

Historia Clínica/Dental

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento : _____ Fecha de hoy: _____

Cual es el motivo de su visita? _____

Historia Médica	Si	No
1. Ha recibido tratamiento medico en los últimos 2 años		
2. Tiene alguna razón para pensar que ha estado expuesto al virus del VIH o del SIDA?		
3. Ha tenido o tiene alguna enfermedad de transmisión sexual ?		
4. Ha tenido algun problema de tipo nervioso o mental?		
5. Si la respuesta es sí, ha recibido algun tratamiento?		

Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

	Si	No		Si	No	Solo mujeres:	Si	No
1. Diabetes			1. Problemas de tiroides			1. Está embarazada?		
2. Hepatitis/Ictericia?			2. Epilepsia			2. Anticonceptivos?		
3. Soplo en el corazón			2. Artritis/Reumatismo			3. Está amamantando?		
4. Fiebre reumática			3. Transfusiones sanguineas					
5. Ataque al corazón			4. Problemas del riñón					
6. Alta Presión			5. Lesiones en la cabeza o cuello					
7. Válvula cardiaca/marcapasos			6. Problemas de la vista u oído					
8. Articulación artificial			7. Asma					
9. Quimioterapia /Radiación			8. Sinusitis					
10. Cancer or Tumores			9. Ulceras					
11. Embolia			10. Tuberculosis o enfermedad de los pulmones					

- Actualmente estás tomando medicamentos anticoagulantes? Si No
- Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad no incluida aqui?..... Si No
Si es así, explique: _____
- Le preocupa recibir tratamiento dental?..... Si No
- Tiene alergia o reacción a algún medicamento o substancia (Penicilina, Aspirina, Codeina, etc.) ?..... Si No
- Ha estado hospitalizado o tenido alguna cirugía?..... Si No
- Fuma o consume tabaco en alguna otra forma?..... Si No

Revisión de Sistemas	Si	No
1. Tiene dolor en el pecho?		
2. Tiene historia de dolor en el pecho?		
3. Ha tenido un problema de sangrado que haya necesitado atención médica?		
4. Ha estado expuesto al virus del VIH o SIDA?		
5. Ha tenido algun problema con los anestésicos dentales (novocaine)?		
6. Tiene problemas para masticar?		
7. Tiene problemas para deglutir (tragar)?		
8. Ha perdido peso en los últimos 3 meses?		

Firma del Paciente/Padre/ Guardián _____

Date _____



Solicitud de Información del Paciente (Letra de molde)

Fecha de Hoy _____ eCW Account # _____ PCP _____

Información Demográfica del paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Seg. Nombre: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel. de Casa: _____ - _____ - _____ Tel. de Trabajo: _____ - _____ - _____ Ext. _____

Celular: _____ - _____ - _____ Correo electrónico: _____ @ _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Contacto de Emergencia: _____ Telefono: _____

Relacion: _____

Estado Civil: Casado Divorciado Pareja Soltero Viudo Separados legalmente

Orientación Sexual: Lesbiana o Gay No Lesbiana o gay Bisexual Algo Más

No Se Opto por no revelar

Identidad de Género: Hombre Mujer Hombre Transexual/ Mujer-a-Hombre

Mujer Transexual/ Hombre-a-Mujer Otro Opto por no revelar

De Seguro Social _____ - _____ - _____

Situación Laboral: 1= Empleado tiempo completo 2= Empleado medio tiempo 3= Sin empleo

4=Auto Empleado

(Por favor circule uno) 5= Retirado 6= Activo en el servicio militar

Estatus de estudiante: F= Tiempo Completo P= Medio Tiempo N= No estudiante

Información de Parte Responsable:

Si mismo Fiador (Es paciente de ECFH el fiador?) Si No

(Por favor complete la información de la parte responsable)

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nac: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel. de Casa: _____ - _____ - _____ Tel. de Trabajo: _____ - _____ - _____ Ext. _____

Directivas Anticipadas: Es decir; Poder legal, Testamento, Testamento para sostener la vida

¿Tiene Directivas Anticipadas? Si No Directivas Anticipadas en su record Si No

¿Tiene Guardián Legal/Encargado Principal? Si No Si Mismo

Nombre de Guardián Legal/Encargado _____

Información de Seguro Medico:

Nombre del Seguro: _____ Numero de Tel. _____ - _____ - _____

Nombre del Asegurado: _____ # de Suscriptor: _____

Numero de Grupo: _____ Relación al Paciente: _____

Información adicional:

Por favor seleccione la caja apropiada de "Raza" abajo:

- Indio Americano/Nativo de Alaska Blanco
- Asiático más de una Raza
- Nativo Hawaiano Nativo de Isla Pacifica
- Afroamericano/Americano No declarado/Rehúso Informar

Por favor seleccione la caja apropiada de "Etnicidad" abajo:

- Hispano o Latino No Hispano o Latino Rehúso informar

Por favor seleccione la caja apropiada de "Lenguaje" abajo:

- Ingles Español Otro (Por favor Especifique) _____ Inglés limitado Si No

Es usted:

- Estudiante Si No
- Veterano Si No
- Trabajador Temporal Si No
- Trabajador Migrante Si No

Si le recetan medicamento el día de hoy, a cual farmacia le mandamos la receta?

Nombre de Farmacia: _____ Localidad: _____

Información de Verificación de Ingreso:

Ingreso anual del Hogar: \$0.00-\$20,000 \$20,001- \$40,000 \$40,001-\$60,000 \$60,001-\$80,000
 \$80,001 - \$100,000 Más de \$100,000

Numero de dependientes: _____ Certifico que la información anterior es correcta.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del tutor: _____ Fecha: _____



El Centro Family Health
PO BOX 158 Espanola, NM 87532
Web Site: www.ecfh.org

Autorización para registros y cuidado del paciente

Todo individuo mencionado debe tener identificación/últimos 4 dígitos de SS para verificación.

Información del paciente:

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos de # de SS _____

Código de Seguridad para pacientes que no tienen # de SS _____

Dirección: _____

Numero de Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Contacto de emergencia, Poder Legal, Padre/Guardián Legal, Cuidador.

- Nombre (Primero, Segundo, Apellido): _____
- Relación al paciente: _____
- Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal): _____
- Número de Teléfono: _____
- Número de Teléfono 2: _____
- ┌ Tener acceso a registros médicos.
- ┌ Habilidad para hacer/cancelar/re-programar citas.
- ┌ Otro (Especifique) _____

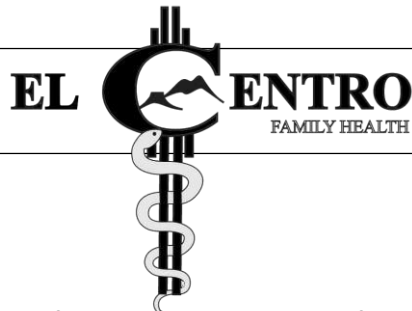
Contacto de emergencia, Poder Legal, Padre/Guardián Legal, Cuidador.

- Nombre (Primero, Segundo, Apellido): _____
- Relación al paciente: _____
- Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal): _____
- Número de Teléfono: _____
- Número de Teléfono 2: _____
- ┌ Tener acceso a registros médicos.
- ┌ Habilidad para hacer/cancelar/re-programar citas.
- ┌ Otro (Especifique) _____

Contacto de emergencia, Poder Legal, Padre/Guardián Legal, Cuidador.

- Nombre (Primero, Segundo, Apellido): _____
- Relación al paciente: _____
- Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal): _____
- Número de Teléfono: _____
- Número de Teléfono 2: _____
- ┌ Tener acceso a registros médicos.
- ┌ Habilidad para hacer/cancelar/re-programar citas.
- ┌ Otro (Especifique) _____

(Esta forma es valida por un año después de ser firmada.)



PO BOX 158
ESPAÑOLA, NM 87532
Web Site: www.ecfh.org

Por favor ayúdenos con esta forma proporcionando información tocante su situación de vivienda:

Fecha de hoy: _____

Nombre del Paciente(a): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: (____) _____

Número de Cuenta (ECFH): _____

Situación de Vivienda Corriente:

Por favor seleccione la propia categoría:

_____ Vivo en mi propio hogar (Soy dueño o alquilo)

_____ Vivo en hogar transicional (hogar temporario)

_____ Vivo con amigos o parientes temporariamente; me estoy quedando con una serie de amigos o parientes

_____ Me estoy quedando en un refugio proporcionado por algún programa

_____ Vivo en la calle: afuera en los elementos, en my carro, en lugares abandonados, donde puedo tomar refugio

_____ Otro: cuarto singular en un hotel, motel, o cualquier otro tipo de vivienda que puedo Hallar, día tras día, cual no es estable

_____ No tengo vivienda estable y estoy para salir del hospital, de la cárcel, o de Desintoxicación. **(Por favor, también marque otra categoría arriba explicando donde se va a quedar esta noche.)**

Durante los últimos doce meses, ¿vivió Ud. en cualquiera de estas situaciones?

