

### HISTORIA DEL CLIENTE

Nombre completo \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Otros nombres usados / nombre preferido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Estado Matrimonial: S C D V Sep

Dirección de farmacia y teléfono / fax: \_\_\_\_\_

### DEMOGRAFÍA

Identidad de genero actual:  Masculino  Femenina  Desconocido Sexo al nacer:  Masculino  Femenino

Hombre transsexual de hombre a mujer (MTF)  Transgénero femenina-a- masculino (FTM)

Transgénero (trans \*, género queer, género no conforme)  Otro: \_\_\_\_\_

Idiomas hablados \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge u otro significante (si corresponde) \_\_\_\_\_

¿Con quién deberíamos contactar en caso de emergencia? \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

¿Dónde fue hecho su examen de VIH/SIDA? \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Fue positivo? Si No

¿Qué médico estás atendiendo? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**SÍNTOMAS**

*Haga una marca al lado de cualquier cosa que haya experimentado en los últimos 3 meses.*

	SI	NO	COMENTOS
Fiebre más alta que 100 grados	S	N	
Mojarse en sudor nocturno	S	N	
Pérdida de peso inexplicable de más de 10 lbs	S	N	
Inusual salpullido en la piel	S	N	
Nuevos protuberancias o manchas en la piel	S	N	
Inflamacion del nodo linfatico	S	N	
Moretonesosangrados fáciles	S	N	
Pies hinchados (Que no quepa en los zapatos)	S	N	
Tos	S	N	
Respiracion corta caminando o subiendo escaleras	S	N	
Parches blancos en la boca	S	N	
Dolor detrás del esternón cuando pasa saliva	S	N	
Severos Dolores abdominales o calambres	S	N	
Tres o mas excremento liquido por dia	S	N	
Evacuaciones dolorosas	S	N	
Sangre en el excremento	S	N	
Perdida de control en avacuaciones	S	N	
Dolor al orinar	S	N	
Orinar con unusual frecuencia	S	N	
Perdida de control de la orina	S	N	
Severos y persistentes dolores de cabeza	S	N	
Debilidad en las piernas o dificultad para pararse	S	N	
Dificultad para pensar o concentrarse	S	N	
Cambios en su visión	S	N	
Alucinaciones	S	N	
Depresión	S	N	
Presión alta	S	N	
Diabetes	S	N	
Ulceras estomacales	S	N	
Anemia o problemas de sangrando	S	N	
Pancreatitis	S	N	
Herpes simplex (Herpes oral o genitales)	S	N	
Sífilis	S	N	
Gonorrea	S	N	
Infección vaginal o clamidia	S	N	
Verrugas venéreas	S	N	
Tuberculosis o examen positivo en la piel	S	N	
Hepatitis (Que Tipo?)	S	N	
Enfermedades mentales (que tipo?)	S	N	
Atento de suicidio	S	N	

## Historial Médico

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su historial médico pasado. Si no comprende alguna de las preguntas, pregunte a su enfermera o médico que le expliquen la (s) pregunta (s).

Operaciones Previas o Cirugía	Fecha	Hospital
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hospitalizaciones / Enfermedades	Fecha	Hospital
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Medicamentos Actuales

Medicamento	Dosis	Instrucciones	Fecha	Medicamento	Dosis	Instrucciones	Fecha
<i>Ej. Atenolol</i>	<i>50 mg</i>	<i>1 diaria</i>	<i>1/1/11</i>	6.			
1.				7.			
2.				8.			
3.				9.			
4.				10.			
5.				11.			

### Alergia a medicamentos, alimentos o sustancias, incluyendo el tipo de reacción

Alergia	Reacción	Alergia	Reacción
1.		3.	
2.		4.	

¿Cuánta cerveza, vino o licor fuerte (circule el que usa) bebe cada día (promedio)?

Alguna vez (verifica esos verdaderos para ti):

Bebió lo suficiente para perder el conocimiento

Ha sido arrestado por conducir bajo la influencia de alcohol o drogas

¿Has estado en Alcohólicos Anónimos o en un programa similar?

