Kintegra Health

Adulto – Consentimientos

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Consentimiento para la atención médica y la divulgación de información personal de salud:

Doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento de atención médica (es decir, dental, atención médica y / o salud conductual) de los proveedores y el personal de Kintegra Health, Inc. y todos sus afiliados. Doy mi consentimiento para todo el tratamiento necesario de enfermedades y lesiones y atención preventiva, incluidos exámenes de detección, análisis de laboratorio (incluidas las pruebas de VIH), vacunas y referencias. Soy consciente de que ni la práctica de la medicina ni la entrega de tratamiento de salud mental / conductual es una ciencia exacta. No se me han hecho garantías con respecto a los resultados de los tratamientos o exámenes realizados por mis cuidadores. Entiendo que Kintegra emplea un enfoque "basado en el equipo" para la prestación de atención médica y que la información de salud puede intercambiarse entre los proveedores de Kintegra y los miembros del personal involucrados en mi atención para garantizar una planificación adecuada del tratamiento y una atención adecuada. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de información médica protegida (PHI) sobre mí para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Si está cubierto por Medicare o Medicaid, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título V, XVIII y / o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Certifico que he leído y entiendo este formulario. Entiendo que estoy inscrito automáticamente en el Intercambio de Información de Salud, pero en cualquier momento puedo optar por no participar completando un formulario de exclusión proporcionado por mi proveedor. Este consentimiento es renovable anualmente. Puedo retirar la autorización para los servicios en cualquier momento. **Inicial** _____

Aviso de Reconocimiento de Práctica de Privacidad:

Estamos obligados por ley a proporcionarle nuestro Aviso de prácticas de privacidad que explica cómo usamos y divulgamos su información de salud. También estamos obligados a obtener su firma reconociendo que este aviso se ha puesto a su disposición de la siguiente manera: http://www.kintegra.org, escribiendo a la Oficina de Privacidad de Kintegra Health, 200 E. Second Ave, Gastonia, NC 28052, o solicitando uno en cualquier ubicación de Kintegra Health Provider. **Inicial** _____

Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios de Seguro:

Garantizo el pago a Kintegra Health y sus afiliados por todos los cargos por los servicios que me brindan a menos que se renuncie específicamente en función del tamaño de la familia y los ingresos, de acuerdo con la Política de facturación de Kintegra Health. Entiendo que soy personalmente responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro. Autorizo el pago de beneficios médicos, quirúrgicos y de salud conductual, que de otro modo me serían pagaderos a mí, a Kintegra Health por los servicios prestados. Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo los Títulos V, VIII y / o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. **Inicial** _____

_____ _____

Firma del paciente o persona autorizada Fecha

_____ _____

Asegurado o Garante Financiero (si es diferente de lo anterior) Fecha

Nota al pie: Kintegra Health, con sede en Gastonia, Carolina del Norte, incluye Kintegra Medical, Dental, Integrated Medicine y Behavioral Health Practices en todo Carolina del Norte. Afiliado: Departamentos de salud locales: Catawba, Cleveland, Davie, Davidson, Forsyth, Gaston, Iredell, Lincoln, Mecklemburgo.

Nov. 2022

Kintegra Health

ADULT- Patient Information

PATIENT DEMOGRAPHICS

FECHA DE REALIZACIÓN *(mm/dd/año):* _____

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre):	***Nombre Preferido:***	***Doctor Primario:***

Fecha de Nacimiento (mm/dd/año):

_____ _____ _____

 # del Social:_____

Sexo de Nacimiento: ☐ Femenina ☐ Masculino ☐ Otro ☐ Indefinido

Orientación sexual :
- ☐ Derecho o Heterosexual
- ☐ Lesbiana, homosexual
- ☐ Bisexual
- ☐ Prefiere no contester

Identificación de género (Marque uno):
- ☐ Masculino ☐ Femenina
- ☐ Transgénico Masculino/ Trans hombre/ ☐Femenina a masculino
- ☐ Transgénico Femenino/ Trans mujer/ ☐Hombre-a-mujer (HAM)
- ☐ Genero Queer No está seguro
- ☐ Genero adicional/ Otro. Por favor especifique : _____

(no exclusivamente hombre o mujer)

Raza:
- ☐ Negro / Africano Americano
- ☐ Blanco
- ☐ Americano Indio /Alaska Nativo
- ☐ Asiático
- ☐ Nativo Hawaiano
- ☐ Otro Isleño del pacifico
- ☐ Más de una rasa
- ☐ No declarado /Rehusado a reportar rasa

Etnicidad:
☐ Hispano ☐ No hispano

Estado Matrimonial: ☐ Soltero ☐ Casado ☐Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo

Deshabilitado: ☐ Si ☐ No Sin hogar: ☐ Si ☐ No Veterano: ☐ Si ☐ No

Dirección del hogar:	***Ciudad***	***State***	***Código Postal***

Teléfono de Casa:	***Teléfono Celular:***	***Teléfono del Trabajo:***	***Correo Electrónico:***

