited-use).

Usted podrá autorizar a otros acceder a su información de salud mediante la firma de un formulario de autorización. Ellos sólo podrán acceder a la información de salud descrita en la forma de autorización para los fines indicados en el formulario.

### Recibe Health Current información de la salud conductual y si es así, ¿Quién la puede acceder?

Health Current recibe información de la salud conductual, incluyendo los registros médicos de tratamiento de abuso de sustancias. La ley federal otorga protección especial de confidencialidad a los registros médicos de tratamiento para algunos programas de abuso de sustancias. Health Current mantiene los registros médicos protegidos del tratamiento de abuso de sustancias aparte del resto de su información de salud. Health Current solamente compartirá los registros médicos protegidos de tratamiento de abuso de sustancias que reciba de estos programas en dos casos. Uno, el personal médico podrá acceder a esta información en caso de una emergencia médica. Dos, usted podrá firmar un formulario de consentimiento para dar a su proveedor de salud médica u otros acceso a esta información.

### Cómo se protege su información de salud?

Las leyes federales y estatales, tales como HIPAA, protegen la confidencialidad de su información de salud. Se comparte la información mediante una transmisión segura. Health Current toma medidas de seguridad para evitar que alguien no autorizado tendrá acceso. Cada persona tiene un nombre de usuario y contraseña, y el sistema registra todos los accesos a su información.

### Sus derechos respecto al Intercambio Seguro de Información Electrónica

Usted tiene el derecho a:

1. Pedir una copia de su información de salud que está disponible mediante Health Current. Para hacer esta petición, llene el Formulario de Solicitud de Información de Salud y entregarlo a su proveedor de salud médica.
2. Pedir corregir toda información en el HIE. Si alguna información en el HIE esta incorrecta, usted puede pedirle a su proveedor de salud médica que corrija la información.
3. Pedir una lista de las personas que han visto a su información mediante Health Current. Para hacer esta petición, llene el Formulario de Solicitud de Información de Salud y entregarlo a su proveedor de salud médica. Favor de notificar a su proveedor de salud médica si usted cree que alguien que no debería ha visto a su información.

### Usted tiene derecho según el artículo 27, sección 2 por la Constitución de Arizona y los Estatutos Revisados de Arizona título 36, sección 3802 para prevenir que su información médica sea compartida electrónicamente mediante Health Current:

1. Salvo que se provea según leyes estatales o federales, usted puede optar por la exclusión de tener su información compartida mediante Health Current. Para excluir su participación, pídale a su proveedor de salud médica por el formulario para optar por la exclusión. Su información no estará disponible para compartir mediante Health Current dentro de los treinta (30) días de cuando Health Current reciba el formulario para optar por la exclusión de su proveedor médico.

**Precaución:** Si usted se excluye, sus proveedores de salud médica no podrán acceder a su información de salud — incluso en una emergencia.

2. Si usted se excluye hoy, puede cambiar de opinión en cualquier momento completando el formulario para la inclusión y entregarlo a su proveedor de salud médica.
3. Si usted no hace nada hoy y permite que su información de salud sea compartida mediante Health Current, usted puede optar por la exclusión en el futuro.

**SI USTED NO HACE NADA, SU INFORMACIÓN PUEDE SER COMPARTIDA DE MANERA SEGURA MEDIANTE HEALTH CURRENT.**

**PACIFIC FAMILY MEDICINE**

2360 W Ray Rd, Suite 2

Chandler, AZ 85224

**Formulario De Consentimiento Del Paciente Para El Cumplimiento De HIPAA**

Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar su información médica protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Con su firma, usted comprueba que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996) permite el uso de la información para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted reconoce haber recibido y leído Aviso de Prácticas de Información de Salud. Entiendo que mi proveedor de salud participa en Health Current, el intercambio de información sobre la salud de Arizona (HIE – por sus siglas en inglés).

Al firmar este formulario, comprende que:

- La información médica protegida puede divulgarse o usarse para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones completas.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.
- Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar sus citas.
- Es posible que dejemos un mensaje en su contestador automático con respecto a las fechas y horas de las citas.
- No daremos ningún resultado por teléfono o por un contestador automático.
- No hablaremos de su condición médica con ningún miembro de su familia a menos que estén presentes durante su visita médica.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Testigo: PACIFIC FAMILY MEDICINE REPRESENTATIVE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Haga una lista de sus condiciones médicas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Escriba previas cirugías y las fechas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tienes alergias? (Favor de nombrar las alergias) \_\_\_\_\_

¿Te sientes deprimido?  Sí  No

¿Te sientes ansioso?  Sí  No

**HISTORIAL SOCIAL**

¿Fumas o masticas tabaco?  
 Sí  No  En el pasado

Si fumas, ¿cuántos cigarrillos fumas al día? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo llevas fumando? \_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol?  
 Sí  No  En el pasado

Si bebes, ¿cuánto tomas por semana?

