

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	
RELEASE OF INFORMATION SIGNED	

## Registro de Pacientes

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

---

PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

---

OTRO NOMBRE PREFERIDO (SI APLICA) \_\_\_\_\_

---

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

---

NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

---

EDAD \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ PAÍS DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

---

IDENTIDAD DE GÉNERO \_\_\_\_\_ PRONOMBRE PREFERIDO \_\_\_\_\_ ORIENTACIÓN SEXUAL \_\_\_\_\_

### ¿Usted nos da permiso para:

- Llamarle a casa?  Si  No      Llamarle en el trabajo?  Si  No  
 Dejar mensaje (s) en el hogar?  Si  No      Dejar mensaje (s) en el trabajo?  Si  No  
 Enviarle correo electrónico?  Si  No      Enviar información de HOPES?  Si  No  
 Solicitar su participación en cuestionario?  Si  No

### Alguna vez ha salido positivo en alguno de los siguientes exámenes

- VIH       Hepatitis C       Otro \_\_\_\_\_

### Sexo:

- Masculino     Femenino     Otro

### Raza:

- Indio Americano /Nativos de Alaska     Asiático       Negro / Afroamericano  
 Nativo de Hawaii / Islas del Pacífico     Americano       Otro

### Origen Etnico:

- Hispano/a     No-Hispano/a     Inglés     Español     Otro \_\_\_\_\_

### Idioma preferido:

### Estado Conyugal:

- Soltero/a     Casado/a     Compañero/a     Divorciado / Separado     Viuda / Viudo

¿Ha estado en el ejército?     Si     No

---

EMPLEADOR	(SI APLICA)	POSICIÓN
-----------	-------------	----------

---

PAREJA / CÓNYUGE (SI APLICA)	NÚMERO DE TELÉFONO
------------------------------	--------------------

---

CONTACTO DE EMERGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO
------------------------	--------------------

---

RELACIÓN CON EL PACIENTE
--------------------------

---

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (SI APLICA)	NÚMERO DE TELÉFONO
---	--------------------

---

REFERIDO POR
--------------

A lo mejor de mi conocimiento, toda la información en este formulario de registro es verdadero y correcto. Entiendo que es mi responsabilidad de notificar a HOPES inmediatamente si hay algún cambio en mi nombre, dirección, número de teléfono, el estado de trabajo, y / o ubicación, cobertura de seguro, SSI, SSD, o cualquier otro beneficio recibido a través de agencias externas o organizaciones de base comunitaria.

---

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA
--------------------	-------

---

NOMBRE DE PADRE/ GUARDIAN LEGAL	FECHA
---------------------------------	-------

---

FIRMA DE PADRE/ GUARDIAN LEGAL	FECHA
--------------------------------	-------



ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

## Consentimiento de Tratamiento para el Paciente

Por medio del consentimiento a y autorizar dicho tratamiento prescrito y completamente explicado a mí por HOPES. Además consiente y autoriza a tales pruebas de laboratorio y procedimientos, exámenes de rayos x y otros servicios médicos de rutinarios que se consideren necesarias por los proveedores de HOPES. No es posible hacer garantías sobre los resultados del examen o tratamiento. Reconozco que me no han hecho ninguna garantía de tal. Entiendo que tendré la oportunidad de discutir cualquier y todos los cuidados o tratamiento me propusieron con los proveedores de HOPES y puedo negarme a dar su consentimiento para el cuidado o tratamiento si no desea continuar con esos cursos de tratamiento. Ofreceré HOPES con información exacta sobre mis drogas médicas, sexual, o historia de alcohol y problemas personales o sociales que pueden afectar mi salud o atención médica para asegurar el tratamiento adecuado, la atención y derivación para servicios necesarios. Soy responsable de tener todas las pruebas de laboratorio, radiografías y otros procedimientos de diagnóstico hechos oportunamente, antes de mi próxima cita programada e informaré para todas las citas de la clínica programada en el tiempo.

Asignará a un proveedor de HOPES basado en disponibilidad. Entiendo que puedo ser visto por otro proveedor de HOPES si mi proveedor habitual no está disponible. Entiendo llego tarde a mi cita no puede ser visto por mi proveedor regular. Entiendo que debo solicitar medicamentos recargas contactando a la farmacia por lo menos tres días hábiles antes de mi suministro de medicamentos se agote.

\_\_\_\_\_ INICIALES DE PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

Reconozco que la clínica de HOPES no **funciona un servicio de atención de emergencia**. Miembros del personal están disponibles para mí durante las horas regulares de trabajo para responder a sus preguntas o dudas acerca de mi necesidad de atención urgente. Si mi situación es de emergencia I asistencia debe llamar al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Si deseo hablar con un médico después de horas que puedo llamar a la clínica de HOPES al 786-4673. Dirigi al servicio de respuesta y un médico le devolverá a mi llamada.

\_\_\_\_\_ INICIALES DE PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

Entiendo que HOPES tiene un enfoque de equipo integrado para el manejo del paciente y que la información médica puede ser compartida entre los médicos, farmacéutico, salud mental, enfermeras, administradores de casos, asistentes médicos, estudiantes de medicina o internos sin autorización escrita. Esta información es utilizada exclusivamente para el proposito de la coordinación de la atención médica y los servicios sociales.

\_\_\_\_\_ INICIALES DE PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

**HONORARIOS DE PAGO POR SERVICIOS:** Northern Nevada HOPES brinda servicios a clientes que no tienen cobertura de seguro de terceros utilizando una escala de tasa de deslizamiento, adhiriéndose a las directrices de la pobreza de salud y servicios humanos. Entiendo los cargos por servicios dependen de mis ingresos y pueden cambiar como mis ingresos aumenta o disminuye. En caso de que tengo derecho a los beneficios derivados de cualquier póliza de seguro privado o comercial, dichas prestaciones serán solicitados y asignados al Northern Nevada de HOPES. Si yo estoy cubierto por Medicare, Medicaid o compensación del trabajador, se enviará un reclamo a la agencia apropiada. Sin embargo, entiendo que soy responsable por cualquier copagos, deducibles, u otros cargos por ninguna póliza de seguro o agencia gubernamental y estos copagos son pagaderos en el momento de servicio prestado a menos que se han hecho otros arreglos previos.