Método de Comunicación Preferido: ☐ Correo Aéreo ☐ Teléfono ☐ Correo Electrónico / Texto

Contacto de Emergencia 1:	***Relación:***	***Teléfono del hogar:***	***Teléfono Celular:***
Contacto de Emergencia 2:	***Relación:***	***Teléfono del hogar:***	***Telephone Celular:***

Persona Responsable:	***Relación:***	***Fecha de Nacimiento*** (mm/dd/año): /_____/	**# de Social:** _____ _____ _____

Dirección del hogar de la Persona Responsable:	***Ciudad***	***NC***	***Código Postal***

Trabajo/ Escuela:

Kintegra Health

ADULT- Patient Information

Insurance Information

Nombre del Asegurado Primario: _____ ***Fecha de Nacimiento (mm/dd/año| # de Social:*** ____-____-____ _____/_____/_____		***Nombre del Asegurado Secundario:*** _____ ***Fecha de Nacimiento*** (mm/dd/año) | **# de Social:** _____-_____- _____/_____/_____		
Seguro Primario:	***Empleador:***	***Seguro Secundario:***	***Empleador:***	
Numero de ID del seguro:	***Numero de Grupo:***	***Número del ID del Seguro:***	***Numero del Grupo:***	
Dirección del seguro primario:		***Ciudad***	***State***	***Código Postal***
Dirección del seguro secundario:		***Ciudad***	***State***	***Código Postal***

Firma del paciente o persona autorizada: _____**Fecha/Tiempo** _____

Persona Asegurada o el Garantor Financiero:_____**Fecha/Tiempo** _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

_____ _____

Witness Signature Date / Time

☐ Patient refused to sign

☐ Patient was initially treated for an emergency. Patient was either: (Choose One)

- Given the notice after stabilization ***Or***
- Will be given the notice after transfer

If limited English proficient or hearing impaired, offer interpreter at no additional cost:

☐ LEP: Interpreter accepted _____ ☐ LEP: Interpreter Refused:

☐ Name / Number of Person/Services Chosen/Used _____

Nota al pie: Kintegra Health, con sede en Gastonia, Carolina del Norte, incluye Kintegra Medical, Dental, Integrated Medicine y Behavioral Health Practices en todo Carolina del Norte. Afiliado: Departamentos de salud locales: Catawba, Cleveland, Davie, Davidson, Forsyth, Gaston, Iredell, Lincoln, Mecklemburgo.

Nov. 2022

Kintegra

Family Medicine

Por favor tómese un tiempo para llenar esta forma. Gracias por confiarnos su cuidado de salud.

VISITA ANUAL/ANNUAL VISIT

Fecha de hoy_____

Nombre_____Fecha de nacimiento _____

Forma Completada por □Paciente □Otro: _____

Farmacia Preferida _____

Razón de su visita _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Metodo de Comunicación Preferido:

□ Correo Electrónico □ Teléfono □ Correo Postal

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

□ Enfermedades de la Sangre	□ Enfermedades del corazón	□ Osteoporosis
□ Enfermedades de los Pechos/Senos	□ Presión Arterial Alta	□ Reuma/Artritis
□ Cancer	□ Problemas de Riñones	□ Problemas de la piel
□ Diabetes/Problemas de Tiroides	□ Problemas Pulmonares (COPD, Asthma)	□ Derrame cerebral/Convulciones
□ Problemas Femeninos	□ Problemas Masculinos	□ Problemas Estomacales
□ Cabeza, Ojos, Oidos, Nariz, Garganta	□ Problemas Mentales	□ Otro

ULTIMA VISITA A UN ESPECIALISTA/HOSPITALIZACIONES/CIRUGIAS

Razón Fecha

_____

_____

□ Ninguno

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

	Padre	Madre	Abuelos Paternos	Abuelos Materno	Hermano	Niños	No sé
Problemas de sangrado	□	□	□	□	□	□	□
Cancer	□	□	□	□	□	□	□
Diabetes/Problemas de tiroides	□	□	□	□	□	□	□
Glaucoma	□	□	□	□	□	□	□
Presión arterial alta	□	□	□	□	□	□	□
Problemas de los riñones	□	□	□	□	□	□	□
Problemas mentales/Depresion	□	□	□	□	□	□	□
Osteoporosis	□	□	□	□	□	□	□
Derrame cerebral/Convulciones	□	□	□	□	□	□	□
Abuso de Sustancias	□	□	□	□	□	□	□

HISTORIAL DE EMBARAZO

Actualmente Embarazada □ Si □No □No Aplica

Embarazos Pasados #_____ Fechas (Mes/Año)_____ Abortos/Abortos espontáneos # _____

MEDICAMENTOS

Anote los medicamentos recetados y los no recetados que usted toma regularmente (incluya hierbas, vitaminas, etc.)