¿Alguna vez has fumado? (círculo) S N ¿Cuántos paquetes por día (promedio)? \_\_\_\_\_

¿Fumas ahora? S N ¿Cuántos años ha fumado? \_\_\_\_\_

¿Usas marihuana, cocaína u otros medicamentos sin receta? S N

Si es así, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha usado drogas en la vena o la piel? S N

Primer año que usó medicamentos inyectables \_\_\_\_\_

La última vez que usó medicamentos inyectables \_\_\_\_\_

¿Alguien en su familia tiene (marque los que aplican):

Diabetes Presión arterial alta Cáncer (tipo) \_\_\_\_\_

Anemia o rasgo de células falciformes de alto riesgo de enfermedad cardíaca

Enumere la fecha de las vacunas más recientes:

Tétano \_\_\_\_\_

Hepatitis B \_\_\_\_\_

Influenza \_\_\_\_\_

Neumococo \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has recibido una transfusión de sangre? S N ¿Cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

**Para las mujeres:** ¿ Última menstruación \_\_\_\_\_ último Papanicola  
\_\_\_\_\_ son períodos regulares? S N

Un beneficio de venir a esta clínica es que usted puede ser elegible para recibir tratamiento con medicamentos u otros tratamientos no están disponibles al público en general. ¿Estarías interesado en participar en estudios de nuevos medicamentos u otros tratamientos? (sí no obliga a que participe, y usted recibirá cuidado completo si no elige "sí" o ""). SÍ NO

## Historia Social

¿Donde naciste? \_\_\_\_\_ ¿Dónde has vivido en los últimos 15 años? \_\_\_\_\_

¿Dónde vives? (marque uno)

Junta y cuidado del hotel Casa propia Alquiler / Arriendo Desamparados//Con amigos con la familia

Otro

¿Quien vive con tigo? \_\_\_\_\_

Red de soporte (marque todo lo que corresponda)

Ninguno  Proveedor de atención médica  Consejero / Terapia

Socio / Otro Significativo  Cónyuge  Vecinos  Grupos de Apoyo

Amigos  Asociados de trabajo / escuela  Familia / parientes  Iglesia / Clero

¿Cómo usted apoya financieramente a su familia?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Esta usted sexualmente activo(a)?                      SI              NO

Tiene usted relaciones sexuales con:              Hombres      Mujeres      Ambos

Usa usted siempre condon durante su (coito) trato sexual vaginal or anal?      SI      NO

Usa algún Espermaticida?                              SI              NO

Ha tenido relaciones sexuales con alguien que usa drogas inyectables?              SI      NO      No Se

Ha tenido sexo con alguien infectado con VIH (Virus del Sida)?              SI      NO

Tiene preguntas acerca de sexo seguro    SI      NO

Que mas le gustaría que supiéramos acerca de su salud?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del testigo \_\_\_\_\_

## Consentimiento Para Tratamiento

La información siguiente es para que el paciente, o la persona autorizada legalmente a representar el paciente, o sea completado por uno de los padres:

Yo doy el consentimiento para el tratamiento médico para mí, o para el paciente a cual yo soy el padre o la persona autorizada legalmente.

Yo entiendo que Community Outreach Medical Center compartirá información de salud de acuerdo a las leyes federales y estatales para tratamiento, pago y operaciones.

Yo entiendo que es mi responsabilidad de obtener los exámenes recomendados, evaluaciones adicionales y continuación de tratamiento recomendado por mi medico/practicante. Yo también entiendo que si toman exámenes para infecciones/enfermedades sexuales la ley puede exigir que los resultados a las agencias de salud pública.

Por la presente, libero a Community Outreach Medical Center, a su personal médico y a los empleados de todas las responsabilidades derivadas o relacionadas con mi falta de seguimiento recomendado si es demuestran anomalías.

Por este medio consentimiento y solicito examen de Community Outreach Medical Center y aseguro que la información dada según mi leal saber y entender es verdad.

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Representante Legalmente Autorizada: \_\_\_\_\_

Relación del Representante Legalmente Autorizada al Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

***ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.***

***POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE***

### **¿QUÉ ES LO QUE CUBRE ESTA NOTICIA?**

> Información sobre su condición médica, su tratamiento, o pagos por el tratamiento médico **que podría ser usado para identificar quien es usted;**

> Información en la posesión de Community Outreach Medical Center. Esto aplica a todo el personal, voluntarios, contratistas, aprendices, o cualquier otra persona trabajando en Community Outreach Medical Center que pueda tener acceso a su información médica.

