

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. Entiendo que mi información médica podría incluir historial médico o información sobre el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad transmisible (como una infección de transmisión sexual, VIH / SIDA o hepatitis), enfermedad mental, alcohol o uso de sustancias. 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

PATIENT DEMOGRAPHICS

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

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre):		Nombre Preferido:		Doctor Primario:	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/año): _____		Sexo de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indefinido Orientación sexual : <input type="checkbox"/> Derecho o Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar			
# del Social: _____ Raza: <input type="checkbox"/> Negro / Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Americano Indio /Alaska Nativo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del pacifico <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No declarado /Rehusado a reportar raza Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano		Identificación de género (Marque uno): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Transgénico Masculino/ Trans hombre/ <input type="checkbox"/> Femenina a masculino <input type="checkbox"/> Transgénico Femenino/ Trans mujer/ <input type="checkbox"/> Hombre-a-mujer (HAM) <input type="checkbox"/> Genero Queer No está seguro <input type="checkbox"/> Genero adicional/ Otro. Por favor especifique : _____ (no exclusivamente hombre o mujer)			
Estado Matrimonial: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo					
Deshabilitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sin hogar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Veterano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Dirección del hogar:			Ciudad		State
Código Postal					
Teléfono de Casa:		Teléfono Celular:		Teléfono del Trabajo:	
Correo Electrónico:					
Método de Comunicación Preferido: <input type="checkbox"/> Correo Aéreo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> 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:					

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



Permiso de comunicación – Autorización de liberación de información

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

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

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.
<input type="checkbox"/> Correo de Voz <input type="checkbox"/> Correo Postal	<input type="checkbox"/> Médico (Citas, referidos, pruebas o resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud) <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otras personas: Nombre / Número de teléfono / Relación _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Médico (Citas, referidos, pruebas o resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud) <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Comunicación por correo electrónico – Proporcionar la dirección de correo electrónico* _____ <input type="checkbox"/> *Para comunicación por correo electrónico por favor acepte la divulgación abajo:	<input type="checkbox"/> Médico (Citas, referidos, pruebas o resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud) <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Notificación de violación
<input type="checkbox"/> Comunicación por texto – Proporcionar el número de teléfono* _____ <input type="checkbox"/> * Para comunicación por texto por favor acepte la divulgación abajo:	<input type="checkbox"/> Recordatorio de citas <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> * 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.	

<input type="checkbox"/> Foto del paciente recibida por parte del paciente o guardián legal	<input type="checkbox"/> Puede ser publicada en la oficina
<input type="checkbox"/> Foto tomada: por el personal(Ejemplo: pre/pos procedimiento)	<input type="checkbox"/> Puede ser publicada en la internet
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> 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



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

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de los Pechos/Senos | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Reuma/Artritis |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñones | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Problemas de Tiroides | <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares (COPD, Asthma) | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral/Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Problemas Femeninos | <input type="checkbox"/> Problemas Masculinos | <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales |
| <input type="checkbox"/> Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta | <input type="checkbox"/> Problemas Mentales | <input type="checkbox"/> Otro |

ULTIMA VISITA A UN ESPECIALISTA/HOSPITALIZACIONES/CIRUGIAS

Razón	Fecha
_____	_____
_____	_____
<input type="checkbox"/> Ninguno	

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

	Padre	Madre	Abuelos Paternos	Abuelos Materno	Hermano	Niños	No sé
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>						
Cancer	<input type="checkbox"/>						
Diabetes/Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>						
Glaucoma	<input type="checkbox"/>						
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>						
Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/>						
Problemas mentales/Depresion	<input type="checkbox"/>						
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>						
Derrame cerebral/Convulsiones	<input type="checkbox"/>						
Abuso de Sustancias	<input type="checkbox"/>						

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
 Última Mammografía
 Colonoscopia
 Examen de Prostata
 HIV Screening
 Hep C Screening

- Normal Anormal
 Normal Anormal
 Normal Anormal
 Normal Anormal
 Normal Anormal
 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 ___/día # 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 _____

Language 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 _____

Cuestionario de Salud

Por favor ayúdenos a brindarle el mejor cuidado médico por medio de contestar las siguientes preguntas:

	Ningun	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Durante las últimas dos semanas, le ha preocupado el poco interés o la falta de placer al hacer las cosas?	0	1	2	3
Durante las últimas dos semanas, le ha preocupado el decaimiento de ánimo, sentirse deprimido(a) o desalentado(a)?	0	1	2	3

PHQ-2

Está usted actualmente en recuperación por el uso de alcohol (licor) o sustancias?

_____ **No (0)** _____ **Si (1)**

Alcohol (licor): Un trago =  12 oz. cerveza  5 oz. vino  1.5 oz. Licor (un trago)

Ninguno 1 o más

Hombres < 65	Cuántas veces en el año pasado tomó 5 tragos o más en un día?	0	1
Mujeres (& Hombres > 65)	Cuántas veces en el año pasado tomó 4 tragos o más en un día?	0	1

Drogas: Las drogas recreacionales incluyen cannabis (marihuana), cocaína, estimulantes (Ritalin, Concerta, Adderal). Metanfetamina (anfetaminas aceleradoras, cristal), inhalantes (bencina o disolvente, aerosol, pega), sedativos (Valium, Xanax, Rohypnol), alucinógenos (LSD, hongos, ectasis), opioides de fabricación ilícita (heroína). Los opios recetados incluyen fentanyl, oxycodone [Oxycotin, Percocet], hydrocodone, [Vicodin], Metadona, buprenorphine.

Ninguno 1 (o) más

Cuántas veces en el último año usted ha usado drogas recreacionales o medicamentos recetados, por una razón NO médica?	0	1
--	---	---

D&A Screen

Office Use Only	PHQ-2 _____	Screen + if Score >2 _____	D&A Screen _____	Screen + Score >0 _____
Height _____	Weight _____	BMI _____	WC _____	
BP _____	Pulse _____	Resp _____	Temp _____	
INR _____	BS _____	HbgA1C _____	O2Sat _____	