



Name: _____

DOB: _____

MRN#: _____

Estimado/a paciente:

¡Le damos la bienvenida a MAHEC! Es un honor para nosotros formar parte de su recorrido de salud. MAHEC es un centro médico académico comprometido con brindar atención de alta calidad y compasiva a la vez que se dedica a capacitar a la próxima generación de profesionales de atención médica. Durante sus visitas, es posible que reciba atención de médicos residentes u otros profesionales que se están capacitando, quienes trabajan en estrecha colaboración bajo la supervisión de profesionales clínicos con experiencia. Este modelo colaborativo garantiza que usted reciba una atención cuidadosa y basada en la evidencia, al mismo tiempo que contribuye al futuro de la atención médica. En esta carta se describe lo que puede esperar cuando se comunica con nuestro equipo y accede a nuestros servicios.

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Recibimos con agrado a todos los pacientes, independientemente de sus ingresos o de si cuentan con seguro médico, y ampliamos nuestros programas de asistencia financiera para servir mejor a nuestra comunidad.

- **Clínicas médicas:** se pide a todos los pacientes que completen un paquete de información para nuevos pacientes que nos ayudará a determinar si son elegibles para nuestro Programa de Descuentos de Escala Variable actualizado, que se basa en los ingresos y el tamaño de la familia.
- **Farmacias comunitarias:** MAHEC ofrece farmacias comunitarias internas en nuestras sedes de Biltmore y Enka/Candler que brindan atención médica coordinada a los pacientes de MAHEC. No es necesario ser paciente de MAHEC para usar nuestra farmacia, pero los pacientes que reciben atención en nuestras clínicas son elegibles para participar en nuestro programa exclusivo de descuentos en medicamentos en la farmacia.
- Los **defensores financieros del paciente** están aquí para ayudarle a solicitar asistencia y explorar opciones de pago si no puede pagar todo lo que debe en el momento que recibe el servicio. Si necesita ayuda con el costo de los medicamentos recetados, puede solicitar un referido a nuestro equipo de acceso a medicamentos, que le ayudará a entender las opciones con descuento para sus medicamentos.

PORTAL DEL PACIENTE: SU PRINCIPAL HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN

Animamos a todos los pacientes a usar el portal del paciente Follow My Health (FMH) para comunicaciones que no sean de emergencia y la revisión de los resultados de laboratorio.

Si no tiene una cuenta en el portal, puede pedir una en www.mahec.net/patientportalform (haga clic en “Español”). Si necesita ayuda, comuníquese con el servicio de ayuda de FMH escribiendo a support@followmyhealth.com o llamando al 888-670-9775 (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.).

Importante: Nuestros centros de salud dental no usan el portal del paciente. Para comunicaciones relacionadas con la salud dental, póngase en contacto directamente con su clínica dental.

Mensajes del portal

- Mensajes no urgentes: debería recibir una respuesta dentro de los 3 días hábiles.
- Cuestiones urgentes: llame directamente al consultorio.
- Emergencias: llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.

REPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS

- Pida la reposición de sus medicamentos recetados rutinarios directamente a través de su farmacia.
- Solicitudes para resurtir medicamentos: debería recibir una respuesta dentro de los 3 días hábiles.
- Los nuevos medicamentos o algunas reposiciones podrían requerir una visita, en especial en el caso de sustancias controladas o si se necesitan análisis de laboratorio de control.
- Se requiere un documento de identidad con foto emitido por el gobierno para retirar sustancias controladas de la farmacia.

RESULTADOS DE LABORATORIO

- Los resultados están disponibles en el portal cuando se reciben (por lo general, dentro de 5 días hábiles).
- Resultados críticos: nos comunicaremos con usted en un plazo de 24 horas.
- Podría ser necesario hacer visitas de seguimiento para conversar sobre algunos resultados.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y LLEGADAS TARDÍAS

- Avise con al menos 24 horas de anticipación si necesita cancelar o cambiar su cita. Las cancelaciones hechas con menos de 24 horas de anticipación a la hora de la cita programada se considerarán como ausencias por parte del paciente.
- Si llegas con más de 10 minutos de retraso, puede que sea necesario reprogramar tu cita.
- Si falta a dos citas sin avisar en un período de seis meses, solo podrá programar citas para el mismo día.