_____ Vivo en hogar transicional (hogar temporario)

_____ Vivo con amigos o parientes temporariamente; me estoy quedando con una serie de amigos o parientes

_____ Refugio proporcionado por algún programa

_____ Vivo en la calle: afuera en los elementos, en my carro, en lugares abandonados, donde puedo hacer vivienda

_____ Otro: cuarto singular en un hotel, motel, o cualquier otro tipo de vivienda que puedo hallar día tras día cual no es estable

Gracias por su ayuda y por dejarnos servirle.

El Centro Family Health
Salud Medica/Mental/Dental
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

La siguiente información debe ser completada por el paciente/cliente o padre o representante legalmente autorizado del paciente/cliente.

Doy mi consentimiento a tratamiento médico/ de salud mental/dental de parte de los proveedores y personal de El Centro Family Health para mi o para el paciente de quien soy el padre o de quien soy representante legalmente autorizado. Autorizo que los proveedores médicos/proveedores de salud mental/proveedores dentales y otro personal de la clínica de El Centro Family Health administre tales medicamentos y llevar a cabo exámenes y procedimientos diagnósticos que pueden ser necesarios y/o aconsejables para mi cuidado de salud medica/salud mental/salud dental durante mi inscripción con El Centro Family Health. Estos servicios / procedimientos es posible que sean ejecutados por personal que esté en entrenamiento, bajo la supervisión de profesionales de la salud empleados por El Centro Family Health. Administración de anestesia local tiene posibles riesgos asociados con su uso que aunque infrecuente o rara, podría incluir dolor, hinchazón, moretones, infección, daño a los nervios, reacciones alérgicas, que podrían resultar en un ataque al corazón, derrame cerebral, daño cerebral y o muerte. Yo voluntariamente solicito y doy permiso para estos servicios. He leído y entiendo a lo que le estoy dando consentimiento y también entiendo que no hay garantías como resultado de estos servicios.

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR AL SEGURO

Yo autorizo El Centro Family Health a liberar información médica/de salud mental/dental o otra información a pagadores de tercer parte, el agente o representante de los pagadores de tercer parte, que pueda ser necesaria para completar reclamos de seguro, revisión de servicios, o recibos de beneficios.

AUTORIZACIÓN AL PROVEEDOR DE TENER ACCESO AL HISTORIAL EXTERNO DE RECETAS MÉDICAS

Yo autorizo El Centro Family Health a obtener el historial de recetas medicas de fuentes externas utilizando eClinical Works, un programa electrónico para médicos.

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN A PROVEEDORES CONSULTANTES

Yo autorizo El Centro Family Health a liberar información medica, de salud mental, o dental cuando se considere necesario por mi proveedor medico, proveedor de salud mental, o proveedor dental de ECFH a proveedores consultantes para proveer la continuación de mi cuidado médico, de salud mental, o dental.

Doy mi consentimiento para que mi foto sea tomada para evitar fraude o robo de identidad. Firma

del paciente, cliente, padre o

Representante legalmente autorizado: _____ Fecha: _____



Portal del Paciente-Formulario de Consentimiento

Propósito de este Formulario:

El Centro Family Health ofrece acceso y comunicación segura como un servicio a los pacientes que desean ver partes de su archivo y comunicarse con nuestro personal y médicos. Mensajería segura puede ser una herramienta valiosa de comunicación, pero tiene ciertos riesgos. Para manejar estos riesgos necesitamos imponer unas condiciones de participación. Este formulario es para enseñar que ha sido informado de estos riesgos y las condiciones de participación, y que acepta los riesgos y está de acuerdo con las condiciones de participación.

