

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

Nov. 2022

FECHA DE FINALIZACIÓN (mm/dd/aaaa): _____

Nombre legal (Apellido, Nombre, Segundo nombre):		Nombre preferido:	
Médico de cabecera:		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	Núm. de seguro social:
Raza: <input type="checkbox"/> Nativo de la India <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> De otra parte de Asia <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No declarado/Decido no divulgar		Sexo asignado al nacer: (Marque una opción): <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Sin definir Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
Etnia: <input type="checkbox"/> Mexicano/Mexicano Americano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano/latino/español <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Origen español/Combinado <input type="checkbox"/> No hispanos/latinos <input type="checkbox"/> No declarados/decididos a no declarar		Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/Hombre trans/ De mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/Trans Mujer/Hombre a mujer <input type="checkbox"/> GenderQueer (no de forma exclusiva ni hombre ni mujer) <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional/Otro: Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
		Discapacitado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sin hogar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección:		Ciudad	NC Código postal
Teléfono - casa:	Teléfono - celular:	Teléfono - trabajo:	Dirección de correo electrónico:
Método de comunicación preferido: <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico/Texto			
Contacto de emergencia 1:	Parentesco:	Teléfono de casa:	Teléfono celular:
Contacto de emergencia 2:	Parentesco:	Teléfono de casa:	Teléfono celular:
Parte responsable:	Parentesco:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	Núm. de seguro social:
Domicilio del responsable:		Ciudad:	NC Código postal
Empresa/Escuela:			

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del asegurado principal: _____		Nombre del asegurado secundario: _____	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): Núm. de seguro social: ____ / ____ / ____ ____ - ____ - ____		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): Núm. de seguro social: ____ / ____ / ____ ____ - ____ - ____	
Seguro principal:	Empleador:	Seguro secundario:	Empleador:
Número de identificación del seguro:	Número de grupo:	Número de identificación del seguro:	Número de grupo:
Dirección del seguro principal:		Ciudad:	NC Código postal
Dirección del seguro secundario:		Ciudad:	NC Código postal

Firma del paciente o de la persona autorizada: _____ **Fecha/Hora** _____

Parte asegurada o garante financiero (en caso de ser distinto): _____ **fecha/Hora** _____

¿Desea información sobre las voluntades anticipadas? (testamento vital, poder notarial para la atención sanitaria, etc.)

Sí No



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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes/Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas mentales/Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de Sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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** Tabaco Cigarrillos ____
paqs/diarios Cigaros/Pipas Mastica o consume
tabaco Interesado(a) en parar No interesado(a) en
parar 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 _____

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 dias	Más de la mitad de los dias	Casi todos los dias
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

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

En Kintegra Health estamos comprometidos a brindar la atención de la más alta calidad a nuestros pacientes. Esperamos que nuestros pacientes se comporten de forma respetuosa con nuestro personal y otros pacientes. A fin de garantizar un ambiente seguro y cómodo para todos, le pedimos que cumpla con el siguiente código de conducta:

Respeto

Los pacientes deben respetar a los profesionales de la salud que los atienden, así como a otros pacientes en el centro. Esto incluye abstenerse de cualquier tipo de abuso verbal o físico, lenguaje discriminatorio o cualquier otro comportamiento que pueda ser ofensivo para los demás. Los pacientes también deben respetar la privacidad y confidencialidad de los demás pacientes, así como la suya propia.

Comunicación

Los pacientes deben comunicarse de forma abierta y honesta con sus proveedores de atención médica. Esto incluye proporcionar información precisa sobre sus antecedentes médicos, síntomas y cualquier medicamento o tratamiento que reciban actualmente. Los pacientes también deben hacer preguntas y buscar aclaraciones cuando sea necesario, para asegurarse de que tienen una comprensión clara de su diagnóstico, plan de tratamiento y cualquier otro problema médico.

Cumplimiento

Los pacientes deben seguir el plan de tratamiento prescrito por su proveedor de atención médica. Esto incluye tomar los medicamentos según las indicaciones, asistir a las citas programadas y seguir cualquier otra instrucción o recomendación proporcionada por el equipo de atención médica. Los pacientes también deben informar a su proveedor de atención médica sobre cualquier cambio en su salud o afección médica.

Seguridad

Los pacientes deben asumir la responsabilidad de su propia seguridad y bienestar. Esto incluye informar a su proveedor de atención médica sobre cualquier alergia o reacción adversa a los medicamentos, informar cualquier incidente o inquietud relacionada con la seguridad y seguir todas las pautas y protocolos de seguridad establecidos por el centro de atención médica.

Ambiente

Los pacientes deben respetar el centro de atención médica y sus recursos. Esto incluye mantener las instalaciones limpias, seguir todas las normas y regulaciones y utilizar los recursos de manera adecuada.

Nos reservamos el derecho de negar el servicio a cualquier paciente que no cumpla con este código de conducta. Agradecemos su cooperación para ayudarnos a mantener un ambiente seguro y respetuoso para todos.

Reconocimiento

He leído el Código de conducta de pacientes de Kintegra Health y comprendo y acepto cumplir con el mismo.

Escriba nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre, la madre o tutor (si corresponde)

Fecha

Nombre en letra de imprenta _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de expedientes médicos _____

Consentimiento para la comunicación de Kintegra Health

Otorgo mi permiso a Kintegra Health para comunicarse conmigo a través de mi teléfono celular, de domicilio y del trabajo mediante mensajes pregrabados, mensajes de voz artificiales, dispositivos de marcado automático u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajería de texto o cualquier otra forma de comunicación electrónica, de acuerdo con mis preferencias de comunicación. Se pueden aplicar tarifas de mensajería estándar. La información enviada por estos métodos puede incluir la información de la facturación y los pagos, las citas y la información médica.

Comprendo que en el caso de las comunicaciones por correo electrónico y mensaje de texto, si la información no se envía encriptada, existe el riesgo de que se pueda acceder a ella de forma indebida. Aun así elijo recibir mensajes de correo electrónico y mensajes de texto.

El presente formulario de divulgación se encuentra vigente hasta que yo lo cambie o revoque. Solo yo puedo cambiar los datos de la persona que se nombra en este formulario para que se comunique con Kintegra Health acerca de mi información médica. Al momento del cambio o la revocación, completaré un nuevo formulario. Los contactos de emergencia no se encuentran incluidos en este consentimiento.

Comprendo que la divulgación de las copias de mis registros médicos requiere un formulario de autorización específica firmado por mí o por mi representante legal. Estas comunicaciones pueden producirse cuando la persona identificada se une a mi visita o se comunique conmigo por teléfono, correo electrónico u otro método electrónico.

Otorgo el permiso para que Kintegra Health se comunique con las siguientes personas acerca de:

- Mi información de facturación y pagos.
- Administración de citas, que incluye la programación, la cancelación y la reprogramación de citas.
- Información médica, que incluye los diagnósticos, los resultados y los planes de tratamiento.

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono _____

- Rechazo cualquier comunicación con otras personas aparte de mí o de mi tutor legal.
- Elijo no recibir ninguna comunicación, a excepción de los recordatorios de citas.

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente o persona que se encuentra autorizada legalmente a firmar por el paciente)

Nombre en letra de imprenta: _____