He leído con atención y comprendo totalmente este consentimiento y acuerdo. He recibido una copia de este consentimiento / acuerdo y estoy debidamente autorizado para ejecutar lo anterior, y acepto los términos como se describe. Entiendo que este consentimiento / acuerdo es efectivo hasta que sea revocada por escrito.

\_\_\_\_\_  
 PATIENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE DATE

\_\_\_\_\_  
 WITNESS SIGNATURE DATE



## **AVISO** | De Practicas de Privacidad

Este aviso describe como su información medica, puede utilizarse y divulgarse y como puede obtener acceso a esta información. Por favor léala cuidadosamente. La copia de esta póliza también está disponible en la red cibernética [www.nnhopes.org](http://www.nnhopes.org)

### **Prácticas De Privacidad**

Esta página describe el tipo de información que recopilamos sobre usted, con quien puede compartir la información y las garantías que tenemos en el lugar para protegerlo. Usted tiene el derecho a la confidencialidad de su información médica y el derecho a aprobar o rechazar la publicación de información específica, excepto cuando la ley exige la liberación, o permitido por la ley sin su autorización.

Si las prácticas describen en este aviso se reúnen sus expectativas, no hay nada que tiene que hacer. Si prefiere limitaciones adicionales sobre el uso de su información médica, usted puede solicitarlos el siguiente procedimiento.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre este aviso, comuníquese con nuestro oficial de privacidad a la dirección abajo.

El Reglamento también exige que hagamos un esfuerzo de buena fe para obtener su confirmación por escrito que ha recibido este aviso. Esto es por qué se le pedirá firmar este formulario al final.

### **Este aviso será seguido por**

Este aviso describe las prácticas de todas las personas y entidades de Northern Nevada HOPES en relación con el uso de su información médica y de:

- Cualquier profesional médico contratado por Northern Nevada HOPES que está autorizado a introducir información en su expediente médico.
- Todos los departamentos y unidades de Northern Nevada HOPES, puede visitar.
- Cualquier miembro de un grupo de voluntarios que nos permiten ayudarle.
- Todos los empleados, funcionarios y demás personal que necesite acceso a su información.
- Todas las entidades, sitios y lugares del norte de Nevada de esperanzas siguen los términos de este aviso. Además, estas entidades, sitios y lugares pueden compartir información médica entre sí para tratamiento, pago o fines de operaciones de atención médica como se describe en este aviso.

### **Nuestro compromiso con respecto a información medica**

Entendemos que la información médica acerca de usted y su salud es personal. Es importante proteger la información médica acerca de usted. Creamos un registro del cuidado y servicios que usted recibe. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso aplica a todos los registros de su atención generada por Northern Nevada HOPES, ya sea hecha por los profesionales médicos u otro personal.

Este aviso le dirá sobre las maneras en

que podemos usar y revelar información médica acerca de usted. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica.

Estamos obligados por la ley:

- Mantener confidencial cualquier información médica que se refiere a su condición o tratamiento, cómo se pagó su atención e información demográfica, si dicha información es utilizada para identificarlo a usted;
- Darle este aviso de nuestras políticas, procedimientos y prácticas de privacidad de la información con respecto a información médica acerca de usted; y
- Cumplir con los términos de la notificación que está actualmente en efecto.

## Ley de Nevada

Además de la ley federal, la ley de Nevada establece limitaciones más estrictas en la divulgación y el uso de información sobre salud mental, información genética, información de enfermedades transmisibles y exámenes de sangre y orina.

Ley de enfermedades de transmisión sexual ("la ley") y transmisibles de Nevada es establecidos en NRS 441A. NRS 441A.220 regula la divulgación de "toda la información de carácter personal" sobre o proporcionado por cualquier persona que tiene una de las enfermedades transmisibles figuran 66. Autoriza sólo ciertas divulgaciones de la información. Se permite la divulgación:

1. Para fines estadísticos, siempre que la identidad de la persona no es discernible de la información divulgada;
2. En un proceso por violación de una disposición de la ley;
3. En un procedimiento de medidas cautelares en virtud de la ley;
4. En los informes de la real o sospecha de abuso o descuido de un niño o un anciano;
5. Para cualquier persona que tenga una necesidad médica para conocer la información para su propia protección o el bienestar de un paciente o dependientes, según lo determine la autoridad de salud del condado la normativa;
6. Si el paciente da su consentimiento por escrito a la divulgación;
7. Por la salud sospecha de autoridad, a la víctima y los detenidos, autor de un delito sexual, o a sus padres o tutores que son menores de edad;
8. Por un proveedor a un oficial de la policía o agente, oficial correccional, Asistente médica de emergencia o bombero en virtud de una petición de la corte;
9. Para el Departamento de estado de los recursos humanos, donde un paciente diagnosticado de SIDA/VIH es un beneficiario de Medicaid;
10. A bomberos, policías y servicios médicos de emergencia personal, donde la Junta de estado de salud ha determinado que se comunique la información se refiere a una enfermedad contagiosa significativamente relacionado con esa ocupación; o

11. Cuando autorizado o requerido por un estatuto específico.

La ley deja muy claro que está prohibida divulgación para fines no especificados, incluso en virtud de una citación, orden de cateo u orden de descubrimiento. Usos y divulgaciones de información relativa a pacientes con enfermedades transmisibles para tratamiento, pago y operaciones se limitará a nuestros propósitos de tratamiento, pago y operaciones, y revelaciones no se hará a otros proveedores, aun en los casos permitidos por la ley HIPAA ' normas de privacidad de individualmente identificable información de salud "(las" normas de privacidad)", excepto en virtud de una específica autorización paciente. Marketing, recaudación de fondos y de investigación usos y divulgaciones no se hará, a menos que la autoridad muy específico para entregar la información es obtenida del paciente (por ejemplo, "usted acepta que toda la información, incluyendo información sobre las enfermedades transmisibles, incluyendo el VIH, SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual que tenga, puede utilizarse y divulgarse para recaudación de fondos, marketing o con fines de investigación, siempre que dicha información no se hará públicas"). Revelaciones a la policía sólo se hará según lo específicamente permitido por la ley anterior. No se revelará información médica que contiene información sobre la enfermedad de un paciente a un abogado en respuesta a una citación, excepto donde el abogado proporciona una autorización firmada del paciente.

Con respecto a información de salud mental, NRS 433A.360 regula la liberación de historias clínicas para los "clientes". El término "clientes" se define para incluir a las personas que buscan tratamiento o formación en una institución privada que ofrece servicios de salud mental. Instituciones privadas que presten servicios de salud mental a los "clientes" deben mantener "historias clínicas". "Clínica" es registros incluyendo "información relativa a la admisión del cliente, condición jurídica, tratamiento y plan individualizado de habilitación".

NRS 433A.360 proporciona que ninguna parte de la historia clínica puede liberarse excepto en ciertas circunstancias especificadas. Liberación está autorizada:

1. A los médicos, abogados y organismos sociales como específicamente autorizado por escrito por el cliente, sus padres o tutores;
2. Según lo ordenado por un Tribunal;
3. A un miembro calificado del personal de una instalación a cargo de la División de salud mental y servicios de desarrollo del Departamento de recursos humanos, o a un empleado de la división, o un miembro del personal de una agencia de Nevada establecido en virtud de la asistencia federal de discapacidades del desarrollo y proyecto de ley de derechos o la protección y promoción de mentalmente enfermos personas Ley de 1986;
4. Para fines estadísticos y de evaluación, si la información revelada se abstrae de tal manera como para proteger la identidad de cada cliente; o
5. En la medida necesaria para hacer o para permitir al cliente hacer una reclamación por ayuda, seguro o asistencia médica.

Usos y divulgaciones de la información para fines de tratamiento, pago y operaciones se limitarán a nuestros propósitos, y las revelaciones no se hará a otros proveedores sin consentimiento del cliente, aun en los casos permitidos por las normas de privacidad. Divulgación y usos de marketing o recaudación de fondos no se hará, a menos que la autoridad muy específica a la divulgación de tal información se obtiene de la paciente. Las revelaciones de la investigación sólo se hará en virtud del 4 por encima. Accesos a la aplicación de la ley no se hará sin una orden judicial. No se hará revelaciones a

un abogado en respuesta a una citación, excepto donde el abogado proporciona una autorización firmada del paciente.

## ¿Cómo podemos usar y revelar información médica acerca de usted?

Las siguientes categorías describen diferentes maneras que podemos usar y divulgar su información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones, intentaremos dar algunos ejemplos. No cada uso o revelación en una categoría se mostrarán.

**Para el tratamiento.** Nosotros podemos utilizar información médica acerca de usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información médica acerca de usted a médicos, enfermeras, técnicos, médicos de formación o de otros profesionales que participan en el cuidado de usted. Diferentes profesionales sanitarios también pueden compartir información médica sobre usted para coordinar las diferentes cosas que usted necesita, tales como recetas, trabajo de laboratorio y rayos x. También podemos divulgar información médica acerca de usted a personas fuera del norte de Nevada de esperanzas, que pueden estar involucrados en su atención médica o que presten servicios que forman parte de su atención.

**Para el pago.** Podemos usar y revelar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que usted recibe pueden ser facturados a y pago de usted, una compañía de seguros, o a un tercero. Por ejemplo, su seguro necesite saber sobre la atención que recibió para que nos pague o reembolsará el costo de la atención. También podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted para obtener aprobación previa o para determinar si su seguro cubrirá el tratamiento o para realizar otras tareas relacionadas a la búsqueda de pago. Usted tiene el derecho a restringir y revelar su información a los planes de salud, si usted o otra persona que no sea su plan de salud a pagado por sus tratamientos completamente de su bolsillo.

**Para fines de operaciones de cuidado de la salud.** Podemos usar y divulgar su información médica para fines de operaciones de atención médica. Esto es necesario para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciban una atención de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted, o de lo contrario, administrar y operar de manera eficiente. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, médicos de formación, los estudiantes de medicina y otro personal para revisión y fines de aprendizaje. Podemos eliminar la información que le identifica de este conjunto de información médica, por lo que otros pueden utilizar para estudiar entrega atención de salud y cuidada de la salud sin saber que son los pacientes específicos.

**A las escuelas.** HOPES puede revelar las pruebas de inmunización a las escuelas cuando el estado o otra ley requiere que las escuelas tengan esa información antes de admitir al estudiante. Autorización escrita no es requerida para permitir esta revelación. Sin embargo es requerido que HOPES obtenga un acuerdo verbal antes de revelar la información a una escuela de un padre o tutor o de usted si usted es un adulto o emancipado. HOPES debe documentar este acuerdo en su archivo. Usted puede revocar este acuerdo por escrito en cualquier momento que desee.

**Recordatorios de la cita.** Podemos usar y divulgar su información médica para comunicarnos con usted como un recordatorio que usted tiene una cita para tratamiento o atención médica.

**Alternativas de tratamiento.** Podemos usar y divulgar su información médica para informarle sobre o recomendar posibles opciones de tratamiento o alternativas que pueden ser de interés para usted.

**Compensación al trabajador.** Podemos soltar información medica del cliente al compensación al trabajador o programas similar. Estos programas proveen beneficios a heridas en el trabajo o enfermedades.

**Riesgo de Salud Pública.** Podemos revelar información medica del cliente si es requerido para actividades de Salud Pública. Las actividades generales incluyen:

- Para prevenir o controlar enfermedades, heridas o incapacida;
- Para reportar nacimientos y muertes;
- Para reportar abuso infantil o negligencia;
- Para reportar reaction a medicamentos o problemas de productos;
- Para notificar a los clientes de producotos retirados que puedan estar usando;
- Para notificar al cliente que a sido espuesto a una enfermeda o esta en riesgo de extender una enfermedar o condicion;
- Para notificar a las autoridades del gobierno si el cliente asido victima de aviso, negligencia, o violencia domestica.

**Actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para el Gobierno para supervisar el sistema de salud en general, la realización de programas de Gobierno y conformidad con los derechos civiles.

**Demandas y disputas.** Podemos divulgar información médica acerca de usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otra orden judicial del Tribunal.

Northern Nevada HOPES (HOPES) recibe quejas seriamente y invita a los clientes a tener una conversación acerca de su preocupación. HOPES proporcionara una reunión para atender las quejas, tratando de encontrar una solución satisfactoria antes de presentar una queja formal. Durante el proceso de queja formal HOPES se esforzará para encontrar conclusiones mutuamente satisfactorias.

**Aplicación de la ley.** Podemos divulgar información médica si lo pide por un oficial de dichas leyes como parte de las actividades de represión; en las investigaciones de conductas delictivas o de las víctimas del delito; en respuesta a órdenes judiciales; en circunstancias de emergencia; o cuando sea requerido por las leyes.

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podemos divulgar información médica a examinador forense o medica. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o detectase la causa de muerte. También podemos divulgar información médica acerca de pacientes de Northern Nevada HOPES a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

**Servicios protectora para las actividades del Presidente, seguridad nacional e inteligencia.** Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados, por lo que pueden

proporcionar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de Estado extranjeros o conducir investigaciones especiales o para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Reclusos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de cumplimiento de la ley, podemos revelar información médica acerca de usted a la aplicación de ley o institución correccional oficial. Esta versión sería necesaria (1) para que la institución le proporcione atención médica; (2) para proteger su salud y la seguridad de los demás; o (3) para la seguridad y la seguridad de la institución correccional.

## Sus Derechos con Respeto a la Información medica acerca de usted

Usted tiene el derecho de su información médica en lo siguiente:

**Derecho a solicitar, inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho de solicitar, inspeccionar y copiar información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención. Generalmente, esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia.

Para inspeccionar y copiar información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre usted, usted debe presentar su solicitud por escrito a nuestro oficial de privacidad a la dirección siguiente. Si usted solicita una copia de la información, tenemos 30 días para responder a su solicitud podemos cobrar por el costo de copiar, correo u otros suministros asociados con su petición. Copias de su información personal médica se puede entregar a usted en cualquier forma requerida, incluyendo electrónico.

Podemos negar su petición para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. En algunas circunstancias, si se le niega acceso a información médica, usted puede solicitar que se revise la negación. Otro cuidado de la salud con licencia profesional seleccionado por Northern Nevada HOPES revisará su solicitud y el rechazo. La persona conduciendo la revisión no será la persona que denegó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho a enmendar.** Si usted siente que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información se mantiene.

Para solicitar una enmienda, su petición debe ser hecha por escrito y enviado a nuestro oficial de privacidad. Además, debe proporcionar una razón que apoya su petición.

Podemos negar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. Además, podemos negar su petición si usted nos pide que enmendemos información que:

- no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda;
- no es parte del "conjunto de registros designado" mantenida por Northern Nevada HOPES
- No es parte de la información que se permitiría inspeccionar y copiar; o sea precisa y completa.

**Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar restricciones adicionales o limitaciones en la información médica que utilizamos o revelamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene derecho a solicitar un límite sobre la información médica que divulgamos acerca de usted a alguien que está involucrado en su cuidado o el pago de su atención, como un familiar o amigo.

Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, usted debe hacer su petición por escrito a nuestro oficial de privacidad a la dirección siguiente. En su solicitud, usted debe decirnos (1) qué información desea limitada; (2) Si desea limitar nuestro uso, revelación o ambos; y (3) a quien desea que los límites se apliquen.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros al comunicarse con usted acerca de medica importa en cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que solamente nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo.

Para solicitar confidencial comunicaciones, usted debe hacer su petición por escrito a nuestro oficial de privacidad. No le pediremos el motivo de su solicitud. Acomodaremos todas las solicitudes razonables. Su petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Si cumplir con su petición conlleva gastos adicionales sobre nuestros medios habituales de comunicación, podemos pedirle que reembolsarnos para esos gastos.

**Derecho a una copia impresa de este aviso.** Usted tiene el derecho a una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, todavía tienen derecho a una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, por favor solicitar uno por escrito a nuestro oficial de privacidad a la dirección siguiente.

**Derecho a la información protegida después de la muerte.** Por ley, HOPES tiene que proteger su información médica 50 años después de su muerte. Sin embargo, HOPES puede revelar información protegida sin su consentimiento para fines de investigación después de su muerte. HOPES puede revelar su información médica protegida a miembros de familia y otra personas que estuvieron involucrados en el tratamiento o el pago antes de muerte.

#### **Cambios a este aviso**

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras políticas y prácticas relativas a la privacidad de la información médicos y este notic. Nos reservamos el derecho de hacer el aviso revisado o modificado eficaz para información médica que ya tengamos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Siempre publicamos una copia del aviso actual cerca de las entradas principales del cliente en todas las instalaciones. La notificación contendrá la fecha de vigencia en la primera página.

#### **Quejas/Incumplimiento**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con Northern Nevada HOPES o con el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos. Para presentar una queja con Northern Nevada HOPES, póngase en contacto con nuestro funcionario de privacidad al dirección y número de teléfono a continuación. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

#### **Otros usos de información médica**

Otros usos y revelaciones de información médica no cubiertos en este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán sólo con su permiso por escrito. Si usted nos proporciona permiso para usar o divulgar revocar su permiso, después que se ya no usemos o divulguemos información médica acerca de usted por las razones cubiertas por su autorización escrita. Entiendes que somos incapaces de devolver ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a mantener nuestros registros de la atención que proporcionamos a usted. Usted tiene el derecho de ser notificado si su información protegida médica ha sido revelada si su consentimiento en todas las circunstancias menos cuando:

- HOPES conduce una valoración de riesgo que estabiliza que hay una “probabilidad baja” de compromiso de su información protegida médica.

- Uso intencional de buena fe de su información protegida médica por un empleado de HOPES
- Divulgación inadvertida entre dos personas que son de otra manera autorizados al acceso de su información protegida medica
- Revelación a una persona no autorizado quien no puede razonablemente obtener esa información

Northern Nevada HOPES (HOPES) recibe quejas seriamente y invita a los clientes a tener una conversación acerca de su preocupación. HOPES proporcionara una reunión para atender las quejas, tratando de encontrar una solución satisfactoria antes de presentar una queja formal. Durante el proceso de queja formal HOPES se esforzará para encontrar conclusiones mutuamente satisfactorias. Si usted desea una copia del procedimiento de quejas por favor hágalo a cualquier empleado de HOPES.

## **Oficial de Privacidad**

Northern Nevada HOPES' Privacy Officer is:

Gail Thompson, BSN, RN  
580 West 5<sup>th</sup> St  
Reno, NV 89503  
Phone: 775-786-4673  
Fax: 775-348-2889  
Email: [GThompson@nnhopes.org](mailto:GThompson@nnhopes.org)  
Website: [nnhopes.org](http://nnhopes.org)



FOR OFFICE USE ONLY: PLEASE CHECK ONE

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

## RECONOCIMIENTO | Prácticas de Privacidad y el Procedimiento de Quejas del Paciente

Reconozco que he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad y el Procedimiento de Quejas del Paciente.

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

## RECONOCIMIENTO SE NEGÓ

En esta fecha, el paciente abajo firmantes se negó o error al acusar recibo de la notificación de prácticas de privacidad y el Procedimiento de Quejas del Cliente.

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

Motivo del rechazo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL EMPLEADO DE HOPES

FECHA

**Una copia firmada de esta página debe ser presentada ante el registro del paciente.**

## Derechos y Responsabilidades del Paciente

### Como paciente, usted tiene el derecho de:

- participar en su atención médica y tratamiento
- conocer el nombre de las personas que asisten para usted
- ser tratado con respeto y dignidad en un ambiente seguro y privado
- ser informado sobre su enfermedad y tratamiento, incluidas las opciones para su cuidado
- cambiar de proveedores médicos en Northern Nevada HOPES
- obtener una segunda opinión sobre su enfermedad o el tratamiento
- privacidad de sus registros de salud según lo determinado por HIPPA
- hablar con el gerente de la clínica acerca de cualquier pregunta o problema con su cuidado
- saber acerca de los servicios disponibles a través de HOPES
- el respeto a sus valores y creencias culturales, sociales, espirituales y personales
- saber acerca de los requisitos legales de información
- pedir arreglos especiales si tiene una discapacidad
- rechazar el tratamiento, la atención y los servicios según lo permitido por la ley
- saber el costo de su atención médica y las formas que puede pagar por su cuidado
- negar a ser incluido en cualquier programa de estudios sin limitar la atención médica o el tratamiento
- llamar a un médico de guardia a través de un servicio de respuesta después de las horas de servicio
- si usted no está satisfecho con la atención de HOPES, puede presentar una queja o una queja formal con un supervisor
- Estar informado de que la grabación de su visita al consultorio con su proveedor sin informar al proveedor, no fomenta una buena relación con el proveedor y la clínica.
- Estar informados de que HOPES no manejan problemas de dolor crónico
- Estar informados de que HOPES no proporciona evaluaciones de discapacidad
- Para acceder a los servicios de interpretación, si usted no entiende Inglés, o otro tipo de asistencia, si su audición o de la vista se deteriora. Estos servicios son gratuitos.
- Nosotros no negamos los servicios debido a la incapacidad de pago
- Los clientes también tienen la opción de usar la línea directa de enfermeras de REMSA al 775-858-1000

### Como paciente, usted tiene la responsabilidad de:

- informar a su proveedor de atención médica acerca de su enfermedad o problemas
- hacer preguntas sobre su enfermedad o el cuidado
- mostrar respeto tanto a los médicos y otros pacientes
- cancelar o reprogramar citas para que otra persona pueda tener ese horario
- pagar sus cuentas a tiempo
- utilizar medicamentos o dispositivos médicos para usted solo
- informar al proveedor de servicios médicos si empeoran o si tiene una reacción inesperada a un medicamento
- dar permiso por escrito para entregar sus otros historiales médicos cuando sea necesario
- proveer HOPES una copia de su testamento vital o poder notarial para asuntos de salud
- Informar al hospital que usted es un paciente de HOPES para la coordinación de la atención
- No llegar a Northern Nevada HOPES o mi cita bajo la influencia de drogas o alcohol.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor informe a su proveedor de atención médica o a un empleado de HOPES.

---

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN LEGAL

FECHA

## AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE | Liberación de PHI de Adultos

Este formulario autoriza la liberación de información de salud protegida (PHI) de conformidad con el CFR Partes 160 y 164.

NOMBRE DEL PACIENTE	ID DEL PACIENTE	FECHA DE CUMPLEAÑOS
<i>Yo autorizo a Northern Nevada HOPES para intercambiar información con las siguientes agencias y / o personas:</i>		
<input type="checkbox"/> Renown Health	<input type="checkbox"/> St. Mary's Health	<input type="checkbox"/> Northern Nevada Medical Center
<input type="checkbox"/> Carson Tahoe Hospital	<input type="checkbox"/> Banner Churchill Hospital	<input type="checkbox"/> Northern Nevada Adult Mental Health
<input type="checkbox"/> West Hills	Otro: _____	

### Información que se entregará (por favor iniciales en todo lo que corresponda):

____ Notas de progreso Clínica	____ Registros del hospital
____ Lista de medicamentos	____ Notas Psiquiatría
____ Notas de consumo de sustancias	____ Resultados de laboratorio
____ VIH / SIDA y otras enfermedades transmisibles	____ Notas de psicoterapia
____ Resultados de las pruebas diagnósticas	____ D / C Resumen
____ Otros (especificar)	

**Propósito para el lanzamiento:** \_\_\_\_\_

**Fechas para incluir: todas las fechas de servicio o de** \_\_\_\_\_ **to** \_\_\_\_\_

**Autorización de la fecha de vencimiento:** \_\_\_\_\_

### Aviso a los: 1) Receptor de la Información y 2) Paciente

**1) RECEPTOR:** Esta información ha sido divulgada de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2 y CFR parte 164). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra revelación de esta información a menos que más divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR parte 2 o 45 CFR parte 164. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas. **2) PACIENTE:** Entiendo que debo firmar voluntariamente y con conocimiento de esta autorización antes de que cualquier información puede ser puesto en libertad, y que puedo negarme a firmar, pero en ese caso la información no puede y no será divulgada. También entiendo que el tratamiento por este proveedor no está condicionado a mi firma de esta autorización, aunque se harán excepciones para a) el tratamiento y la investigación relacionada con b) a excepción de notas de psicoterapia, los planes de salud eran el pago está condicionado a una autorización para utilizar PHI para determinar el pago. Entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por la persona o clase de personas o facilidad que lo recibe, y entonces ya no será protegida por las regulaciones federales de privacidad. Reconozco que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, y entiendo que una vez que se da a conocer la información, puede que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. (Usted puede revocar esta autorización por escrito, en persona o por correo certificado al proveedor a la dirección anterior. La revocación se verá afectado únicamente a la recepción, salvo en la medida en que el proveedor ha actuado basándose en la autorización. Más información sobre el derecho de revocar puede proporcionar de vez en cuando en la Comunicación de la Proveedor de Prácticas de Privacidad).

FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN LEGAL	FECHA
------------------------------------	-------

## REVOCAR LA AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Por este medio revoco esta autorización para divulgar información.

FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN LEGAL	FECHA
------------------------------------	-------



FOR OFFICE USE ONLY: PLEASE CHECK ONE

PEDIATRIC PRIMARY CARE	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

## AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE | Lanzamiento de Pediatría del PHI

Este formulario autoriza la liberación de información de salud protegida (PHI) de conformidad con el CFR Partes 160 y 164.

NOMBRE DEL PACIENTE	ID DEL PACIENTE	FECHA DE CUMPLEAÑOS
---------------------	-----------------	---------------------

Autorizo A Northern Nevada HOPES para intercambiar información con los siguientes organismos y / o personas:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Renown Health         | <input type="checkbox"/> St. Mary's Health         | <input type="checkbox"/> Northern Nevada Medical Center      |
| <input type="checkbox"/> Carson Tahoe Hospital | <input type="checkbox"/> Banner Churchill Hospital | <input type="checkbox"/> Northern Nevada Adult Mental Health |
| <input type="checkbox"/> West Hills            |  |  |

Categoría	Miembro De La Familia
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Miembro De La Familia
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Familia Adoptiva
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Guardian Ad Litem
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Terapeuta
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Escuelas
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Proveedores de Cuidado Infantil
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Médico de Atención Primaria
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

**Información que se entregará (por favor iniciales en todo lo que corresponda):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso Clínica                     | <input type="checkbox"/> Registros del hospital    |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos                         | <input type="checkbox"/> Notas Psiquiatría         |
| <input type="checkbox"/> Notas de consumo de sustancias                | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> VIH / SIDA y otras enfermedades transmisibles | <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia     |
| <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas diagnósticas        | <input type="checkbox"/> D / C Resumen             |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar)                           |  |

**Propósito para el lanzamiento:** \_\_\_\_\_

**Fechas para incluir: todas las fechas de servicio o de** \_\_\_\_\_ **to** \_\_\_\_\_

**Autorización de la fecha de vencimiento:** \_\_\_\_\_

**Aviso a los: 1) Receptor de la Información y 2) Paciente**

**1) RECEPTOR:** Esta información ha sido divulgada de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2 y CFR parte 164). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra revelación de esta información a menos que más divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR parte 2 o 45 CFR parte 164. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas. **2) PACIENTE:** Entiendo que debo firmar voluntariamente y con conocimiento de esta autorización antes de que cualquier información puede ser puesto en libertad, y que puedo negarme a firmar, pero en ese caso la información no puede y no será divulgada. También entiendo que el tratamiento por este proveedor no está condicionado a mi firma de esta autorización, aunque se harán excepciones para a) el tratamiento y la investigación relacionada con b) a excepción de notas de psicoterapia, los planes de salud eran el pago está condicionado a una autorización para utilizar PHI para determinar el pago. Entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por la persona o clase de personas o facilidad que lo recibe, y entonces ya no será protegida por las regulaciones federales de privacidad. Reconozco que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, y entiendo que una vez que se da a conocer la información, puede que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. (Usted puede revocar esta autorización por escrito, en persona o por correo certificado al proveedor a la dirección anterior. La revocación se verá afectado únicamente a la recepción, salvo en la medida en que el proveedor ha actuado basándose en la autorización. Más información sobre el derecho de revocar puede proporcionar de vez en cuando en la Comunicación de la Proveedor de Prácticas de Privacidad).

---

FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN LEGAL

FECHA

**REVOCAR LA AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION**

Por este medio revoco esta autorización para divulgar información.

---

FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN LEGAL

FECHA

## HISTORIAL DE SALUD DE ADULTOS PARA PACIENTES NUEVOS

Sus respuestas en esta forma ayudarán al médico una historia precisa de sus preocupaciones médicas y condiciones. Si usted es un paciente actual hay un formulario de actualización más corto que puede utilizar. Por favor llene todas las cinco páginas. Si no puede recordar detalles específicos, por favor proporcione su mejor opción. Si estás incómodo con cualquier pregunta, no conteste. ¡Gracias!

Principal motivo de la visita de hoy \_\_\_\_\_

Otras preocupaciones: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus metas de salud para el próximo año? \_\_\_\_\_

¿Donde obtenían su atención antes? \_\_\_\_\_

¿En las últimas dos semanas a tenido molestias con: Poco interés o placer hacer cosas?  Si  No

Siente triste, deprimido o sin esperanza?  Si  No

**REVISIÓN de síntomas:** Por favor marque el cuadro de síntomas persistentes que ha tenido en los últimos meses.

### General

Pérdida de peso inexplicable / ganancia

Inexplicable fatiga / debilidad

Conciliar el sueño durante el día cuando

sentado

Fiebre, escalofríos

### Piel

Nuevo o cambiar en mole

Erupción cutánea / picazón

### Senos

Bulto o dolor en los senos

### Oídos, nariz, garganta

Hemorragia nasal, dificultad para tragar

Frecuente dolor de garganta, ronquera

Pérdida de la audición / zumbido en los oídos

### Ojos

Cambiar de visión / ojos dolor /

enrojecimiento

### Cardiovascular

Dolor en el pecho / malestar

Palpitaciones (latidos cardíacos rápidos o irregulares)

### Respiratoria

Tos / jadeo

Fuerte ronquido / alterado la respiración

durante el sueño

Falta de aliento con el esfuerzo

### Gastrointestinal

Acidez / reflujo / indigestión

Sangre o cambio en el movimiento de intestino

Estreñimiento

### Genitourinario

Pérdidas de orina

Sangre en la orina

Micción nocturna o aumento de la frecuencia

Descarga: pene o la vagina

Preocupación con la función sexual

### Músculo esquelético

Dolor de cuello

Dolor de espalda

Músculo / dolor articular

No problemas

### Endocrino

Sensibilidad de calor o frío

### Hematológicas/linfático

Inflamación de los ganglios

Fácil de hematomas

### Neurológico

Dolor de cabeza

Pérdida de la memoria

Desmayos

Mareos

Entumecimiento / hormigueo

Marcha inestable

Caídas frecuentes

### Inmune alérgica

Fiebre del heno / alergias

Infecciones frecuentes

### Psiquiátrica

Ansiedad / estrés / irritabilidad

Problema de sueño

Falta de concentración

**No tengo problemas médicos**

**VACUNAS:** Marcar las vacunas que usted ha tenido. Marque la casilla si no sabe la información.  No  Tétano (Td)  Con Pertussis (Tdap)  Varicela (Chicken Pox)  Pneumovax (neumonía)  Influenza (gripa)  Hepatitis A  Hepatitis B  MMR  Meningitis  Zostavax VPH (culebrilla)

**Historia de la salud de la mujer:**

Número total de embarazos: \_\_\_\_\_ Número de nacimientos \_\_\_\_\_ Última menstruación: \_\_\_\_\_  
 Edad al comienzo de los períodos (menstruación): \_\_\_\_\_ Edad al final de los períodos (menopausia): \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:** Por favor lista (o nos muestran su propio registro impreso) todos los medicamentos de receta y sin receta, vitaminas, Inicio Remedios, pastillas anticonceptivas, hierbas, inhaladores, etc.. Use el dorso de este formulario si usted necesita más habitaciones y sepamos que escribió allí y la dosis del medicamento (por ejemplo, mg/pastilla) ¿Cuántas veces al día?

**NO TOMA NINGUNA MEDICINA**

Alergias o intolerancias a medicamentos (incluyen el tipo de reacción): \_\_\_\_\_  **NINGUNA ALERGIA**

**PRUEBAS DE DETECCIÓN DE MANTENIMIENTO DE SALUD:**

Lípidos (colesterol) fecha: \_\_\_\_\_ ¿Anormal?  No  Sí Colonoscopia fecha: \_\_\_\_\_

**Solo mujeres:**

Fecha de mamografía \_\_\_\_\_ Fecha de Papanicolaou \_\_\_\_\_ ¿Anormal?  Si  No

**HISTORIAL médico:** ¿Tienes ahora (presente) o ha tenido (pasado) cualquiera de las siguientes condiciones?  **NINGUNO**

Condición	Presente	Pasado	Comentarios
Abuso de alcohol / drogas			
Alergia (fiebre del heno)			
Anemia			
Ansiedad			
Artritis (artritis reumatoide)			
Artritis (artrosis)			
Asma			
Vejiga / problemas renales			
Coágulo de sangre (pierna)			
Coágulo de sangre (pulmón)			
Transfusión de sangre			
Bulto en la mama (benigno)			
Mama de cáncer			
Cáncer Colon			
Otro tipo de cáncer			
Cáncer de ovario			
Próstata de cáncer			
Cataratas			
Chicken Pox			
Pólipo de colon			
Enfermedad arteria coronaria			
Depresión			
Diabetes (comienzo adulto)			
Diabetes (inicio de la infancia)			
Diverticulosis			
Enfisema			
Fracturas (huesos rotos)			Donde?
Enfermedad de la vesícula biliar			
Reflujo gastroesofágico (GERD ardor de estómago)			
Glaucoma			

<b>HISTORIAL médico continuó: condición</b>	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	<b>Comentarios</b>
Gota			
Condiciones ginecológicas (Endometriosis)			
Condiciones ginecológicas (miomas)			
Condiciones ginecológicas (otros)			
Ataque al corazón			
Hepatitis – tipo a			
Hepatitis – tipo b			
Hepatitis: tipo c			
Hepatitis: otros			
Presión arterial alta			
Colesterol alto			
Cadera fractura			
Síndrome del intestino irritable			
Enfermedad renal / falla			
Cálculos renales			
Enfermedad hepática			
Migraña			
Osteoporosis			
Neumonía			
Próstata (ampliación)			
Próstata (nódulos)			
Convulsiones / epilepsia			
Condición de la piel (Eczema)			
Condición de la piel (Psoriasis)			
Condición de la piel (lunares anormales)			
Apnea del sueño			
Úlcera de estómago			
Accidente cerebrovascular			
Tiroides (nódulo)			
Tiroides alta (hiperactiva) / hipertiroidismo			
Baja de la tiroides (ésta) / hipotiroidismo			
Otros (lista)			

HISTORIA quirúrgica – Compruebe cualquier procedimiento o cirugías. Lista de cualquier resultado anormal o complicaciones.

NINGUNO

<b>Historia quirúrgica:</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>Año</b>	<b>Comentarios</b>
Cirugía abdominal				
Apendicectomía (extirpación de apéndice)				
Volver a cirugía (lumbar)				
Biopsia (ubicación)				
Biopsia de seno				Círculo: Derecha izquierda
Cirugía de seno				Círculo: Derecha izquierda
Colonoscopia				
Bypass coronario				
Stent coronario				
EGD (endoscopia de estómago)				
Catarata				
Extirpación de vesícula biliar				Círculo: Laparoscópica
Cirugía de corazón (que no sean de bypass)				
Cadera cirugía				Círculo: Derecha izquierda
Histerectomía (total, incluyendo los ovarios)				Círculo: Laparoscópica Vaginal Abdominal
Histerectomía (ovarios parciales, izquierda)				Círculo: Laparoscópica Vaginal Abdominal

Continuó la historia de cirugía :	No	Si	Año	Comentarios
Cirugía de la rodilla				Círculo: Derecha izquierda
LEEP (cirugía de cuello uterino)				
Cirugía de cuello				
Ligadura de ovario ("tubárica")				
Eliminación de ovario				Círculo: Derecha izquierda
Vasectomía				
Sigmoidscopy				
Cirugía de senos				
Otros (lista)				

Adoptado:  Sí  No (por favor marque uno) si marco que si salte esta sección y continúe en la página 5 (otros problemas de salud)

**HISTORIA DE FAMILIA** – Que pariente ha tenido las siguientes enfermedades (padres y hermanos son más importantes).

Enfermedades	Madre	Padre	Hermana(s)	Hermano (s)	Mama de tu mama	Papa de tu mama	Mama de tu papa	Papa de tu papa	Otros familiares	Comentarios
<b>Ninguna enfermedad</b>										
Alcoholismo / drogadicción										
Alergias										
Cancer										
Diabetes										
Gastrointestinal										
Enfermedad del corazón										
Hipertensión										
Enfermedad renal										
Enfermedad mental										
Dolores de cabeza de migrañas										
Infartos										
problemas respiratorios										
convulsiones										
Síndrome de derrame cerebral										
Tuberculosis										

**OTROS PROBLEMAS DE SALUD:**

**Uso de tabaco:** ¿Fumar cigarrillos:  **Si**  **No** ¿Cuántos años usted fuma? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos paquetes al día fumas? \_\_\_\_\_ Otro tipo de tabaco:  **pipa cigarro**  **tabaco de masticar**

**Ejercicio:** ¿Usted hace ejercicio regularmente?  **Si**  **No** ¿Qué tipo de ejercicio? \_\_\_\_\_

**Dieta:** ¿Cómo calificaría su dieta?  **Buena**  **Mala** ¿Desea asesoramiento en su dieta?  **No**  **Sí**

**Consumo de alcohol**

¿Bebes alcohol?  **No**  **Sí** # de bebidas a la semana: \_\_\_\_\_  **Cerveza**  **vino licor**

**Uso de drogas**

¿Usas marihuana o drogas?  **No**  **Sí** ¿Ha usado las agujas para inyectarse drogas?  **No**  **Sí**

**Seguridad:** ¿Usas casco?  **No**  **Si** Bicicleta:  **Sí**  **No**

¿Constante uso de cinturón de seguridad?  **Si**  **No** ¿Su casa tiene un detector de humo que funcione?  **Si**  **No**

¿Si tienes armas en su casa, son encerrados? \_\_\_\_\_

**Actividad sexual**

Sexualmente activo:  **No**  **Sí** Pareja Sexual (s) es/son/han sido:  **Femenino**  **Masculino**

Método anticonceptivo: \_\_\_\_\_

**Violencia:**

¿La violencia en el hogar es una preocupación para usted?  **No**  **Sí**

¿Ha completado una directiva anticipada para la atención de la salud (ADHC), testamento vital o POLST (pedidos de médico para la terapia de sostenimiento de vida)?  **Si**  **No**

**HISTORIA SOCIAL:**

Ocupación (u ocupación previa): \_\_\_\_\_  jubilados  desempleados (marcar una)

Empleador: \_\_\_\_\_ Años de educación o grado más alto: \_\_\_\_\_

Estado civil (marcar una):  soltero/a  casado/a  divorciado/a  viuda  otros: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_ número de niños: \_\_\_\_\_

Edades si menores de 18 años: \_\_\_\_\_

Número de nietos: \_\_\_\_\_ Número de bisnietos: \_\_\_\_\_

¿Quién vive en casa con usted? \_\_\_\_\_

Actividades de ocio, participación de grupo, religión, viajes de trabajo, reciente de voluntarios:

Gracias por tomarse el tiempo para completar esto

# AVISO AL PACIENTE

Nuestra meta en HOPES es proporcionar atención médica de calidad. Debido a nuestra preocupación por su salud y bienestar, hay ciertos tipos de medicamentos que capaz no se podrá prescribir a usted. Algunos ejemplos son los siguientes:

Oxycontin	Xanax
Oxycodone	Valium
Hydrocodone	Restoril
Percocet	Klonopin
Percodan	Tranxene
Lortab	Ativan
Lorcet	Ambien
Morphine	Soma
Tylenol #3	Methadone
Tylox	Vicodin
Ultram/Tramadol	Estimulantes para adultos

Si ya está tomando alguno de los medicamentos anteriores, su proveedor podría querer hablar con usted acerca de tratamientos alternativos.

Si usted es un paciente nuevo, tenga en cuenta que es muy improbable que seamos capaces de prescribir cualquiera de estos medicamentos para usted.

Si tiene preguntas o preocupaciones acerca esta póliza, por favor no dude discutir las con su proveedor o con el Director General de Salud.