### **COMO COMMUNITY OUTREACH MEDICAL CENTER USARÁ SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Community Outreach Medical Center tiene permitido usar y divulgar a otros fuera de Community Outreach Medical Center su información médica sin su permiso para algún tipo de actividad básica y algunas situaciones o circunstancias específicas. Se describen a continuación.

- ***Tratamiento*** – Tenemos permitido usar o divulgar su información médica con otros fuera de Community Outreach Medical Center con el fin de proveer servicios médicos apropiados a usted.
- ***Pagos*** – Tenemos permitido usar o divulgar su información médica con otros fuera de Community Outreach Medical Center con el fin de enviar un estado de cuenta por los servicios que recibe.
- ***Operaciones Médicas*** – Tenemos permitido usar o divulgar su información médica con otros fuera de Community Outreach Medical Center con el fin de ejecutar bien el programa y garantizar servicios de alta calidad.
- ***Recordatorios de Citas*** – Tenemos permitido usar o divulgar su información para mandarle recordatorios de la citas que tiene para su tratamiento.
- ***Beneficios y Servicios Relacionados con su Tratamiento*** – Tenemos permitido usar o divulgar su información para avisarle sobre beneficios o servicios relacionados con su tratamiento que le pueden ser de interés.
- ***Actividades Para Recaudar Fondos*** – Tenemos permitido usar o divulgar su información para contactarnos con usted sobre actividades para recaudar fondos para Community Outreach Medical Center, por Community Outreach Medical Center, o de parte de nosotros por otros.
- ***Directorio de Participantes*** – Podemos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio de participantes de la agencia mientras sea cliente de la agencia. Esto incluye información como su nombre, programa de la agencia, y su afiliación religiosa.
- ***Individuos Involucrados en su Cuidado o que Pague por su Cuidado*** – Tenemos permitido divulgar su información médica a cualquier entidad asistiendo en un esfuerzo de socorro en case de un desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado, y ubicación.
- ***Estudios*** – Bajo ciertas circunstancias, tenemos permitido usar y divulgar su información médica con el propósito de investigación/estudio científico.
- ***Requerido por Ley*** – Divulgaremos su información cuando es requerido por la ley.
- ***Para Evitar Una Amenaza Grave a su Salud o su Seguridad*** – Tenemos permitido usar o divulgar su información para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona.

- **Donación de Órganos y Tejidos** – Si está registrado para donar o ser recipiente de órganos y/o tejidos, podemos divulgar su información médica a las organizaciones encargadas de obtener órganos, de trasplantar órganos, ojos, y tejidos, o a un banco de donaciones de órganos para apoyar el proceso.
- **Compensación de Trabajadores** – Tenemos permitido divulgar su información para compensación del trabajador o programas similares.
- **Riesgos de Salud Pública** – Tenemos permitido usar o divulgar su información médica para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, para reportar nacimientos y muertes, para reportar abuso contra menores y negligencia, para reportar reacciones a medicamento o problemas con un producto, para notificar a personas sobre retiradas de productos que están usando, para notificar a una persona que haya sido expuesta a una enfermedad o esté en riesgo de contratar o diseminar una enfermedad u otra condición, y/o para notificar a una agencia de gobierno apropiada si creemos que un participante ha sido víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica.
- **Personas Militares o Veteranos** – Si eres miembro de las fuerzas armadas, podemos comunicar información médica sobre usted si es requerido por las autoridades comandantes militares. Al igual, podemos comunicar información médica sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas.
- **Actividades de Supervisión de la Salud** – Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley.
- **Pleitos y Disputes Legales** – Si está involucrado en un pleito o dispute legal, tenemos permitido usar o divulgar su información médica en respuesta de una orden administrativa o de la corte. Al igual, podemos comunicar información médica en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento, u otro proceso de ley por otra persona involucrada en el dispute solo si han hecho esfuerzo para comunicarle de la petición o para obtener una orden para proteger la información solicitada.
- **Cuerpos Policiales** – Tenemos permitido divulgar su información médica si es requerida por cuerpos policiales en respuesta de una orden de corte, citación, orden de comparecencia, o un proceso similar; para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona desaparecida; sobre la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no es posible obtener consentimiento de la persona; sobre una muerte que creemos resultó de una conducta crimen; sobre conducta criminal en la clínica; y, en circunstancias de emergencia para reportar un crimen, la ubicación de un crimen, o la identidad, descripción, o ubicación de la persona que cometió el crimen.
- **Jueces de Instrucción, Médicos Forenses, y Directores de Funerarias** – Tenemos permitido divulgar su información médica a un juez de instrucción o a un médico forense.
- **Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia** – Tenemos permitido divulgar su información médica a oficiales federales autorizados para inteligencia, contraespionaje, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.
- **Servicios de Protección Para el Presidente y Otros** – Tenemos permitido divulgar su información médica a personal federal autorizado para que puedan proveer protección para el presidente, otras personas autorizadas, o jefes de estados extranjeros, o para conducir investigaciones especiales.
- **Presidiario** – Si eres presidiario de una instalación penitenciaria o bajo la custodia de un oficial de la ley, tenemos permitido divulgar su información médica a esa instalación penitenciaria u oficial de la ley.

## SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

- **Autorización Para Usar Su Información** – En orden de poder usar o divulgar su información, que no sea como se describió anteriormente, necesitaremos obtener su autorización escrita la cual puede revocar en cualquier momento para terminar cualquier uso y divulgación posterior.
- **Derecho a Tener Acceso a su Información** – Tiene el derecho a revisar y fotocopiar porciones o toda su información médica con la excepción de notas de psicoterapia, información que puede ser usada en una acción civil, criminal, o administrativa, o cuando es prohibido por la ley.



- ***Derecho a Corregir su Información*** – Tiene el derecho a hacer cambios a su información médica.
- ***Derecho a Solicitar que su Información Sea Proveída de una Cierta Manera*** – Puede pedir que cuando le mandemos su información, lo hagamos de manera que sea más conveniente para usted.
- ***Derecho a Restringir Su Información*** – Tiene el derecho de restringir el use de su información médica. Sin embargo, la organización puede optar por rechazar su restricción si está en conflicto de proveerle atención médica de calidad o en caso de una emergencia.
- ***Derecho a una Contabilidad de Nuestras Divulgaciones de su Información*** – Tiene el derecho a saber quién tiene acceso a su información médica y con qué propósito.
- ***Derecho a una Copia en Papel de Este Aviso*** – Tiene el derecho a poseer una copia de este Aviso de Privacidad a petición. La copia puede estar en forma de transmisión electrónica o en papel.

## **DEBERES DE COMC CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Tenemos requerido proteger la privacidad de su información, establecer pólizas y procedimientos que lo hagan, proveer este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, y de seguir las prácticas descritas en este aviso. Reservamos el derecho de cambiar nuestras pólizas y procedimientos para proteger información médica. Cuando hagamos un cambio importante de como usamos y divulgamos su información médica, también cambiaremos este aviso y lo pondremos en nuestra sala de espera y en la área de registración. Puede pedir una copia escrita de la versión más reciente de esta noticia en cualquier momento. Community Outreach Medical Center puede negarle el acceso a su información médica si un proveedor médico licenciado determina que divulgarla podría poner en peligro a usted o a otra persona; su información médica refiere a un tercer partido y divulgarla podría dañar a esa persona; o si darle acceso a un representante personal puede dañarle o a otra persona.

## **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE CÓMO SE UTILIZA SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Si cree que no hemos protegido su privacidad apropiadamente, violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con las decisiones que hemos hecho sobre el acceso a su información médica, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad de Community Outreach Medical Center por escrito dentro de 90 días de este descubrimiento. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los EE.UU. dentro de 180 días de este descubrimiento. El Oficial de Privacidad de Community Outreach Medical Center puede proveerle con el domicilio apropiado a petición. No será penalizado por presentar una queja. Para actuar sobre esta información proveída en este aviso o para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, puede contactar al Oficial de Privacidad de Community Outreach Medical Center por teléfono llamando al (702) 657-3873; por fax al teléfono (702) 636-0787; o por correo dirigido a Community Outreach Medical Center Privacy Officer, 1090 E Desert Inn Rd. Suite 200, Las Vegas, NV 89109.

**FECHA EFECTIVA DE ESTE AVISO:** Este aviso fue emitido el 1<sup>ro</sup> de Enero del 2021.

**RECONOCIMIENTO DE EL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad explica cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted. Según lo dispuesto en nuestro aviso, los términos pueden cambiar. Las copias de este aviso siempre estarán disponibles en nuestra oficina y reflejarán cualquier cambio que hagamos a nuestro en el futuro. Por favor, firme y fechar a continuación para indicar que ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Community Outreach Medical Center y una explicación de lo que contiene.

---

Firma	Fecha
-------	-------

---

Nombre Escrito

Por favor circule uno:

Participante     
  Padre     
  Guardián Legal     
  Representante Personal     
  Agencia

Otro: \_\_\_\_\_

Lo siguiente es para ser completado por personal de Community Outreach Medical Center

Por favor marque el cuadro apropiado:

- El Aviso de Prácticas de Privacidad fue ofrecido y aceptado por el participante y el participante firmó este reconocimiento.
- El Aviso de Prácticas de Privacidad fue ofrecido y aceptado por el participante y el participante se negó a firmar este reconocimiento.
- El Aviso de Prácticas de Privacidad fue ofrecido y rechazado por el participante y el participante acordó firmar este reconocimiento.
- El Aviso de Prácticas de Privacidad fue ofrecido y rechazado por el participante y el participante se negó a firmar este reconocimiento.

Representante de Personal: \_\_\_\_\_
 Título: \_\_\_\_\_
 Fecha: \_\_\_\_\_

# COMMUNITY OUTREACH MEDICAL CENTER

## Propuesta Directivas

- 1) Yo he recibido información escrita sobre la ley estatal relacionada con las Directivas Anticipadas que me informa sobre mi derecho a tomar decisiones sobre mi atención médica, incluido el derecho a aceptar o rechazar un tratamiento médico o quirúrgico, y formular directivas anticipadas.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- 2) Yo he formulado una propuesta directiva:

SI (Declaracion/Testamento) \_\_\_\_\_

SI (Poder legal duradero para cuidado medico) \_\_\_\_\_

NO, yo no he formulado ningún tipo de propuesta directiva \_\_\_\_\_

Si lo ha hecho, yo he proveido una copia de mi propuesta directiva al hospital.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (Si no es marcado, una copia deberá ser proveida al hospital tan pronto como sea posible)

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Representante Legalmente Autorizada: \_\_\_\_\_

Relacion del Representante Legalmente Autorizada al Paciente: \_\_\_\_\_

Represente del Hospital: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# COMMUNITY OUTREACH MEDICAL CENTER

## Programa Ryan White

Como adulto competente (mayor de 18 años), es su derecho tomar decisiones con respecto a su atención médica después de que se le haya informado sobre todos los aspectos importantes de esa atención. Puede aceptar o rechazar el cuidado según sus propios deseos.

El mejor momento para determinar sus deseos con respecto a su elección de atención médica es antes de ingresar en un centro de atención médica. Si no puede expresar sus deseos, puede desarrollar una declaración escrita que dictará cómo quiere que se tomen las decisiones. Estas declaraciones son llamadas propuestas directivas.

Hay do formas de Propuesta Directivas:

### Testamento

El testamento en vida solo está en vigencia cuando su médico tratante determina que su condición es terminal y que no hay posibilidad de recuperación. El Testamento en vida le permite indicar el nivel de atención que desea con respecto al soporte vital, la contención de la vida, la contención de la vida y la mejora de la vida. (Vea la lista añadida para asistir en elaborar su testamento)

Al escribir un testamento vital que puede indicar a su médico para llevar a cabo las directivas son conocidas y llevadas a cabo. Este individuo es señalado solamente a tomar decisiones respecto a la retención o retirada del tratamiento.

### Poder notarial duradero

La segunda forma es el poder notarial duradero para el cuidado de la salud. Esta declaración le permite nombrar a un individuo y un suplente que tomarán las decisiones en caso de que no puede. Se recomienda discutir sus deseos con estas personas por lo que mejor puede servirle. Este individuo puede tomar decisiones respecto a su salud siempre que su condición de ser terminal. (Vea lista de comprobación para ayudarle a desarrollar sus deseos para el cuidado de la salud).

### Ausencia de instrucciones previas

En el caso de que no han preparado una directiva anticipada, el armario pariente vivo pediría para dar consentimientos y tomar decisiones para el cuidado de su salud.

## INFORMACIÓN GENERAL

- Las directivas anticipadas pueden ser revocadas en cualquier momento.
- El testamento vital sólo en vigor cuando se comunica que el médico tratante y ha sido determinadas por ese médico en una condición terminal y ya no son capaces de tomar decisiones respecto al cuidado de su salud.
- Poder legal entra en vigencia cuando usted es incapaz de comunicar sus deseos, por ejemplo, estás en un estado de coma.
- Un poder notarial duradero debe notariada o presenciado por 2 adultos.
- Cuando usted ha desarrollado una directiva anticipada debe compartirlo con:
  - Su médico
  - Su familia
  - Sus nombre las personas en su poder notarial
  - Cualquier institución de salud que lo se hospitalizan para cuidado de la salud
- El Testamento no será eficaz en el caso de una mujer conocida que esté embarazada como el feto puede desarrollar hasta el punto de un nacimiento.
- Puede que tengas ya sea tipo pf adelantado o ambos. Se recomienda que si usted tiene un poder notarial que proporciona a su representante información que describe claramente sus deseos. Esto puede hacerse a través de un testamento en vida.

Estos son algunos de los hechos básicos sobre las instrucciones anticipadas. Si desea saber más información, que usted puede pedir ver la película "En su nombre".

Si usted decide desarrollllar un testament en vida puede utilizar uno de los siguientes ejemplos o crear los tuyos propios.Si usted desea desarrollar un poder notarial puede solicitar los formularios necesarios de su enfermera. Esta forma es la única forma aprobados por el estado.

## TESTAMENTO EN VIDA

Una declaración que señala a otra persona para tomar decisiones de gobierno con retención o con tal de tratamiento de soporte vital puede, pero no es necesario, estar en el siguiente formulario:

### DECLARACIÓN

Si debo tener una afección incurable e irreversible que sin la administración de mantenimiento de tratamiento, la vida, en opinión de mi médico tratante, causará mi muerte dentro de poco tiempo, y ya no soy capaz de tomar decisiones con respecto a mi médico tratamiento, nombro a \_\_\_\_ o si él o ella no está disponible o no está dispuesto a servir, \_\_\_\_, a tomar decisiones en mi nombre con respecto a las retenciones o retirada de tratamiento que sólo prolonga el proceso de morir y no es necesario para mi confort o para aliviar el dolor, en virtud de NRS 449.540 a 449.690. Inclusive y las secciones 1 a 12 ambos inclusive, de esta ley.

(Si la persona o personas que he nombrado no están disponibles o no están dispuestas a servir, dirijo a mi médico tratante, en virtud de las secciones, retener o retirar el tratamiento que sólo prolonga el proceso de morir y no es necesario para mi confort o para aliviar el dolor).

Strike idioma entre paréntesis si no lo desea.

Si desea incluir esta declaración, debe inicial la declaración en la casilla:

(Si la declaración refleja sus deseos, inicial de la casilla de la declaración)

Dirijo mi médico no para retener o retirar la alimentación artificial e hidratación a través de la gastro- intestinal si dicho retiro daría lugar a mi muerte por inanición o deshidratación. [\_\_\_\_]

Firmado el día \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

El declarante voluntariamente firmó esta escritura en mi presencia.

Testigo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Testamento (Hoja de Trabajo)

Esto es una hoja con la lista que lo podría asistir desarrollando su testamento.

**Y = SI    N = NO    U = Indesiso**

NO Condiciones	RCP	Respirador Ejemplo: Maquina para respirar	Nutricion a través de las Venas o tubo	Dialysis de riñones	Cirurgia	Medica- mento para prolongar la vida	Medica- mento para dolor	NO Tratamiento
En estado de coma o estado vegetativo persistente sin esperanza de sanar								
Tener una enfermedad progresiva con pérdida de habilidades mentales que resultarían en la muerte.								
Tener una condición que resultaría en la perdida de habilidades mentales permanentes y no pueden mejorar o curarse y no sean terminales								
Tener una condición crónica que últimamente lo guio a la muerte y los tratamientos no son efectivos								

{ Apoyo de Vida }

{ Prolongar la Vida }

{ Mejorar La Vida }

## Responsabilidades del Paciente

Community Outreach Medical Center depende en usted que participe activamente en su atención médica y tratamientos para que nosotros podamos proporcionarle la asistencia médica más eficaz para usted. Los siguientes son sus responsabilidades. Por favor lea cuidadosamente y ponga sus iniciales en cada línea, de modo que usted entienda nuestras expectativas de usted.

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <u>          </u><br><b>Iniciales</b> | Daré información correcta y completa sobre mis problemas de salud pasados y padecimientos actuales, hospitalizaciones, medicamentos, tratamientos y otros asuntos relacionados con mi condición de salud.  |
| <u>          </u><br><b>Iniciales</b> | Le informaré al personal de cualquier cambio de dirección, número de teléfono, o de seguro.  |
| <u>          </u><br><b>Iniciales</b> | Si no he entendido algo sobre mis problemas de salud, tratamientos, medicamentos, su uso, dosis, y efectos secundarios, yo haré preguntas hasta que me sientas satisfecho(a) y tenga suficiente información para tomar una decisión.   |
| <u>          </u><br><b>Iniciales</b> | Yo traeré todas mis botellas de medicamentos conmigo a cada una de mis citas. Éstos incluyen (prescripción, no prescripción, y vitamina/preparaciones a base de hierbas. Por favor deje la medicación refrigerada en casa).  |
| <u>          </u><br><b>Iniciales</b> | Mi proveedor y yo discutiremos mi plan de tratamiento juntos y obtendré todas las pruebas de laboratorio/radiología/pruebas de diagnóstico y seguimiento que estamos de acuerdo que necesito. Estos pruebas ayudaran al proveedor realizar un diagnóstico preciso de mi condición y asisten a él/ella para desarrollar un plan de tratamiento específicamente para mí. Sin mi participación en mi plan de tratamiento, el proveedor no podrá asistir me a controlar o resolver mis problemas de salud. |
| <u>          </u><br><b>Iniciales</b> | Entiendo que se me dará suficiente medicamento que me durara hasta mi próxima cita y recibiría más medicamentos en mi próxima cita de seguimiento.   |
| <u>          </u><br><b>Iniciales</b> | Tengo entendido que soy responsable de saber mis resultados de mis pruebas como fue ordenado por el personal de la clínica, en mi cita de seguimiento.   |
| <u>          </u><br><b>Iniciales</b> | Yo pagaré todos los servicios proporcionados antes de salir de la clínica.   |
| <u>          </u><br><b>Iniciales</b> | Yo seré respetuoso(a) y considerado(a) a todo el personal de la clínica, pacientes, propiedad de la clínica, seguiré las reglas de la clínica y aseguraré que la persona que este conmigo también cumpla.  |
| <u>          </u><br><b>Iniciales</b> | Yo entiendo que nunca debo asistir a una visita con el personal de COMC bajo la influencia de cualquier sustancia, incluyendo narcóticos o sustancias controladas los cuales pueden alterar mi capacidad de comprender o que pueden poner en peligro mi juicio.  |

Totalmente entiendo y cumpliré con mis responsabilidades de paciente en Community Outreach Medical Center.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
 Firma de representante legal autorizado

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\*\*\*Para los pacientes elegibles para los servicios proporcionados por el programa de Ryan White, puede haber ciertas responsabilidades mencionadas arriba que pueden no aplicarse a usted. Por favor, solicite al personal si usted tiene cualquier pregunta.



**POLIZA DE CERO TOLERANCIA**

Community Outreach Medical Center, se esfuerza por ofrecer servicios de alta calidad a todos sus cliente/pacientes elegibles y ofrece un ambiente cómodo y seguro en el que pueden obtener servicios.

Nosotros sin embargo, reservamos el derecho de suspender, cambiar o cancelar los servicios y privilegios de un cliente o paciente por cualquiera de los siguientes.

- A) Amenazas y/o incidencias de asalto, robo o comportamiento abusivo hacia el personal de COMC y/o clientes/pacientes.
- B) Proporcionar información falsificada o fraudulenta para obtener servicios.
- C) Posesión de armas en la propiedad de COMC o eventos auspiciados por COMC, usados para intimidar al cliente/pacientes o al personal de COMC. Las armas se definen como arma a cualquier objeto que se podría utilizarse para amenazar de alguna forma y hacer daños corporales.
- D) Amenazas físicas o verbales contra otros clientes/pacientes de COMC o miembros de personal de COMC, destrucción/vandalismo a la propiedad de COMC, o eventos que tengan que ver con COMC y/o clientes/pacientes de COMC.
- E) Acoso sexual/mala conducta hacia el personal de COMC y/o clientes/pacientes.

Firma del Cliente	Cliente UID/URD	
Representante del personal	Título	Fecha

**AVANCED ACUERDO DE DIRECTIVAS**

Esta declaración sirve para documentar que el paciente ha recibido información y/o se le presentó la oportunidad de crear una directiva avanzada para ayudar en las decisiones de tratamiento anticipadas con respecto a su atención médica, incluyendo el derecho a aceptar o rechazar tratamiento médico o quirúrgico. Al firmar, el paciente reconoce si el/ella/ellos les gustaría crear una directiva avanzada o proveer a COMC con su versión más actual. El/ella/ellos notificarán a COMC para presentar o completar una Directiva Avanzada.

Firma del paciente / representante legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## POLÍTICAS CLÍNICAS

El Centro Médico de Alcance Comunitario (COMC, por sus siglas en inglés) está contento de que haya elegido nuestro cliente para satisfacer mejor sus necesidades de atención médica. Como t él clínica se esfuerza para que su experiencia médica con nosotros sea agradable y productiva, por favor familiarizados usted mismo con las siguientes clínicas políticas y procedimientos, y se adhieren a las instrucciones siguientes.

**Horario de atención:** Nuestra oficina está abierta de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Estamos cerrados entre las 12:00 p.m. a 1:00 p.m. para almuerzo, fines de semana, y festivos. No proporcionamos atención de emergencia, atención de urgencia ni servicios de atención acelerada. Para necesidades médicas urgentes, llame al 911 y / o 411 para acceder al centro de atención aguda / tratamiento de emergencia más cercano.

**Citas:** Llame al (702) 657-3 873 para programar una cita. Los pacientes son atendidos por cita, y depende hasta en la disponibilidad del proveedor, pueden ser vistos como una cabina de paciente. Para realizar cambios en su cita programada, le pedimos que llame al menos con 48 horas de anticipación.

**Pago por el Servicios:** Pago de los servicios se vence al momento del servicio. Alcance Comunitario Médico Centro no hace factura por cualquier servicio (excepto para las personas con pre-establecida acuerdos). Aceptamos tarjetas de crédito / débito y efectivo por los servicios prestados. **NO ACEPTAMOS CHEQUES DE NINGÚN TIPO PARA EL PAGO DE SERVICIOS.** Servicios están disponibles para los pacientes de Ryan White, de la capacidad de pago del paciente.

**Registros médicos:** La clínica puede demorar hasta siete (7) días hábiles para procesar su solicitud de registros médicos. Una corriente o Difusión f Información de formulario debe ser completado y firmado por el paciente o el representante legal del paciente f o la clínica para procesar una solicitud. Además, se le cobrará al paciente una tarifa de procesamiento por las solicitudes de registros médicos; \$ 0.50 por página copiada. Las tarifas se deberán pagar antes de entregar copias de los registros médicos. Las tarifas no se evaluarán para solicitudes interinstitucionales.

### Los formularios para Terminación:

La clínica pueden demorar un mínimo de (catorce) 14 días hábiles para procesar la finalización de cartas que verifican condiciones médicas, discapacidades, FMLA y diversos formularios de certificación médica. Se cobrará una tarifa de \$ 20 por cada solicitud. Los pacientes o los pacientes ' representante legal s estarán obligados a honorarios a resolver antes de liberar copias solicitadas.

**Prescripción Recambios:** La clínica sólo proporcionan prescripción recargas en el seguimiento hasta la cita. Haga que su farmacia envíe por fax una solicitud de recarga antes de su cita de seguimiento. SOMOS Al no poder PROCESO pedidos de reposición en el mismo día en que se reciben; por favor planifique en consecuencia.

**Resultados de la prueba:** ***POR FAVOR, NO llame a la clínica para obtener los resultados de la prueba o para preguntar si están presentes. Sus resultados serán discutidos con usted en su cita de seguimiento o por carta (aplicable a pacientes identificado). P arrendamiento de contactos de la clínica i f que he estado esperando un resultado s carta con de dos semanas partir de la fecha de la prueba. Si no se recomienda lo contrario, no levante su carta de resultados antes de las 2 semanas posteriores a la finalización de la prueba. Espere 2 semanas para que recibamos sus resultados y revisemos los factores indicadores.***

### Enfermero Medical /médico Asistente

**Llamadas de respaldo:** Enfermeros/ auxiliares médicos tienen un mínimo de 72 horas de oficina para volver paciente llamadas telefónicas.

\*Ciertas políticas (con respecto al pago / tarifas) pueden no aplicarse a los pacientes elegibles del Programa Ryan White. Solicite más aclaraciones al personal de la clínica. \*