FORMULARIOS Y DOCUMENTACIÓN

- La mayoría de los formularios requieren una visita específica (por ejemplo, formularios de la Ley de Licencia Familiar y Médica [FMLA, en inglés] que no están relacionados con el embarazo, formularios de discapacidad y evaluaciones de Medicaid).
- Los justificantes de trabajo y de la escuela pueden imprimirse en el consultorio o enviarse a través de su portal el mismo día de la visita.
- Entre los formularios que no completamos se incluyen los de discapacidad del Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, en inglés), las certificaciones de *cannabis* medicinal y los exámenes físicos del Departamento de Transporte (DOT, en inglés).
- Llame al consultorio si tiene preguntas sobre el formulario que necesita y para programar una visita.

EXPECTATIVAS GENERALES

- Traiga lo siguiente a cada visita: su tarjeta del seguro médico y un documento válido de identidad con foto, los expedientes médicos pertinentes y una lista actualizada de sus medicamentos (incluidos los nombres de los medicamentos, las dosis y desde cuándo los está tomando).
- El horario de atención varía, así que consulte nuestro sitio web para ver el horario de cada clínica.
- Puede acceder a servicios disponibles fuera del horario de atención para necesidades urgentes llamando directamente a la clínica. Las solicitudes que no sean urgentes y se hagan fuera del horario de atención se atenderán el siguiente día hábil.
- Para preguntas sobre facturación, referidos o expedientes médicos, llame a nuestro consultorio y siga las indicaciones.

Esperamos poder colaborar con usted en su atención médica. ¡Gracias por elegir MAHEC!

Atentamente,
MAHEC Health Centers

Al firmar, reconozco que leí y entendí las expectativas descritas en este documento.

Firma del paciente, padre/madre o tutor legal

Fecha



Name:	_____
DOB:	_____
MRN#:	_____

¿Con quién podemos hablar?

Este formulario le permitirá a MAHEC a **hablar** con individuos elegidos por usted de su información médica y financiera relacionada con el cuidado y los servicios que usted ha recibido. Este formulario no permite que los individuos anotados obtengan fotocopias de su información médica o financiera. **Puede anotar los nombres de hasta tres (3) individuos U optar por no anotar ningún nombre. Puede actualizar este formulario en cualquier momento.**

Persona #1

Nombre: _____

Parentesco: _____ N° de teléfono: _____

Persona #2

Nombre: _____

Parentesco: _____ N° de teléfono: _____

Persona #3

Nombre: _____

Parentesco: _____ N° de teléfono: _____

O

No quiero poner a nadie en la lista en este momento.

Firma del/de la paciente, padre, o tutor(a) legal

Fecha



MAHEC Formulario de registro del/la paciente

Por favor complete la siguiente información utilizando tinta negra. ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL.

- Psychiatry Internal Medicine FHC Biltmore FHC Cane Creek FHC Enka/Candler FHC Newbridge Ob/Gyn Biltmore
 Pharmacy at Enka Pharmacy at Biltmore Ob/Gyn Franklin Women's Care Brevard Deerfield Givens

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre y apellido(s): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección postal: _____ Género al nacer: Masculino Femenino
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Nº de seguro social: _____
 Condado de residencia: _____ Correo electrónico: _____
 Número telefónico en casa: _____ Celular: _____ Número telefónico en el trabajo: _____

Al proporcionar un número de teléfono, número de teléfono celular o una dirección de correo electrónico autorizo a MAHEC a ponerse en contacto conmigo o con mi tutor/representante legal para recordatorios de citas, para obtener información acerca de mi experiencia en este consultorio y para proporcionar recordatorios generales de salud y otra información con respecto a mi atención médica.

Raza (seleccione todas las que correspondan):

Asiático

- Asiático Indio
 Chino
 Filipino
 Japonés
 Coreano
 Vietnamita
 Otras razas asiáticas

Nativo de Hawái/Otros islas del Pacífico

- Nativo de Hawái
 Otros islas del Pacífico
 Guameño/Chamorro
 Samoano

Negro/Afroamericano

- Indio Americano/Nativo de Alaska
 Blanco
 Elijo no divulgar

Origen étnico (seleccione todas las que correspondan):

- Mexicano/Mexicano Americano/
 Chicano
 Puertorriqueño
 Cubano
 Hispano/Latino/Español
 No Hispanos/Latinos/Españoles
 Elijo no divulgar

Identidad de género:

- Masculino
 Femenino
 Transgénero masculino
 Transgénero femenino
 Otra cosa _____
 Elijo no divulgar

