

CLINICA DE ATENCION MEDICA SAN MOSCATI

Cuestionario de Salud Clínico

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____
Proveedor de atención primaria anterior: _____ última visita: _____

Historia social:

Estado civil: _____ ocupación: _____ Religión: _____
Uso del tabaco (marque): Nunca Anterior Corriente
Cafeína: (tipo/cantidad) _____ / _____ al día. Cuántas horas duermes _____ /per noche.
Alcohol/uso recreacional de la droga: Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____
Dieta especial: _____ Tipo _____ Frecuencia del ejercicio: _____

¿Tienes un testamento de vida/directiva avanzada: Sí No Preocupaciones con respecto al abuso: Sí No

Historial clínico:

¿le han diagnosticado alguna vez con:

Anemia	Artritis	Asma	enfisema pulmonar	Desorden de Sangrado	Diabetes	
Acidez Estomacal	Hepatitis	Migrañas	Convulsiones	Derrame Cerebral	Bipolar	
Presión de arterial alta	post trauma	Ansiedad	Depresión	Alergias estacionales		
hiperactividad						
Enfermedades de:	Corazón	Riñón	Hígado	Tiroides	Tracto gastrointestinal	Piel
Sistema inmunológico	Alcohol/drogadicción	Otros:	_____			
Ha tenido cirugías/a o ha estado hospitalizado/a? Si No Cuando: Mes _____ Día _____ Año _____						
Indique la razón: _____						

Salud de la mujer: ¿está embarazada? Sí No Edad del primer período? _____ ¿Períodos regulares? Sí No
Fecha del último período menstrual: _____ Forma actual de anticonceptivo: _____

Historial familiar: (Por favor circule cualquier miembro de la familia con cualquiera de las siguientes condiciones)

Cáncer:	Derrame Cerebral:	Enfermedad mental:
Presión arterial alta:	Enfermedades cardíacas:	Diabetes:
Asma:	Otros:	

Cuidados preventivos/inmunizaciones: Lista Más recientes: Examen físico: _____ Análisis de sangre: _____

Examen dental: examen ocular _____: _____ Colonoscopia: _____ Dexa Scan: _____
Mamografía: _____ Citología vaginal: _____ Vacuna contra la gripe: _____ Vacuna de neumonía: _____
Vacuna contra el tétanos: _____ Zóster (culebrilla): _____ Hepatitis A/B: _____ HPV: _____

Medicamentos: Incluya prescripción y no prescripción, inhaladores, vitaminas, etc.

Medicación:	Dosis / Tiempos por día:	Para qué:
Prescrito por:		

Farmacia: _____

Alergias a medicamentos: Ninguno Sí: _____

Síntomas/Preocupaciones que tiene hoy:

Especialistas Involucrados en su cuidado:

CLINICA DE ATENCION MEDICA SAN MOSCATI

Revisión de sistemas: Por favor marque cualquier síntoma que esté teniendo actualmente.

General:

Fatiga
Pérdida de peso inexplicable

Alérgico/inmunológico:

Alergias estacionales

Endocrino:

Intolerancia al frío/calor
Exceso de crecimiento del vello,
pérdida de pelo
Exceso de sed/orina
Exceso de orina

Ojos, orejas, nariz, garganta:

Pérdida auditiva
Problemas dentales

Corazón/Circulación:

Dolor torácico
Palpitaciones
Hinchazón de las piernas/pies

Tiene dolor:

Ubicación: _____

Cuando empezó: _____

¿Cómo has tratado su dolor?: _____

Gastrointestinal:

Dificultad para pasar comida
Acidez/dolor abdominal
Náuseas, vómitos
Diarrea/Estreñimiento
Excremento color negro

Genitourinario:

Orinar dolorosa
Orina de color oscuro
Sangre en la orina
Frecuencia aumentada

Heme/linfático:

Tendencias hemorrágicas
Hematomas fáciles

Musculoesquelético:

Dolor articular
Atrás /Cuello Dolor
Debilidad muscular

Neurológico:

Visión borrosa
Dolor
Mareos
Entumecimiento

Respiratorio:

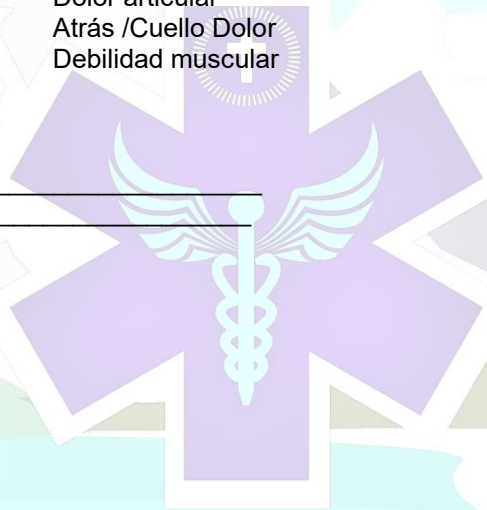
Tos crónica
Ronquera
Dificultad respiratoria
Silbido

Psiquiátrico:

Ansiedad
Depresión
Pensamientos suicidas

Piel:

Erupción
Picazón
Sarpullid



Community Health Care

Información Confidencial
Por favor imprima

Fecha: _____

Paciente existente: Revise
toda la información que ha
cambiado desde su última
visita.