Cómo funciona el Portal del Paciente Seguro:

Un portal de web seguro es un tipo de página web que usa cifrado para evitar que personas no autorizadas lean comunicaciones, información, o archivos adjuntos. Mensajes seguros e información pueden ser accedidos por alguien que conoce la contraseña o frase de contraseña correcta para entrar al sitio. Porque, la conexión de canal entre su computadora y el sitio web usa tecnología de capa de conexión segura, usted puede leer o ver información en su computadora, pero sigue cifrado durante transmisión entre el sitio web y su computadora.

Protegiendo su información de Salud Privada y Riesgos:

Este método de comunicación y acceso impide que personas no autorizadas tengan acceso o lean mensajes durante la transmisión. Ningún sistema de transmisión es perfecto y haremos lo mejor para mantener seguridad electrónica. Sin embargo manteniendo mensajes seguros depende de dos factores adicionales:

- 1) El mensaje seguro debe llegar al correo electrónico correcto y
- 2) Solo el individuo correcto (o alguien autorizado por se individuo) debe tener acceso al mensaje.

Solo usted puede asegurar que estos dos factores estén presentes. **Es imperativo que nuestra práctica tenga su correo electrónico correcto y que usted nos informe de algún cambio a su correo electrónico.** También tiene que saber quien tiene acceso a su cuenta de correo electrónico para que solo usted o alguien autorizado puedan ver los mensajes que recibe de nosotros.

Usted es responsable de proteger su contraseña contra individuos no autorizados. Si piensa que alguien ha aprendido su contraseña debe inmediatamente ir al sitio de web y cambiarla.



Portal del Paciente-Formulario de Consentimiento

Tipos de Comunicación/Mensajería en línea:

Comunicación en línea nunca debe ser usada para comunicaciones de emergencias o solicitudes urgentes. Si tiene una emergencia por favor llame al 911 o vaya a su centro de emergencia más cercano. Para una solicitud urgente debe de contactar a su médico por teléfono. Para preguntas medicas o ayuda médica fuera de horario normal llame la línea telefónica de consejería de enfermera de Call 4 Health 1-505-715-4327 y identifíquese como paciente de El Centro Family Health.

Reconocimiento y Contrato del Paciente:

Yo reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento y el aviso legal y los términos de uso relacionados al Portal de Paciente que aparecen al iniciar la sesión. Yo entiendo los riesgos asociados con comunicaciones en línea entre mi médico y yo, y doy consentimiento a las condiciones indicadas en el presente documento. Adicionalmente, estoy de acuerdo en seguir las instrucciones indicadas en el presente documento incluyendo el aviso legal y términos de uso indicadas en la pantalla al inicial la sesión y cualquier otras instrucciones que mi medico imponga para comunicar con los pacientes por medio de comunicaciones en línea. Yo entiendo que al aceptar esto certifico que soy mayor de los 18 anos edad. Yo entiendo y estoy de acuerdo con la información que se me ha proveído.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Correo Electrónico: _____

Firma

Fecha

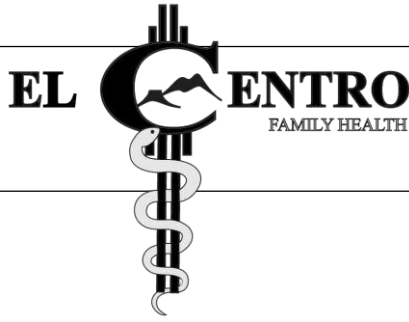
Soy mayor de los 18 años de edad y tengo responsabilidad de mi cuidado médico.

(No ofrecemos el Portal de Paciente a menores o al paciente que no hacen sus propias decisiones medicas en este momento. Disculpe por la inconveniencia.)

- Si
 No

Elijo no participar en el Portal de Pacientes por el momento porque:

- No tengo correo electrónico.
 No deseo compartir mi correo electrónico.
 Otro
-
-



El Centro Family Health
P.O. Box 158 Española, NM 87532
Web Site: www.ecfh.org

Paciente: _____
(Letra en molde por favor)

Declaración de la Responsabilidad Financiera del Paciente

___ Yo entiendo y estoy de acuerdo que mi tarifa nominal, copago, coaseguro y/o los deducibles se deben pagar en el mismo momento de recibir el servicio. También pueda que reciba una cuenta por pagos que no hayan sido recaudados al momento del servicio.

___ Yo entiendo que los servicios que no sean cubiertos a través de mis beneficios, así como los copagos y deducibles son mi responsabilidad.