Orientación sexual:

- Lesbiana o gay
 Heterosexual
 Bisexual
 Otra orientación sexual
 No sé
 Elijo no divulgar

Idioma preferido:

- Inglés
 Español
 Ruso
 Lengua de signos americana
 Otra cosa: _____

Estado civil:

- Soltero/a
 En una relación
 Con pareja
 Casado/a
 Separado/a
 Divorciado/a
 Viudo/a

Pronombre preferido (ella/él/ellos/elle):

Poblaciones especiales

- Migratorio/a Sí No
 Estacional Sí No
 Sin hogar Sí No
 Estatus de vivienda (seleccione uno):
 No sin hogar
 Viviendo en un refugio para personas sin hogar
 Transicional
 Compartiendo cuarto
 Viviendo en las calles
 Vivienda permanente de apoyo
 Otra forma de vivienda _____

Necesidades especiales de la audición:

Necesidades especiales de la visión:

Utiliza silla de ruedas: Sí No

Tiene trastorno del habla: Sí No

Tiene estatus de veterano/a: Sí No

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

MRN #: _____

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

SI EL/LA PACIENTE ES UN/A NIÑO/A (SI TIENE MENOS 18 AÑOS)

Nombre y apellido(s) de la persona responsable: _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

INGRESOS ANUALES ANTES DE LOS IMPUESTOS

_____ Número de personas en el hogar: _____

Se usa la arriba citada información de los ingresos únicamente como información estadística y no se usa para determinar las necesidades financieras específicas del/la paciente.

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Compañía de seguro: _____ Nº de identidad de la póliza: _____

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: _____ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: _____ Masculino Femenino

Dirección del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

Compañía de seguro: _____ Nº de identidad de la póliza: _____

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: _____ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: _____ Masculino Femenino

Dirección del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y REGLAS FINANCIERAS

Por la presente autorizo que se hagan los pagos de todos los beneficios de seguros médicos, Medicaid y/o Medicare directamente a MAHEC y les autorizo a ellos a presentar reclamos de seguro en mi nombre. También les autorizo a ellos a divulgar mi información médica y/o información de mi cuenta a mi proveedor de seguro médico, Medicaid y/o Medicare tal como sea requerido para satisfacer los reclamos. Accedo notificarles a ellos si mi cobertura cambia.

Comprendo que MAHEC:

- Espera el pago el mismo día de atención (si tiene seguro médico los co-pagos y deducibles se pagan el día de atención).
- Acepta pago en efectivo, cheques, tarjetas de débito o tarjetas de crédito principales.
- Cuenta con que presentaran los reclamos en mi nombre a Medicaid, Medicare y a todos los seguros médicos. Sin embargo, es mi responsabilidad saber los detalles de mi cobertura y proporcionar información actual y precisa a MAHEC.
- Trabajaré conmigo para establecer planes de pago.
- Proporciona servicios y tratamiento cuales son medicamente apropiados. Sin embargo, algunos de estos pueden no ser cubiertos por mi plan de seguro y será mi responsabilidad pagar por estos.
- Espera que la compañía de mi seguro médico pague dentro de un período de 90 días a partir de la fecha del rendimiento del servicio y me facturará directamente si el seguro médico no paga.
- Espera que el padre/la madre o tutor/a legal pague por todos servicios brindados a sus dependientes.
- Espera que yo mantenga mis citas y que llame con por lo menos 24 horas de anticipación para cancelar una cita. Comprendo que el no hacer esto puede resultar en que ya no se me acepte como paciente en este consultorio.

He leído y comprendo lo arriba citado.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

AVISO: El no firmar este acuerdo no le exime de las arriba citadas expectativas.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Consiento voluntariamente a los servicios de rutina, tratamiento(s) médico(s), procedimiento(s) diagnóstico(s) de radiología, análisis diagnóstico(s) de laboratorio, servicios de salud mental y servicios ofrecidos por trabajadores de salud profanos (por ejemplo, doula/comadrona, trabajador/a de salud de la comunidad, especialista de apoyo individual) según lo que los proveedores de atención médica quienes me atienden consideren necesarios en cualquiera de las instalaciones de MAHEC. Voluntariamente doy mi consentimiento para permitir a MAHEC buscar atención médica de emergencia de parte de un médico u hospital, si es necesario. Comprendo que los procedimientos diagnósticos pueden incluir, pero no se limitan a, estudios de laboratorio de sangre, orina y tejido, incluidas las pruebas de detección de sustancias controladas. Comprendo que los procedimientos diagnósticos de radiología incluyen, pero no se limitan a, rayos x, ultrasonido, y/o mamografía. Comprendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y tratamiento pueden causar herida o incluso la muerte. Comprendo que tengo el derecho de hacer preguntas acerca de mi tratamiento y/o mis procedimientos y que tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento o procedimiento. Accedo a notificar a mi profesional médico de mis preocupaciones.

