

Masculino ☐ **Femenino** ☐ **Sin género** ☐

Paquete de Paciente Nuevo /Anual

Fecha: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Apt #

Ciudad

Código postal

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Número de seguro social: _____

Domicilio / Número de teléfono móvil Dirección de correo electrónico: _____

Correo electrónico: _____

Nombre / dirección / teléfono de la farmacia: _____

Seguro primario: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Seguro secundario: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Nombre de la parte responsable asegurada: _____

Nombre de contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

RAZA / ETNICIDAD:

RAZA

ETNICIDAD

A. Indio Americano o

Nativo de Alaska

☐
☐

B. Asiático

☐
☐

C. Negro o afro Americano

☐
☐

D. Nativo de Hawaii o

otro isleño del Pacífico

☐
☐

E. Caucásico

☐
☐

A lo mejor de mi conocimiento , afirmo que la información anterior es correcta . INFORMARÉ AL CENTRO MÉDICO DE ALCANCE COMUNITARIO DE CUALQUIER CAMBIO A LA INFORMACIÓN ANTERIOR.

Firma del paciente / representante legal _____ Fecha _____

Formulario de Historial de Salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

¿Cuál es el motivo de la visita de hoy?: _____

¿Cómo fue referido a COMC?: _____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Sin género

☐ Transgénero de hombre a mujer

☐ Transgénero de mujer a hombre

☐ Transgénero (trans, queer, género no conforme) ☐ Otra: _____

Historial médico: marque todo lo que corresponda a usted

☐	Diabetes	☐	Problemas pulmonares	☐	Trastorno convulsivo
☐	Enfermedad cardíaca / angina / dolor en el pecho	☐	Neumonía	☐	Infecciones de transmisión sexual
☐	Ataque al corazón	☐	Tuberculosis	☐	Cáncer: especifique:
☐	Alta presión sanguínea	☐	Acidez estomacal / reflujo ácido	☐	Depresión ansiedad
☐	Carrera	☐	Diarrea / Estreñimiento / Dolor abdominal / sangre en las hece	☐	Ronquidos / Trastorno del sueño / Insomnio
☐	Colesterol alto	☐	Pancreatitis	☐	El embarazo
☐	Cambios visuales / glaucoma	☐	Hepatitis A/B/C	☐	Problemas ginecológicos / irregularidades menstruales
☐	Problemas de oído / pérdida de audición	☐	Enfermedad renal / Problemas de vejiga	☐	Síntomas mamarios
☐	Problemas de garganta	☐	Anemia / Trastornos de la sangre	☐	Síntomas pélvicos
☐	Trastorno de la tiroides	☐	Enfermedad autoinmune / lupus	☐	Otros (especificar)
☐	Asma / Alergia	☐	Arthritis/Joint Pain	☐	
☐	EPOC	☐	Artritis / dolor en las articulaciones	☐	
☐	Tos	☐	Problemas neurológicos / dolor nervioso / dolor de cabeza / migraña	☐	

Procedimientos quirúrgicos (incluye cirugías menores) y fecha (s) aproximada(s):

Cirugías	Fecha	Cirugías	Fecha
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

Hospitalizaciones (incluya el motivo de la hospitalización, las fechas y el lugar donde fue hospitalizado):

Razón	Fecha	Hospital	Razón	Fecha	Hospital
1.			4.		
2.			5.		
3.			6.		

Alergias a medicamentos, alimentos o sustancias, incluido el tipo de reacción:

Alergias	Reacción	Alergias	Reacción
1.		3.	
2.		4.	

Formulario de historial de salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Medicamentos actuales, dosis, iones de instrucción y fecha aproximada de inicio. Incluya los medicamentos recetados, sin receta y vitaminas/preparados a base de hierbas (por favor, adjunte una hoja separada si es necesario).

Medicación	Dosis	Instrucciones	Fecha	Medicación	Dosis	Instrucciones	Fecha
1)				6)			
2)				7)			
3)				8)			
4)				9)			
5)				10)			

Antecedentes familiares:

Padre:	Enumere las principales afecciones médicas:	Madre:	Enumere las principales afecciones médicas::
Paternal Abuelos:	Enumere las principales afecciones médicas:	Materno Abuelos:	Enumere las principales afecciones médicas::
Hermanos:	Enumere las principales afecciones médicas:	Niños:	Enumere las principales afecciones médicas:

Uso de tabaco: ¿Fumador actual? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes / día? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez has fumado? ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo, ¿cuál es el año en que dejó de fumar? _____

Uso de alcohol: ¿Bebe alcohol? ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo: CERVEZA VINO OTROS