_____

_____

_____

_____

ALERGIAS

Alergias	Reacción

□ No alergias Conocidas

HISTORIAL DE VACUNAS

	Fecha (Mes/ Año)	Donde
□ Flu/ Gripe		
□ Pulmonía		
□ Tetano		
□ Hep A		
□ Hep B		

MANTENIMIENTO DE SALUD

	Fecha (Mes/Año)	Resultados		Donde
Última menstruación				
Último papanicolau		□ Normal	□ Anormal	
Última Mammografía		□ Normal	□ Anormal	
Colonoscopía		□ Normal	□ Anormal	
Examen de Prostata		□ Normal	□ Anormal	
HIV Screening		□ Normal	□ Anormal	
Hep C Screening		□ Normal	□ Anormal	

HÁBITOS DE SALUD

□ Tobaco	□ Cigarrillos____ paqs/diarios □ Interesado(a) en parar	□ Cigaros/Pipas □ No interesado(a) en parar	□ Mastica o consume tabaco
□ Alcohol	Cantidad_____/diaria		
□ Actividad fisica	Minutos_____/dia	# Dias____/Semana	
□ Cafeína	Tazas_____/diarias		
□ Actividad sexual	□ Inactivo(a)	□ Una pareja	□ Más de una pareja
□ Uso de cinturón de seguridad	□ Siempre	□ Algunas veces	□ Nunca
Está satisfecho(a), con sus habitos alimenticios?		□ si	□ no

CONSIDERACIONES SOCIALES

Existen consideraciones religiosas o culturales que deban respetarse con relación al cuidado de salud?

□ si □ no

Si contesto que sí, explique _____

Están pasando cosas en la casa que le hacen sentir inseguro(a)? □ si □ no

Si contesto que sí, explique _____

Lenguage Preferido _____

Evaluación de Problemas de aprendizaje

Tiene usted alguno de los siguientes?

Problemas de Aprendizaje	□ si	□ no
Limitaciones Visuales	□ si	□ no
Limitaciones Auditivas	□ si	□ no

Si contesto que sí, explique_____

Acomodaciones requeridas_____

Permiso de comunicación – Autorización de liberación de información

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AÑO) _____

_____ está autorizada a divulgar información de salud protegida sobre el paciente arriba mencionado de la siguiente manera y a las personas aquí identificadas.

Nombre de la Clínica

Para que Kintegra Health pueda servirle mejor, usted tiene la opción de proporcionarnos los nombres, números telefónicos y su relación con las personas con quienes podemos hablar de sus citas, referidos a especialistas, pruebas, resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud que usted desea que divulguemos.

A la izquierda describa como desea recibir la información e identifique las personas/entidades autorizadas a recibir esta información.	**A la derecha describa la información que desea recibir y que puede publicarse a las personas /entidades autorizadas.**
☐ Correo de Voz ☐ Correo Postal	☐ Médico (Citas, referidos, pruebas o resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud) ☐ Financiera ☐ Otro_____
☐ Otras personas: Nombre / Número de teléfono / Relación _____ _____ _____	☐ Medico (Citas, referidos, pruebas o resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud) ☐ Financiera ☐ Otro _____
☐ Comunicación por correo electrónico – Proporcionar la dirección de correo electrónico* _____ ☐ *Para comunicación por correo electrónico por favor acepte la divulgación abajo:	☐ Médico (Citas, referidos, pruebas o resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud) ☐ Financiera ☐ Notificación de violación
☐ Comunicación por texto – Proporcionar el número de teléfono* _____ * Para comunicación por texto por favor acepte la divulgación abajo:	☐ Recordatorio de citas ☐ Otro: _____
☐ * Para el correo electrónico y/o la comunicación de texto entiendo que si la información no se envía de manera encriptada existe el riesgo de que se pueda acceder de manera inapropiada. Todavía elijo recibir correo electrónico y/o comunicación de texto como seleccionado.	

☐ Foto del paciente recibida por parte del paciente o guardián legal

☐ Foto tomada: por el personal(Ejemplo: pre/pos procedimiento)

☐ Otro

☐ Puede ser publicada en la oficina

☐ Puede ser publicada en la internet

☐ Otro _____

Derechos del Paciente:

- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.
- Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se revelara como se describe en este documento.
- La revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido revelada pero será efectiva en el futuro.
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una revelación por parte del receptor y puede que ya no este protegida por la ley federal o estatal.
- Tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización y mi tratamiento no estará condicionado a la firma de este.

Esta autorización se mantendrá en efecto hasta que el paciente la revoque.

_____Fecha _____

Firma del paciente o del representante

*Descripción de la autoridad del representante personal (adjunte documentación necesaria)

_____

☐ Estoy revocando mi autorización para revelar la información médica protegida previamente solicitada.

_____Fecha _____

Firma del paciente o representante personal

Revisado Oct 2014; Abril 2017; Enero 2020