Nombre del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal (en LETRA DE MOLDE):

 Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Se me ha dado la oportunidad de leer el aviso de normas de privacidad de MAHEC, y mis preguntas acerca de dicho aviso han sido contestadas. Comprendo que si elijo no firmar este reconocimiento, MAHEC continuará a brindarme servicios y usará y divulgará mi información de salud protegida (Protected Health Information o PHI, por sus siglas en inglés) de acuerdo con el aviso de normas de privacidad de MAHEC.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY / USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO

Primary Care Provider: _____

Copy of insurance card obtained? Yes No



Formulario de admisión para nuevos/as pacientes

INTERNAL MEDICINE

Nombre y apellidos del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Formulario completado por: _____ Fecha de la cita de hoy: _____

En los últimos 5 años, ¿ha recibido atención médica por parte de otro médico? Sí No

De ser así, por favor anote el nombre del médico y la ubicación del consultorio.

Nombre y apellido del médico: _____

Ciudad y estado del consultorio del médico: _____

¿Cuál es el motivo de su cita de hoy? _____

ALERGIAS

¿Tiene alguna alergia o reacciones adversas (malas) a medicinas, alimentos o látex? Sí No

De ser así, por favor anótelas a continuación.

Medicina, alimento, látex u otra sustancia: _____

Reacción causada: _____

MEDICAMENTOS

Por favor anote TODAS las medicinas que está tomando actualmente (incluyendo pastillas anticonceptivas, vitaminas, suplementos y hierbas), incluso si no las toma todos los días, e incluso si se venden sin receta médica.

Nombre de la medicina, vitamina, hierba o suplemento: _____

Dosis: (por ejemplo cuántos miligramos [mg] o cuántas tabletas toma)

¿Con qué frecuencia la toma? _____

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Farmacia local: _____ Farmacia de venta por correo: _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Alguna vez ha padecido de algo de lo siguiente? Por favor marque todas las casillas que le correspondan a usted.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Otro tipo de cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Antecedentes de abuso físico (maltrato) | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica/enfisema | <input type="checkbox"/> Antecedentes de abuso sexual | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Síndrome de colon irritable | _____ |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal (del riñón) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Cálculos renales (piedras en el riñón) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Migrañas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco, ¿cuándo? _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Convulsiones | _____ |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis, ¿cuál tipo?: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de seno, ¿cuándo? _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta) | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel, ¿cuándo? _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon, ¿cuándo? _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | _____ |

Nombre y apellidos del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO

¿Cuáles cirugías/procedimientos ha tenido? Por favor marque todas las casillas que le correspondan a usted.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amputación, ¿dónde? _____ Año: _____ | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía (<i>extirpación del apéndice</i>) Año: _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales, ¿dónde? _____ Año: _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía del cuello Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda Año: _____ | <input type="checkbox"/> Extirpación de ovarios <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de seno <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho Año: _____ | <input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo cardíaco Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Extracción de cataratas <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho Año: _____ | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía (<i>extirpación de amígdalas</i>) Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cateterización del corazón Año: _____ | <input type="checkbox"/> Ligadura de las trompas de falopio Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Colectomía (<i>extirpación de la vesícula biliar</i>) Año: _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía (<i>extirpación del útero</i>) Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón Año: _____ | <input type="checkbox"/> Vasectomía Año: _____ |

Descripción de la cirugía o de las cirugías cuales ha tenido: _____

HISTORIAL DE INMUNIZACIONES

¿Está al día con las inmunizaciones infantiles? Sí No No sé ¿Ha recibido las siguientes vacunas?

- | | |
|--|---|
| Gripe (<i>este año</i>) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____ | Pertusis (" <i>tos ferina</i> ") <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____ |
| Hepatitis B <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____ | Culebrilla/Herpes zoster <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____ |
| Neumonía (<i>Pneumovax</i>) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____ | Tétanos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____ |
| Neumonía (<i>Pneumovax</i>) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____ | COVID-19: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marca: _____ Fecha: _____ |
| | Otras: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____ |

HISTORIAL MÉDICO DE LA FAMILIA

Por favor indique si su madre (m), padre (p), hermana (ha), hermano (ho), hija o hijo tienen o tuvieron antecedentes de algo de lo siguiente.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Complicaciones con anestesia ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Melanoma ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de seno, ¿a qué edad? _____ ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Migrañas ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon, ¿a qué edad? _____ ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro tipo de cáncer: _____ ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad mental ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata, ¿a qué edad? _____ ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes, ¿a qué edad? _____ ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral, ¿a qué edad? _____ ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Eczema ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco, ¿a qué edad? _____ ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Quién? _____ |

Si su padre ha fallecido ¿cuántos años tenía cuando falleció? _____ ¿Cuál fue la causa de su muerte? _____

Si su madre ha fallecido ¿cuántos años tenía cuando falleció? _____ ¿Cuál fue la causa de su muerte? _____

Nombre y apellidos del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL SOCIAL

Por favor marque su estado civil o relación significativa.

Soltero/a Casado/a desde: _____

No casado/a, juntado/a con pareja estable desde: _____

Separado/a desde: _____

Divorciado/a desde: _____

Viudo/a desde: _____

Cual es tu identidad de genero? _____

HISTORIAL SEXUAL

¿Es sexualmente activo/a? Sí No

¿Cuál es el sexo de su(s) pareja(s) sexual(es)? _____

Edad cuando usted se volvió sexualmente activo/a: _____

Número de parejas sexuales en el último año: _____

¿Cuál es su identidad de género? _____

¿Cuál es su orientación sexual? _____

CONSUMO DE ALCOHOL & DROGA

En un promedio, ¿cuántas bebidas alcohólicas toma por semana? _____

Hombres de menos de 65 años: En el último año ¿cuántas veces ha tomado 5 o más bebidas alcohólicas en un día?

Ninguna vez

Una vez o más

Mujeres (y hombres de más de 65 años): En el último año ¿cuántas veces ha tomado 4 o más bebidas alcohólicas en un día?

Ninguna vez

Una vez o más

En el último año ¿cuántas veces ha usado una droga recreacional o medicamento recetado por motivos no médicos? Ninguna vez Una vez o más

CONSUMO DE TABACO

Nunca he usado el tabaco

He fumado, a partir de la edad de: _____

Todavía fumo _____ paquetes al día

Dejé de fumar _____ (fecha); Solía fumar _____ paquetes al día

He intentado dejar de fumar _____ veces

Mastico o uso tabaco sin humo

Fumo vaporizador o cigarrillos electrónicos

Estoy expuesto/a al humo ajeno

OCUPACIÓN

Actualmente soy empleado/a en: _____

Haciendo: _____ Desde: _____

Amo/a de casa desde: _____

Jubilado/a desde: _____

Empleo previo: _____

Discapacitado por causa de: _____ Desde: _____

HÁBITOS SALUDABLES

Por lo general, ¿cuántos días por semana hace ejercicio? _____

En días cuando hace ejercicio, ¿por cuánto tiempo lo hace? _____ minutos

Cuando hace ejercicio, ¿qué tan intenso es?

Leve (*estiramiento o caminar despacio*)

Moderado (*caminar rápidamente*)

Pesado (*correr o nadar*)

Vigoroso (*correr rápidamente o subir escaleras*)

Combinación

SALUD COLORRECTAL

Fecha de la más reciente colonoscopia:

_____ ¿Salió normal? Sí No

Fecha de otra prueba de detección de cáncer colorrectal:

_____ ¿Salió normal? Sí No

SALUD DE LA MUJER

¿Ha tenido alguna vez un frotis de papanicolaou anormal?

Sí No ¿Cuándo fue su último frotis de papanicolaou?

_____ ¿Salió normal? Sí No

¿Cuándo fue su última mamografía?

_____ ¿Salió normal? Sí No

¿Cuándo fue su última prueba de densidad ósea (DEXA)?

_____ ¿Salió normal? Sí No

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES MÉDICAS

¿Ha completado documentos para indicar sus deseos para el cuidado al final de la vida?

Testamento Vital: Sí No

A designado a alguien para tener poder duradero para atención médica ("DPOA"):

Sí No De ser así, ¿quién? _____

Nombre y apellidos del/la paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

REPASO GENERAL DE SISTEMAS

En las últimas 2 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

General

- Fatiga
- Fiebres
- Pérdida de apetito
- Aumento de peso no planeado
- Pérdida de peso no planeado

Piel

- Llagas o lesión nueva
- Llagas que no sanan
- Salpullidos

Ojos/oídos/nariz/garganta/boca

- Uso inicial de lentes de contacto
- Cambios en la vista
- Dientes en mal estado
- Dentadura postiza
- Congestión nasal frecuente
- Pérdida de audición (*sordera*)
- Ronquera
- Sangrado de la nariz
- Zumbido en los oídos
- Alergias estacionales (*de temporada*)

Pulmones

- Problemas respiratorios
- Tos
- Expectoración (*tos*) con sangre
- Respiración sibilante

Senos

- Bulto/bolita en el seno
- Dolor en el seno

EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN (PHQ-2)

Durante las últimas dos semanas, ¿qué tan frecuente ha tenido molestias debido a alguno de los siguientes problemas?

Poco interés o placer en hacer las cosas:

Nunca Varios días Más de mitad de días Casi todos los días

0 1 2 3

Sentirse decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas:

0 1 2 3

Cardiovascular

- Presión o dolor de pecho
- Latido del corazón rápido
- Latido del corazón intermitente
- Falta de aliento al hacer ejercicio
- Falta de aliento al estar acostado/a
- Despertar en la noche con falta de aliento
- Hinchazón/edema

Gastrointestinal

- Dolor abdominal
- Heces negras y alquitranadas
- Sangre en la deposición
- Cambio en los hábitos de defecación
- Estreñimiento
- Diarrea

Gastrointestinal, continuado

- Dificultad para tragar
- Acidez/agruras
- Náuseas
- Vómitos

Músculos y Esqueleto

- Dolor de espalda
- Dolor muscular
- Articulaciones adoloridas

Endocrino

- Sed excesiva
- Bochornos (*calores/sofocos*)

Genitourinario

- Sangrado vaginal después de la menopausia
- Dificultad para retener la orina
- Dificultad para orinar
- Levantarse durante la noche para orinar
- Dolor al orinar
- Preocupaciones de salud sexual
- Problemas menstruales

Neurológico

- Desmayos o pérdida de conocimiento
- Dolores de cabeza
- Pérdida de memoria
- Entumecimiento u hormigueo
- Mareos (*sensación que el cuarto da vueltas*)
- Temblor
- Inestabilidad o desequilibrio
- Debilidad

Salud Mental

- Cambio en el patrón del sueño
- Sentirse nervioso/a, ansioso/a o agitado/a

Sangre

- Fácil aparición de sangrado
- Fácil aparición de moretones
- Glándulas inflamadas

Otro: _____



PROGRAMA DE DESCUENTO BASADO EN LOS INGRESOS DEL HOGAR

Apoyo financiero compasivo

La política de MAHEC es proporcionar servicios esenciales médicos, de salud mental y de atención dental, independientemente de la capacidad de pago del/la paciente. Los descuentos se ofrecen basándose en el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Por favor llene la información a continuación y devuelva el formulario a la recepción para determinar si usted o miembros de su familia reúnen los requisitos para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios esenciales proporcionados y facturables por MAHEC. La política de asistencia financiera de MAHEC no cubrirá los servicios realizados por organizaciones externas y equipos que sean comprados de empresas externas, incluyendo pruebas que se analizan en laboratorios externos, medicamentos e interpretación de radiografía por la consulta de un radiólogo y otros servicios similares. Este formulario debe ser completado cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Se puede completar la aplicación en línea usando los códigos QR abajo, o puede pedir una aplicación en forma de papel de cualquier miembro del equipo de recepción.

Se tienen que entregar estos documentos antes de que se pueda procesar su aplicación: La aplicación completada, La prueba de los ingresos

Se deben recibir las aplicaciones dentro de 30 días después de su primera cita.

Family Health Centers **Asesor/a financiero/a**

Teléfono: (828) 771-5502 | Fax: (828) 579-4208
Dirección postal:
123 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803

Center for Psychiatry and Mental Wellness **Asesor/a financiero/a**

Teléfono: (828) 771-3460 | Fax: (828) 820-8327
Dirección postal:
125 Hendersonville Road | Asheville, NC 28803

Ob/Gyn Specialists **Asesor/a financiero/a**

Teléfono: (828) 771-5443 | Fax: (828) 407-2639
Dirección postal:
119 Hendersonville Road | Asheville, NC 28803

Dental Health Centers **Asesor/a financiero/a**

Teléfono: (828) 398-5918 | Fax: (828) 552-8691
Dirección postal:
123 Hendersonville Road | Asheville, NC 28803

Internal Medicine **Asesor/a financiero/a**

Teléfono: (828) 771-3507 | Fax: (828) 579-3748
Dirección postal:
123 Hendersonville Rd, Asheville, NC 28803



English



Español

Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, por favor llame a su asesor/a financiero/a de pacientes a los números arriba citados.

INCOMING TO MAHEC**MAHEC****Centralized Medical Records Department**

121 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803 | Business Office Phone: (828) 771-5489 | Fax: (828) 407-2637

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES, FECHAR Y FIRMAR**

Nombre y apellidos del/la paciente: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de la arriba citada persona como se describe a continuación.			
Se divulga la información por:		Y se proporciona la información a:	
NOMBRE DE LA INSTALACIÓN:		Departamento centralizado de registros médicos de MAHEC <input type="checkbox"/> Salud de familia <input type="checkbox"/> Obstetricia/Ginecología <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia de la Comunidad <input type="checkbox"/> Medicina interna <input type="checkbox"/> Psiquiatría	
DIRECCIÓN:		123 Hendersonville Road	
CIUDAD/ESTADO		Asheville, NC 28803	
TEL:		FAX:	
El propósito o la necesidad de esta divulgación es:			
<p>Comprendo que la información que se divulga puede incluir información sensible acerca de salud conductual y/o mental, drogas y alcohol (incluyendo datos sobre un programa que provee diagnóstico y tratamiento de, o referencia por abuso de alcohol o drogas, como es definido por la ley federal en Parte 2, Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR Part 2), violación, abuso o maltrato (sexual, físico, hacia una persona mayor, conyugal, etcétera), aborto, enfermedades sexuales, tal como VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles y pruebas genéticas.</p> <p>Información a ser divulgada: <i>(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))</i></p> <p>Información a ser divulgada: <i>(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))</i></p> <p><input type="checkbox"/> Autorización estándar (anotaciones de los últimos tres años, informes de análisis de laboratorio y de radiografías, lista de medicinas, lista de alergias, registro de inmunizaciones, anotaciones de consultas.)</p> <p><input type="checkbox"/> Únicamente la información relacionada con (especifique): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Únicamente el período de eventos de: _____ hasta _____</p> <p><input type="checkbox"/> Exclusiones ___ Resultados de pruebas de VIH/SIDA, diagnóstico, tratamiento, e información relacionada ___ Resultados de pruebas de drogas e información sobre el uso de drogas y alcohol, y los tratamientos por ello. ___ Documentaciones de salud mental ___ Pruebas genéticas</p> <p><input type="checkbox"/> Expediente médico completo</p> <p>Comprendo que esta autorización se vencerá 90 días después de la fecha de firma, al no ser que yo he especificado una fecha de vencimiento diferente o evento de vencimiento como se indica a continuación: _____</p> <p>Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al MAHEC Privacy Officer (oficial de privacidad de MAHEC), 121 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803, y que esta autorización cesa de tener efecto en la fecha de notificación, excepto en la medida de las acciones ya tomadas en dependencia de ella.</p> <p>Comprendo que la información usada o divulgada por esta autorización puede estar sujeta a otras divulgaciones por parte del destinatario y posiblemente deje de estar protegida por las leyes federales o estatales.</p> <p>Comprendo que la provisión de esta autorización no será un requisito para MAHEC para brindar tratamiento o elegibilidad de atención, a excepción si tal atención es: (1) relacionada con investigación, o (2) proporcionada solamente con el propósito de crear información protegida de salud para la divulgación a un tercero.</p> <p>Al firmar a continuación, declaro que he leído y comprendo esta autorización.</p>			
FIRMA DEL/LA PACIENTE		FECHA	
FIRMA DEL/LA REPRESENTANTE AUTORIZADO/A DEL/LA PACIENTE, SI CORRESPONDE <i>(Declare el parentesco con el/la paciente)</i>		FECHA	
FIRMA DEL TESTIGO, SI CORRESPONDE		FECHA	

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE HABERLA FIRMADO.