Indique el número de bebidas y la frecuencia: DIARIO ____ SEMANAL ____ MENSUAL ____ ANUAL ____

¿Alguna vez ha necesitado tratamiento para el abuso del alcohol? ☐ SÍ ☐ NO

Uso de drogas recreativas: ☐ SÍ ☐ NO Enumere sus drogas de elección: _____

Último uso: Actualmente ____ Dentro de 12 Meses ____ Dentro de 1-5 Años ____ Más de 5 Años ____

¿Alguna vez ha necesitado tratamiento para el abuso de drogas? ☐ SÍ ☐ NO

Salud mental: ¿Alguna vez ha sido abusado emocional o físicamente por su pareja o alguien importante para usted? ☐ SÍ ☐ NO PASADO ACTUAL

¿Está siendo tratado actualmente por un problema de salud mental? ☐ SÍ ☐ NO PASADO ACTUAL

¿Alguna vez ha necesitado tratamiento por abuso de alcohol? ☐ SÍ ☐ NO

Formulario de historial de salud

Salud sexual: Actualmente eres sexualmente activo? ☐ SÍ ☐ NO

Rodea con un círculo con quién tienes sexo: HOMBRE HEMBRA AMBOS TRANSGÉNERO

En los últimos 3 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales con más de una persona? ☐ SÍ ☐ NO

Para mujeres:

¿Cuándo fue su último período menstrual?: _____

¿Son normales tus períodos? ☐ SÍ ☐ NO Último período normal: _____

de embarazos: _____ # de abortos: _____ # de abortos espontáneos: _____

¿Ha tenido: Por favor marque todo lo que corresponda

	Examen de salud / procedimiento	Fecha		Examen de salud / procedimiento	Fecha
	Examen de la vista			Mamografía	
	Examen dental			Prueba de Papanicolaou	
	Endoscopia			Prueba de VIH	
	Colonoscopia			Prueba de hepatitis C	

Historial de vacunas: por favor marque todo lo que corresponda

	Vaccine	Fecha		Vacuna	Fecha
	Vacuna contra la gripe / gripe			MMR (sarampión, paperas, rubéola)	
	Tdap (tétanos, difteria, tos ferina)			Meningococo / Meningitis	
	Hepatitis A			Neumococo / neumonía	
	Hepatitis B			Hib / Haemophilus Influenza B	
	Zoster			BCG/Tuberculosis	
	VPH (virus del papiloma humano)			Varicela	
	Polio			Otro	

Firma a lo mejor de mi conocimiento, yo (paciente) certifico que la información provista es correcta. No responsabilizaré a Community Outreach Medical Center ni a ninguno de los miembros de su personal por los errores u omisiones que haya escrito al completar este formulario.

Firma del paciente / representante legal _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

La siguiente información debe ser completada por el paciente o el representante legal / padre del paciente:

Yo (paciente) consiento en recibir tratamiento médico para mí o para el paciente para el cual soy el padre o representante legalmente autorizado. Entiendo que existen ciertos riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento y atención. Entiendo que el Centro Médico de Alcance Comunitario compartirá información de salud del paciente de acuerdo con las leyes federales y estatales para el tratamiento, el pago y las operaciones.

Entiendo que es mi responsabilidad obtener todas las pruebas recomendadas, evaluaciones adicionales y el seguimiento recomendado por mi médico / profesional. También entiendo que si se toman pruebas para ciertas enfermedades contagiosas, infecciones / enfermedades de transmisión sexual, la ley puede requerir la notificación de resultados positivos a las agencias de salud pública relevantes.

Por la presente, libero al Community Outreach Medical Center, a su personal médico y a los empleados de toda responsabilidad derivada o relacionada con mi falta de seguimiento recomendada por cualquier anomalía identificada.

Por la presente, doy mi consentimiento y solicito un examen por parte del Community Outreach Medical Center y me aseguro de que, a mi leal saber y entender, toda la información presentada por mí es verdadera.

Entiendo que me pueden dar de alta del Community Outreach Medical Center si pierdo 3 citas clínicas consecutivas o si me niego a seguir el plan de atención.

Por la presente certifico que he leído y entiendo completamente el consentimiento anterior para el tratamiento.

Firma del paciente / representante legal _____ 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 uso 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^{ro} 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: _____

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 _____

POLÍTICA DE CERO TOLERANCIA

Community Outreach Medical Center (COMC) se esfuerza por brindar servicios de la más alta calidad a todos los clientes / pacientes elegibles y ofrecer un entorno cómodo y seguro en el que los pacientes puedan recibir servicios. Sin embargo, COMC reserva el derecho de suspender, alterar o terminar cliente s' / pacientes' servicios como consecuencia de cualquiera de los siguientes delitos:

Amenazas y / o incidentes de asalto, robo, acoso o comportamiento abusivo hacia COMC personal y / o clientes / pacientes.