Tragos \_\_\_\_\_ Copas de vino \_\_\_\_\_ Cervezas \_\_\_\_\_

¿Tomas café o té con cafeína?  
 Sí  No

¿Usas, o has usado, otra clase de droga social?  
(cocaína, heroína, meth etc.)

Sí  No Explica \_\_\_\_\_

¿Usas marihuana medicinal?  
 Sí  No

**HISTORIAL DE FAMILIA**

**Madre** Edad \_\_\_\_\_ ¿Está viva?  Sí  No ¿Alguna condición médica? \_\_\_\_\_

**Padre** Edad \_\_\_\_\_ ¿Está vivo?  Sí  No ¿Alguna condición médica? \_\_\_\_\_

**Hermanos** ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hermanos? \_\_\_\_\_

¿Cuántas hermanas? \_\_\_\_\_

¿Alguna condición médica? \_\_\_\_\_

**DIRECTIVA ANTICIPADA DE ATENCIÓN DE LA SALUD**

¿Cuál persona va a representarte en caso de una emergencia médica?

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

¿Tienes un documento escrito de esto?  Sí  No

**MUJERES**

**Historial Preventivo**

Fecha de su último Papanicolaou \_\_\_\_\_

¿Todos sus Papanicolaous han sido normales?  Sí  No

Fecha de la última mamografía \_\_\_\_\_

¿Fueron normales los resultados?  Sí  No

**Historial Menstrual**

Fecha de su último período menstrual \_\_\_\_\_

Edad que tenía cuando le empezaron los períodos \_\_\_\_\_

¿Has pasado por la menopausia?  Sí  No

¿Su período es regular?  Sí  No

¿Estás activa sexualmente?  Sí  No

¿Estás tomando pastillas anticonceptivas?  Sí  No

¿Algún otro tipo de anticonceptivo? (condones etc.) \_\_\_\_\_

¿Estás operada para no tener hijos?  Sí  No

**Historial Obstétrico**

¿Alguna vez has estado embarazada?  Sí  No

Si es así, ¿cuántas veces has estado embarazada? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos has tenido? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido un aborto espontáneo, un niño muerto o un aborto?  Sí  No

¿Has tenido cesárea?  Sí  No

¿Has tenido una histerectomía?  Sí  No

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

*Spanish*

**PHQ-9**

*Spanish*

<b>Durante las <u>últimas 2 semanas</u>, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?</b>	<b>Ningún día</b>	<b>Varios días</b>	<b>Mas de la mitad de los días</b>	<b>Casi todos los días</b>
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

**PHQ-9 Total Score:** \_\_\_\_\_

**GAD-7**

<b>Durante las <u>últimas 2 semanas</u>, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?</b>	<b>Ningún día</b>	<b>Varios días</b>	<b>Mas de la mitad de los días</b>	<b>Casi todos los días</b>
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

**GAD-7 Total Score:** \_\_\_\_\_

# Cuestionario de Trastornos del Humor (Mood Disorder Questionnaire, MDQ)

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>1. ¿Ha tenido alguna vez algún período de tiempo en el que no estaba en su estado habitual y...</b>   |                          |                          |
| ... se sintiera tan bien o tan hiperactivo que otras personas han pensado que no estaba en su estado normal o que estaba tan hiperactivo que tenía problemas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... estaba tan irritable que gritaba a la gente o se ha peleado o discutido?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... se sentía mucho más seguro que normalmente?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... dormía mucho menos de lo habitual y creía que realmente no era importante?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... estaba más hablador y hablaba mucho más rápido de lo habitual?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sus pensamientos iban más rápidos en su cabeza o no podía frenar su mente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... se distraía fácilmente por las cosas de alrededor o ha tenido problemas para concentrarse seguir el hilo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... tenía mucha más energía de la habitual?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... estaba mucho más activo o hacía muchas más cosas de lo habitual?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... era mucho más social o extrovertido de lo habitual, por ejemplo, llamaba a los amigos en plena noche?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... tenía mucho más interés de lo habitual por el sexo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hizo cosas que eran inusuales para usted o que otras personas pudieran pensar que eran excesivas, estúpidas o arriesgadas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ha gastado dinero que le trajera problemas a usted o a su familia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>2. Si ha respondido SI a más de una de las cuestiones anteriores, ¿han ocurrido varias de éstas durante el mismo período</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>3. ¿Cuánto problema le han causado alguna de estas cosas: en el trabajo; problemas con la familia, el dinero o legales; metiéndose en discusiones o peleas? Por favor señale una sola respuesta</b> |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Sin problema <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Serio  |                          |                          |
| <b>4. ¿Ha tenido alguno de sus parientes (p. ej., hijos, hermanos, padres, abuelos, tías, tíos) una enfermedad de tipo maníaco-depresiva o trastorno bipolar?</b>                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>5. ¿Le ha dicho alguna vez un profesional de la salud que usted tiene una enfermedad maníaco-depresiva o un trastorno bipolar?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |