



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestra práctica se compromete a educar a nuestros pacientes sobre los problemas de atención médica que los afectan. Como resultado, le proporcionamos información general sobre la Regla de Privacidad, una regulación federal de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) junto con una breve descripción de nuestro Aviso de Privacidad. Nuestra práctica cumple con las regulaciones de HIPAA.

¿Qué es HIPAA y cómo le afecta la Regla de Privacidad? La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) le dio al gobierno federal la capacidad de exigir cómo los planes de atención médica, los proveedores y las cámaras de compensación almacenan y envían la información personal de un paciente en relación con la atención médica. La Regla de Privacidad fue creada para proteger sus derechos como paciente de nuestra práctica y estamos obligados por ley a cumplir con la regulación. Bajo la Regla de Privacidad, se le garantiza el acceso a sus registros médicos, se le permite el control sobre cómo se usa y divulga su información de salud protegida y se le permite tomar medidas si su privacidad se ve comprometida al seguir la política de la práctica. Nuestra práctica se dedica a mantener la privacidad de su información personal.

¿Qué es la información de salud identificable individualmente? Cualquier información de salud que proporcione a nuestra práctica, incluida su dirección postal. Información creada y retenida por nuestra práctica o recibida de otro proveedor de atención médica que se relaciona con su tratamiento, operaciones de atención médica, pago y / o que lo identifica como individuo.

¿Qué es el Aviso de Práctica de Privacidad? Nuestro Aviso oficial de Práctica de Privacidad se publica en nuestra área de recepción e informa a nuestros pacientes sobre sus derechos en torno a la protección de su Información de Salud de Identificación Individual y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de dicha información. Este aviso se aplica a todos los registros creados, obtenidos o retenidos por nuestra práctica. Podemos actualizar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Nuestro Aviso de Práctica de Privacidad se publicará en nuestra área de recepción y puede solicitar una copia en cualquier momento.

Las siguientes categorías describen las circunstancias en las que podemos usar y divulgar su información de salud de identificación individual:

Tratamiento	Recuerdos de nombramiento
Pago	Operaciones de atención médica
Opciones de tratamiento	Descubiertas requeridas por la ley
Beneficios y servicios relacionados con la salud	Divulgación de información a familiares/amigos



Las siguientes categorías describen una situación única en la que podemos divulgar su información de salud identificable individualmente:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| Riesgos para la salud pública | Demandas y actividades similares |
| Donación de órganos y tejidos | Militares |
| Investigación | Compensación laboral |
| Comité de supervisión de la salud | Amenazas graves para la salud o la seguridad |
| Pacientes fallecidos | Inclusos de Seguridad Nacional |

¿Cuáles son sus derechos con respecto a su información de salud de identificación individual? Usted tiene derechos con respecto a la información de salud de identificación individual que mantenemos sobre usted. Las políticas y procedimientos para las siguientes circunstancias se enumeran en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad:

1. Comunicaciones confidenciales
2. Solicitud de restricciones
3. Inspección y copias
4. Enmienda
5. Contabilidad de las divulgaciones
6. Derecho a una copia impresa de este Aviso
7. Derecho a presentar una queja
8. Derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones

He leído el breve aviso proporcionado por Physician Care Centers y he sido informado de cómo obtener más información sobre el Aviso de privacidad de la práctica.

Signature

Date

Imprimir Nombre

Fecha



Hoja demográfica de facturación

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de la calle de la casa: _____ Seguro Social #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ M _____ F

Teléfono de la casa: _____ Email: _____

Idioma: _____ Inglés _____ Español Raza: _____ Etnicidad: _____ Hispano/a _____ No Hispano/a

Estado civil: _____ Soltero _____ Casado _____ Viuda _____ Divorciada

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

Empleador _____ Teléfono de Empleador: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Telefono: _____

Seguro Primario: _____

Telefono: _____

Número de identificación: _____

Número de póliza: _____

Nombre de los suscriptores: _____

Número de grupo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____

Empleador: _____

Seguro Secundario: _____

Telefono: _____

Número de identificación: _____

Número de póliza: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____

Por la presente asigno todos los beneficios, procedimiento médico y/o quirúrgico en el consultorio para incluir beneficios médicos a los que tengo derecho, incluyendo Medicare, seguro privado, y otros planes de salud a Physician Care Centers. Esta asignación es válida como un original . Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Por la presente autorizo dicho cesionario para liberar toda la información para asegurar el pago.

Firma del Paciente o Responsable del Pago: _____

Fecha: _____



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor llene la forma más completa y claramente como sea posible

¿Estás aquí hoy debido a una lesión de un accidente de vehículo de motor o una lesión relacionada con el trabajo? Si* No

* Si su respuesta es sí , por favor ver la recepcionista antes de continuar para completar este formulario.

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes situaciones ? (Marque la casilla si el diagnóstico es aplicable a usted):

- Diabetes Convulsiones Esclerosis múltiple Enfermedad de Parkinson Síndrome de la Pierna Inquieta Hipertensión
 Los dolores de cabeza Neuropatía La enfermedad de Alzheimer Artritis Colesterol alto Cáncer, tipo: _____
 Huesos rotos Otro _____ Otro _____ Otro _____

Alguna vez ha sido hospitalizado en el pasado? No Si Si es así, complete lo siguiente:

- La cirugía, la Razón(s): _____
 Otra condición médica (s): _____ Parto ---- > Natural C - Sección

¿Alguna vez ha usado tabaco en cualquier forma ? No Si

Tabaco cigarrillos/de tipo tipo Skoal Tipo de mascar Tubería Cigarro Otros _____

¿Cuándo empezó a usar ? _____ ¿Cuánto/usaste diario? _____

¿Si usted ha abandonado ya que, cuando se hizo bastante? _____

¿Alguna vez ha usado drogas recreativas en cualquier forma? No Si

Marijuana LSD Píldoras(tipo _____) Cocaína Heroína Meth Otros: _____

¿Cuándo empezó a usar? _____ ¿Cuánto/usaste todos los días? _____

¿Si usted ha abandonado ya que, cuando se hizo bastante? _____

¿Alguna vez ha usado alcohol en cualquier forma? No Si Vino Cerveza Espiritu

¿Cuándo empezó a beber? _____ ¿Cuánto/bebió diaria? _____

Si usted ha abandonado ya que, cuando se hizo bastante? _____

¿Tiene alguna alergia a la siguiente? Le gustaría un examen de Alergias?: No Si

Los medicamentos _____ Los alimentos _____

Ambientales (pólenes,gatos,árboles,etc.) _____

Si hay cosas que son intolerantes a , pero que no tienen una verdadera alergia , por favor enumerarlos aquí: (por ejemplo, algunos medicamentos dan ciertas persona dolores musculares o malestares estomacales) _____

Por favor, una lista de sus medicamentos, vitaminas y suplementos :

Nombre del medicamento : ¿Cómo se toma esto: Escrito por (PCP u otro)

Lo farmacia Cómo se utiliza: _____ Dirección de farmacia: _____

¿Tiene una directiva avanzada? No Si **¿Su directiva avanzada indican " No resucitar "?** No Si

¿Tiene un poder notarial duradero? No Si *En caso afirmativo, proporcionar una copia a la brevedad posible.*

¿Tiene un historial familiar de enfermedades crónicas o la muerte prematura? No Si

En caso afirmativo, describa: _____

¿Hay algo más que le gustaría que el médico saber acerca de su historial médico, historia social o condición general que puede ayudarle a ofrecer una mejor atención a usted?



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor llene la forma más completa y claramente como sea posible

Horario de Oficina Principal:
Lunes a Jueves 8:00 AM - 5:00 PM
Viernes - 7:30 AM - 12:00 PM

Estamos contentos de que nos haya elegido para ofrecerle sus necesidades médicas. Hemos adoptado las siguientes políticas, si tiene alguna preguntas por favor hable con el director de la oficina. Estamos dedicados a brindar cuidado de la posible apuesta para usted y su familia.

- NOMBRAMIENTOS** - Esta oficina mira pacientes solo con citas. Es necesario para programar una cita. Si llega antes solo será visto antes si hay una abertura. **NO SE ADMITEN WALK INS**. Los nuevos pacientes-Confirmación antes de las 24 horas se requiere antes de la cita para evitar la cancelación.
- PAGO DE SERVICIO** - A menos que otro arreglo se han hecho con antelación, se requiere el pago en el momento de servicio. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas Visa o sólo tarjetas de crédito MasterCard.
- SEGURO** - Hemos hecho un acuerdo previo con muchos planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Esto significa vamos a facturar esos planes con los que se contratan.
- TERCERO INS** - No se aceptan seguros de terceros (es decir automóvil seguro-si está implicado en un auto accidente, o carta de pago Protección- directamente de un despacho de abogados). Si usted está involucrado en cualquiera de estos casos, usted será obligado a pagar la visita al consultorio en su totalidad, y ser reembolsado por el tercero.
- Menores** - Todos los menores de edad deben estar acompañados por un adulto mayor de 18 años. Para todos los servicios prestados a pacientes menores de edad, el adulto que acompaña al paciente se le hace responsable de pago, salvo que se hayan hecho arreglos previos.
- NO PRESENTACIÓN** - Con el fin de garantizar que todas las citas disponibles se están utilizando, hacemos cobrar una cuota de \$ 50.00 por "NO Shows " y / o citas que no se cancelan 24 horas antes de la hora de la cita programada. La adquisición (3) No se presenta, puede resultar en la terminación de la práctica.
- RECETAS** - Si necesita una recarga en sus medicamentos, por favor llame a su farmacia, se pondrán en contacto con nosotros. Los proveedores de escribir sus recetas con recetas suficientes hasta que esté prevista para el seguimiento. Si usted está fuera de recambios, que pueden deberse a un seguimiento. La única excepción es si necesita una receta por triplicado. Todos los medicamentos controlados requieren una Examen toxicológico actual. Por favor permita 48-72 horas para recargas para que podamos revisar su carta. **PRESCRIPCIONES DE PAPEL** - Sólo se escribirán si es requerido por la DEA. De lo contrario, habrá un cargo de \$ 5 si no se necesario.
- REFERENCIAS** - Todos los **HMO** requieren una referencia por su PCP, si usted necesita ver a un especialista. Favor de hasta 72 horas, dependiendo de su plan de seguro, para procesar la referencia.
- FMLA** - Permiso Familiar y Discapacidad Formas, Deportes/Work formas físicas y/o cualesquiera cartas profesionales, requieren una **\$40.00** cuota de administración, y se paga por adelantado. Estos no están cubiertos por su compañía de seguros. Por favor permita 7-10 días hábiles para la terminación después de su pago.
- HISTORIAL MÉDICO** - Si desea obtener copias de sus registros médicos hay una cuota de \$ 25.00 para el 1er 25 páginas, y \$ 0.50 por cada página adicional. Como cortesía, estos es sin cargo para transferir sus registros médicos directamente a la oficina de otro médico para la continuidad de la atención.
- DESPUÉS DE CUIDADO HORA** - Si necesita atención médica después de las horas de oficina , sólo tiene que llamar a la oficina y se le dirigirá a un servicio de contestador . Dependiendo de la situación , se puede paginar el Dr. . Usted siempre tendrá acceso a tu doctor .
- NOMBRAMIENTOS TARDE** - Si llega más tarde de 15 minutos después de su cita programada , se le pedirá que reprogramar.
He leído y entendido las políticas de la oficina.

Paciente / Guardián Firma

Fecha

Sólo uso de oficina:

Initial of Employee: _____ **Date:** _____

Copy given to patient? No YES



Divulgación de información médica

Yo, _____, fecha de nacimiento _____
por la presente doy permiso a Porter Medical Associates para que libere cualquier
o toda mi información médica incluyendo, la salud mental del VIH/SIDA y las
cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas para.

Nombre:

Relación:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

 *Notas de progreso como se solicitó*

 *Laboratorios y radiografías*

 *Correspondencia*

 *Diagnóstico demográfico personal*

 *Otros datos*

Firma del paciente/guardian: _____ Fecha: _____



Cuestionario de salud del paciente - (PHQ-9)

Nombre: _____ **DOB:** _____ **Fecha:** _____

Si Revisaste cualquier problema con algo más que un "0" ¿Qué tan difícil han sido estos problemas para que hagas tu trabajo, te ocupes de las cosas en casa, o te lleves bien con otras personas?

__ No es difícil en absolute __ Algo difícil __ Muy difícil __ Extremadamente difícil

0 No hay depresión	10-14 Depresión moderada
1-4 Depresión mínima	15-19 Depresión mod-severa
5-9 Depresión leve	20-27 Depresión severa

	En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia sido molestado por cualquiera de los siguientes ¿Problemas? (Use "✓" para indicar su Respuesta	De nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Nearly every day
1.	Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2.	Sentirse abatido, deprimido o sin esperanzas	0	1	2	3
3.	Problemas para caer o permanecer dormido, o dormir demasiado.	0	1	2	3
4.	Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
5.	Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6.	Sentirse mal por ti mismo, o que son un fracaso o se han dejado o su familia abajo	0	1	2	3
7.	Problemas para concentrarse en las cosas, como leer el periodico o ver television.	0	1	2	3
8.	Mover o hablar tan despacio que otros la gente podría haber notado? O lo contrario, estar tan inquieto o inquieto que haya Estado moviéndose mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9.	Pensamientos que usted sería mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera Pensamientos que usted sería mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera	0	1	2	3

SÓLO para uso en la oficina: 0 + + + =

Fecha De Hoy: _____

Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____

¿Ha experimentado alguno de los siguientes?

- Sensación de no sentirse bien, sentirse confundido o inestable? Si No
- Episodios que describiría como, sentirse débil o sensación de desmayo? Si No
- Eventos en los que sentía que algo estaba mal en su cabeza? Si No
- Episodios de confusión temporal? Si No
- Mareos acompañados con confusión? Si No
- Dificultad en encontrar las palabras para expresarse? Si No
- Momentos donde se le va el tiempo y no reconoce? Si No
- Dificultad recordando detalles de conversaciones ?
Por ejemplo a veces cuando ve algo en televisión y no se recuerda de lo que acaba de mirar. Si No

Dolores de cabeza o Migrañas

¿Esta experimentando, migrañas diarias, semanal asociadas con los siguientes síntomas?

- Luces brillantes Si No
- Mareos Si No
- Pérdida de conciencia Si No

NOTAS:



Cuestionario de neuropatía

Nombre: _____ Fecha de naciacion: _____ Fecha: _____

Por favor, tómesese unos minutos para responder a las siguientes preguntas sobre sus piernas y pies. Por favor marque sí o no sobre cómo se siente normalmente.

	Si	No
1. Están entumecidas las piernas y/o los pies?		
2. Ha tenido alguna vez sensación de ardor en las piernas y/o los pies?		
3. Sus pies son sensibles al tacto?		
4. Tiene calambres musculares en las piernas y/o los pies?		
5. Duele cuando las cubiertas de la cama tocan su piel?		
6. Tiene dificultad para decirle al agua caliente de la agua fría cuando se baña?		
7. Ha tenido alguna vez una llaga abierta en el pie, no debido a una lesión?		
8. Alguna vez siente pinchazos en las piernas y/o los pies?		
9. Le han dicho alguna vez que tiene neuropatía?		
10. Siente debilidad de pierna/pie y/o fatiga?		
11. Sus síntomas empeoran por la noche?		
12. Te duelen las piernas cuando caminas?		
13. Es usted incapaz de percibir (sentir) sus pies cuando camina?		
14. Está la piel en los pies tan seca que se agrieta?		
15. Ha tenido alguna vez una amputación?		
16. Le han tratado alguna vez para la neuropatía? En caso afirmativo: ¿Qué tratamiento ha tenido? _____.		
17. Alguno, o todos, de sus síntomas según lo mencionado arriba efectúan su capacidad de trabajar, de hacer ejercicio, o de dormir?		

ÓPERACIONES: <i>Describala y año aproximado.</i>		
Año	Razón	

HÓSPITALIZACIONES: <i>causas por las que ha sido ingresado especialmente en el último año.</i>		
Año	Razón	

Lesione graves: <i>Diferentes a las anteriores.</i>		

Medicamentos: <i>(marcar si toma cualquiera de los siguientes)</i>		
Asma sibilancias medicamento <input type="checkbox"/> Aspirin, Bufferin, Anacin, Tylenol u otros <input type="checkbox"/> Píldoras de la presión arterial <input type="checkbox"/> Cortisona, prednisona <input type="checkbox"/> Medicina para la tos <input type="checkbox"/> Digitálicos o medicamentos para el corazón <input type="checkbox"/> Hormonas <input type="checkbox"/>	Pastillas de insulina o diabetes <input type="checkbox"/> Medicina de anemia <input type="checkbox"/> Laxantes <input type="checkbox"/> Motrin, Advil, ibuprofeno <input type="checkbox"/> Pastillas para dormir, tranquilizante <input type="checkbox"/> Medicina de tiroides <input type="checkbox"/> Estómago/digest <input type="checkbox"/>	Pastillas reductoras de peso <input type="checkbox"/> Diluyentes de la sangre o Coumadin <input type="checkbox"/> Dilantin <input type="checkbox"/> Diuréticos, píldoras <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Fenobarbital/barbitúricos <input type="checkbox"/> Vitaminas <input type="checkbox"/>

Lista de sus medicamentos recetados y otros, cómo las vitaminas y los inhaladores.		
Nombre de la droga	Presentacion	Frecuencia de toma

Alergia a medicamentos?	
Nombre de la droga	Reacción que presenta

POR FAVOR TRAIGA TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO
A TODAS SUS VISITAS!



Autorización para divulgar información

Nombre: _____ DOB: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Autorizo que se divulguen copias de mis registros médicos como se indica a continuación:

LIBERAR REGISTROS DE:	ENVIAR REGISTROS A: PCC MEDICAL HOLDINGS
Oficina del Doctor:	PCC Location:
Dirección:	Dirección:
Ciudad: Estado: Código postal:	Ciudad: Estado: Código postal:
Número de teléfono:	Número de teléfono:
Fax:	Fax:

A.) Autorizo la divulgación de información para:

_____ Atención médica (*médicos, etc.*) _____ Uso personal _____ Otros: (*Abogado, Insurance, Empleador, etc.*)

B.) Autorizo la divulgación de mi (*consulte la sección C, si corresponde*) _____ Registro médico completo

-O-

Los registros médicos para el tratamiento específico: _____ to _____

C.) Autorizo la liberación de las siguientes partes de mi expediente médico:

(inicial al lado de cada área que se incluirá en la liberación)

_____ Salud mental _____ Abuso de sustancias _____ VIH/SIDA _____ Enfermedades transmisibles

Entiendo que esta autorización estará vigente durante 180 días a partir de la fecha de firma. Sin embargo, entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento dando aviso oral o escrito al consultorio médico. Una fotocopia de esta autorización constituirá una autorización válida. Entiendo que una vez que mis registros han sido publicados, el consultorio médico no puede recuperarlos y no tiene control sobre el uso de las copias ya liberadas.

Si mi caso requiere la revisión de una agencia gubernamental u otro profesional médico que participe activamente in mi cuidado para tomar una determinación final, es con mi consentimiento que se enviará una copia de estos registros a la agencia o profesional médico para su revisión.

Paciente/representante

Fecha

Relación con el paciente

Testigo

Fecha

AVISO: La información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad ha sido protegida por la ley federal y estatal. Se le prohíbe hacer más divulgaciones de dicha información sin el consentimiento específico de la persona a la que pertenece dicha información o según lo permita la ley estatal. Una autorización general NO es suficiente para este propósito.