Posesión de las armas en la propiedad COMC, o COMC sede de eventos, que se utilizan para intimidar o amenazar físicamente a clientes / pacientes o personal. Las armas se definen como cualquier objeto que pueda ser utilizado de manera tal que amenace daños corporales.

Amenazas verbales contra otros COMC clientes / pacientes o miembros del personal COMC, destrucción / vandalismo a COMC, o eventos que tienen que ver con COMC y / o COMC

Mala conducta sexual hacia el personal de COMC y / o clientes / pacientes.

Firma del paciente / representante legal _____ Fecha _____

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

El Centro Médico de Alcance Comunitario confía en que usted sea un participante activo en su atención médica y tratamiento para que podamos brindarle la atención médica más efectiva para usted. Las siguientes son sus responsabilidades. Lea e inicialice cada uno cuidadosamente, para que comprenda nuestras expectativas sobre usted.

Initials	Proporcionaré información precisa y completa sobre problemas de salud pasados y actuales, hospitalizaciones, medicamentos, tratamiento y cualquier otro asunto relacionado con mi estado de salud.
Initials	Informaré al personal sobre cualquier dirección, número de teléfono o cambio de seguro que tenga.
Initials	Si no entiendo algo sobre mis problemas de salud, tratamiento, medicamentos, su propósito, dosis y efectos secundarios, haré preguntas hasta que esté satisfecho de tener suficiente información para tomar una decisión informada
Initials	Traeré TODOS mis frascos de medicamentos conmigo a cada una de mis citas. Estos incluyen (preparaciones con receta, sin receta, vitaminas / hierbas. Por favor, deje la medicación refrigerada en casa).
Initials	Mi proveedor y yo discutiremos mi plan de tratamiento juntos y obtendré TODAS las pruebas de laboratorio / radiología / diagnóstico y el seguimiento que acordamos que necesito. Estas pruebas ayudarán al proveedor a hacer un diagnóstico preciso de mi condición y lo ayudarán a desarrollar un plan de tratamiento específicamente para mí. Sin mi participación en mi plan de tratamiento, el proveedor no podrá ayudarme a manejar o resolver mis problemas de salud.
Initials	Entiendo que se me proporcionarán suficientes medicamentos para durar hasta mi próxima cita, y que obtendré resurtidos de recetas en mi cita de seguimiento.
Initials	Entiendo que soy responsable de averiguar los resultados de mis pruebas según las instrucciones del personal de la clínica, en mi cita de seguimiento.
Initials	Pagaré todos los servicios que me brinden antes de salir de la clínica..
Initials	Seré respetuoso y considerado con todo el personal de la clínica, los pacientes, la propiedad de la clínica, seguiré las reglas de la clínica y me aseguraré de que cualquier persona que esté conmigo también cumpla.
Initials	Entiendo que nunca debo asistir a una visita con el personal de COMC bajo la influencia de ninguna sustancia, incluidos narcóticos o sustancias controladas, que pueden alterar mi capacidad de comprensión o comprometer mi juicio.

Entiendo completamente y cumpliré con mis responsabilidades como paciente en Community Outreach Medical Center.

Firma del paciente / representante legal _____ Fecha _____

Permiso para discutir información de salud personal

Paciente / Representante legal Firma: _____ Fecha de nacimiento: _____

En un esfuerzo por mantener la integridad de la información del paciente, Community Outreach Medical Center solicita su opinión sobre con quién discutir su información de salud. Complete lo siguiente para ayudar a nuestra clínica a decidir mejor con quién divulgar su información confidencial.

Por la presente, doy permiso a las personas que se enumeran a continuación para recibir información sobre la atención del paciente mencionado anteriormente:

Nombre:	Relación:

Para obtener información por teléfono, la parte que llama a la clínica debe compartir dos de los siguientes identificadores de pacientes con el personal:

- Fecha de nacimiento del paciente
- Número de teléfono del paciente
- Dirección del paciente

Al firmar a continuación, entiendo que las personas que asisten a mis citas médicas están al tanto de TODA la información médica discutida en mis citas. Entiendo que si no quiero que las personas que asisten a mis citas médicas estén al tanto de TODA la información discutida, les pediré a las personas que no asistan a mis citas. Actualizaré este formulario a medida que ocurra el cambio.

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. *