Formulario De Inscripción Para El Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ CP: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Sexo: Masculino ___ Femenino ___ Num. SS: _____ Estado Civil: Casado/a- Solt- sep – Viudo - Div

Empleador: _____ ocupación: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección del trabajo: _____ Ciudad: _____ CP: _____

Nombre del Esposo/a: _____ Teléfono de Esposo/a: _____

Si el paciente es menor de edad, o si el paciente depende del plan de seguro de otra persona, por favor complete la siguiente información:

Nombre de la persona responsable por la cuenta: _____ teléfono: _____

Numero de SS de la persona responsable: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombres Padre: _____ Madre: _____

Nombre del empleador y dirección de trabajo (si es diferente a la de arriba): _____

Información del seguro:

Nombre del seguro primario: _____ Copago \$ _____

Numero de póliza: _____ Numero del grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del seguro: _____

¡BIENVENIDOS A LA CLINICA DE ATENCION MEDICA SAN MOSCATI!

Nombre del seguro secundario: _____ Copago \$ _____

Numero de Póliza: _____ Numero del grupo _____

Nombre del suscriptor: _____ Felación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección Del seguro: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación _____ Teléfono: _____

Farmacia de preferida: _____ ¿cómo supiste de nosotros?

¿ha completado la directiva anticipada? si no ¿ha completado el formulario POLST? si no

¿es donante de Órganos?: si no

Firma del paciente o padre/guardián del niño menor

Fecha

Información adicional del paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

* raza del paciente: ☐ Indio americano/nativo de Alaska ☐ Negro/afroamericano ☐ Otros
☐ Hawaiano nativo/isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Declined

* etnicidad del paciente: ☐ Hispanos o latinos ☐ No hispanos o latinos ☐ Disminuido

* el paciente prefiere Idioma: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

** la recopilación de esta información es legal y autorizada bajo el título VI de la ley de derechos civiles de 1964. El propósito de reunir esta información es mejorar la calidad general de la atención médica ofrecida. La información recabada es útil para medir las tendencias, identificar las brechas de disparidad en la atención sanitaria e implementar una intervención específica hacia poblaciones específicas que pueden tener un mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades. Esta información nunca será utilizada para perfilar a los pacientes o discriminar a los pacientes de ninguna manera.*

Solicitud de comunicaciones confidenciales sobre información médica:

Solicito que Saint Moscatti se comunique conmigo confidencialmente sobre asuntos médicos de la siguiente manera:

Método de contacto preferido del paciente: ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico **

¿le gustaría que la clínica le dejara información médica en un buzón de voz? ☐ Sí ☐ No

¿le gustaría estar inscrito en el portal del paciente para acceder a su archivo de salud? ☐ Sí ☐ No

¿desea recibir notificaciones de texto para recordatorios de citas? ☐ Sí ☐ No

Saint Moscatti puede revelar mi información de salud protegida (PHI) a la siguiente persona (s)

¡BIENVENIDOS A LA CLINICA DE ATENCION MEDICA SAN MOSCATI!

(por favor note: Si usted quiere permitirnos revelar la PHI a su familiar, amigo(a) /etc, su nombre debe ser listado abajo):

Consentimiento para obtener el historial de medicamentos de las farmacias mediante e-prescripción:

Por la presente doy mi consentimiento para Saint Moscatti, incluyendo a sus profesionales y empleados autorizados, para acceder, utilizar y divulgar mi información médica protegida a las farmacias que utilizo actualmente o que usará en el futuro con el fin de transmitir prescripciones para mi tratamiento. Consiento la divulgación de mi información sobre medicamentos recetados por cualquier proveedor, proveedor de salud mental, farmacia, asegurador o gerente de beneficios de prescripción, específicamente incluyendo cualquier programa de salud estatal o federal para Saint Moscatti y farmacias con el propósito de mi tratamiento. Mi consentimiento incluye la re-divulgación de la información de salud protegida mantenida por un programa de tratamiento de drogas o alcohol.

Firma del paciente o representante legal



Fecha

Relación con el paciente

Asignación de beneficios de seguro/divulgación de información

Autorizo a San Moscatti para divulgar cualquier información incluyendo los expedientes de cualquier tratamiento o examinación rendida durante el período de tal cuidado a los pagadores de tercera persona y/o a los médicos de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pagar directamente Saint Moscatti beneficios de otro modo pagaderos a mí. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre por mí mismo de mis dependientes. Autorizo el uso de mi firma en todas mis presentaciones de seguro.

Firma del paciente o padre/guardián del niño menor

Fecha

Autorización de Medicare

Si Usted está cubierto por Medicare, Por favor firme y feche abajo

Solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare sea hecho a mí o en mi nombre a Juan Luis Castillo, FNP-C/Saint Moscatti para cualquier servicio proporcionado por SM. Autorizo a cualquier titular de la información médica sobre mí para liberar a el centro de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes cualquier información necesaria para determinar Estos beneficios pagaderos para los servicios relacionados. Entiendo mi firma solicita que el pago sea hecho y autorice la divulgación de la información médica necesaria para pagar la demanda. Si "otro seguro de salud" se indica en el punto 9 del formulario HCFA-1500, o en otra parte en otros formularios de reclamación aprobados o reclamaciones enviadas electrónicamente, mi firma autoriza la publicación de la información al asegurador o Agencia demostrada. En Medicare casos asignados, el proveedor de atención médica o el proveedor acuerda aceptar la determinación de la carga del portador de Medicare como la carga completa, y el paciente es responsable solamente del deducible, del co-seguro, y de los servicios no cubiertos, el co-seguro y el deducible se basan sobre la carga determinación del transportista de Medicare.

Firma del beneficiario

Fecha

¡BIENVENIDOS A LA CLINICA DE ATENCION MEDICA SAN MOSCATI!

Reconocimiento del paciente del recibo del aviso de las prácticas de la intimidad, derechos y responsabilidades del paciente Políticas de la oficina y política financiera

Su nombre y firma a continuación indican que ha recibido una copia de San Moscati sobre aviso de prácticas de privacidad y derechos y responsabilidades del paciente en la fecha indicada. Si tiene alguna pregunta sobre la información de avisos de prácticas de privacidad, por favor no dude en ponerse en contacto con el administrador de la práctica como se indica en el aviso. Su firma también indica que ha recibido una copia de la política financiera de san moscati. Por mi firma estoy de acuerdo con los términos esbozados en las políticas financieras. Por favor de llamar o de ponerse en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta.

Nombre del paciente (impreso): _____ Fecha: _____

Firma del paciente o padre/guardián del niño menor

Relación con el paciente

Política de Citas Perdidas y Cancelaciones

Valoramos su tiempo y nos esforzamos por brindar la mejor atención posible a todos nuestros pacientes. Para poder atender a todos de manera eficiente, hemos implementado la siguiente política con respecto a citas perdidas o canceladas sin previo aviso:

- Se cobrará una **tarifa de \$25** por **cancelación del mismo día**.
- Cada paciente **tiene 4 oportunidades** dentro de un **periodo de 12 meses**.
 - **1ª cita perdida:** Se aplica la tarifa de \$25.
 - **2ª cita perdida:** Se aplica la tarifa de \$25.
 - **3ª cita perdida:** Tarifa de \$25 + advertencia por escrito.
 - **4ª cita perdida:** Expulsión del consultorio.

Tenga en cuenta:

- Las cancelaciones deben hacerse **con al menos 24 horas de anticipación** para evitar la tarifa.
- Las citas perdidas se evaluarán por caso.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento para el tratamiento

Yo (o mi tutor legal/Padre) autorizó a San Moscati que me proporcione con el cuidado razonable por las pautas actuales de las mejores prácticas y normas.

Firma del paciente o padre/guardián del niño menor

Fecha

¡BIENVENIDOS A LA CLINICA DE ATENCION MEDICA SAN MOSCATI!

Política de Prescripción de Narcóticos (Opioides) – Reconocimiento del Paciente

Saint Moscatti se compromete a un manejo del dolor seguro y responsable. Como parte de nuestro esfuerzo por combatir la crisis de opioides y prevenir la adicción, hemos adoptado la siguiente política:

Solo recetamos **medicamentos narcóticos (opioides)** para aliviar el dolor **a corto plazo** después de:

- Dolor experimentado después de una lesión aguda y grave.

Estas recetas serán limitadas en **dosis y duración** para apoyar una recuperación segura. No recetamos opioides para el **dolor crónico** ni para uso a largo plazo. Trabajaremos con usted para manejar el dolor con alternativas más seguras como medicamentos no narcóticos, terapia, y referencias a especialistas si es necesario. Si tiene preguntas, lo invitamos a hablar con su proveedor.

Reconocimiento del Paciente: He leído y entiendo la política de prescripción de narcóticos de Saint Moscatti.

Firma del paciente o padre/guardián del niño menor _____

Fecha _____

Política de Redes Sociales para Pacientes

En Saint Moscatti Community Health Care, protegemos la privacidad de nuestros pacientes y el respeto hacia nuestro personal. Al interactuar con nuestra clínica en redes sociales, usted acepta lo siguiente:

- **Privacidad:** No publique información médica confidencial suya o de otros. No tome fotos, videos o grabaciones sin permiso.
- **Respeto:** No se tolerarán comentarios ofensivos, falsos o amenazantes sobre la clínica, el personal o los pacientes.
- **Reseñas:** Puede dejar opiniones honestas, pero no debe divulgar detalles médicos específicos ni publicar información engañosa.
- **Uso de la marca:** No puede usar el nombre, logotipo o imágenes de la clínica sin autorización.
- **Consecuencias:** Las violaciones pueden resultar en restricciones de servicio o acciones legales.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____