___ Yo entiendo que una tarjeta de seguro inactiva, no tener un seguro medico, no tener una tarjeta de seguro, o un seguro del que no somos proveedores participantes me hará responsable del pago de los servicios.

El asegurado / El tutor/ El paciente ha sido informado de que todas las pruebas de laboratorio, recetas medicas y/u otros servicios se deben pagar al momento del servicio.

El asegurado/ El tutor/ El paciente es informado de que una copia de su tarjeta de seguro es necesaria para enviar un reclamo.

El asegurado/ El tutor/ El paciente ha sido informado de que este documento será parte de su historial médico y se enviaran estados de cuenta si ocurriera algo de lo mencionado anteriormente.

El asegurado/ El tutor/ El paciente ha sido informado que la mayoría de los operadores tienen un límite de presentación de reclamaciones. La información correcta del seguro que sea recibida después de 60 días a partir de la fecha de este documento podría ser denegada por su proveedor como inoportuna y el asegurado/ el tutor/ el paciente será responsable de cualquier saldo.

Tutor/Asegurado/ Paciente: _____
(Firma)

Fecha: _____

Iniciales del personal: _____



El Centro Family Health Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

Estimado Paciente:

Una ley federal ha creado nuevos derechos para los clientes de las organizaciones de atención médica. La ley se llama Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. La ley requiere que le demos este Aviso de Prácticas de Privacidad, que le informa sobre sus derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

Puede leer este Aviso ahora o en otro momento. Este Aviso explica las formas en que usamos y compartimos información de salud sobre usted, y cuándo su información de salud puede ser utilizada y compartida sin su permiso.

Además, este Aviso explica sus derechos de información de salud, que incluyen:

- Su derecho a recibir este Aviso.
- Su derecho a pedirnos limitar o restringir nuestro uso o compartir su información de salud.
- Su derecho a ver y obtener una copia de la mayoría de la información de salud en nuestros registros (si cree que la información no es correcta); y
- Su derecho a presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

En El Centro Family Health, nos tomamos en serio la protección de su privacidad. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, llame o visite a nuestro Gerente de clínica local.

Certifico que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de El Centro Family Health.

Firma del Paciente

Fecha

TELEMEDICINA/TELESALUD

Yo, _____ (nombre del cliente/paciente), acepto participar en tele-salud/telemedicina con un proveedor (médico y / o proveedor de salud del comportamiento) de El Centro Family Health (ECFH). Esto significa que:

- Autorizo que la información sobre mi atención médica y de salud mental se transfiera electrónicamente a través de una conexión de video y / o audio interactivo (por ejemplo, Zoom, Doximity o líneas telefónicas estándar).
 - Mi proveedor me ha explicado cómo funciona el sistema de tele-salud/telemedicina y cómo se utilizará para mi tratamiento.
 - Mi proveedor me ha explicado en qué se diferenciará este servicio de las sesiones presenciales, incluidas las reacciones emocionales que pueden surgir debido al uso de la tecnología.
 - Entiendo que cualquier cambio en mis datos demográficos para incluir el número de teléfono o la dirección deberá de comunicarse con ECFH en mi clínica actual.
 - Entiendo que mi proveedor no estará físicamente presente durante mi cita de tele-salud/telemedicina. Sin embargo, nos comunicaremos a través de medios electrónicos.
 - Entiendo que la tele-salud/telemedicina es una forma en evolución para las citas médicas y de terapia. Como tal, puede haber posibles riesgos potenciales que aún no han sido reconocidos.
 - Entiendo que, si se pierde la conexión, mi proveedor intentara conectarse/comunicarse conmigo nuevamente.
 - Entiendo que en caso de que se pierda la conexión entre mi proveedor y yo durante una crisis o emergencia, debo buscar atención en la sala de emergencias de mi hospital local o llamar al 911.
 - Los riesgos potenciales para la tele-salud/telemedicina incluyen a) a veces la imagen de audio y / o video puede ser poco clara o inadecuada, b) puede ocurrir una interrupción en la conexión, o c) en raras circunstancias, la información puede ser interceptada por personas no autorizadas.
 - Entiendo que el proveedor puede estar limitado ya que no puede considerar/examinar las señales visuales o no verbales del paciente.
 - Entiendo que, en cualquier momento, puedo decidir interrumpir las citas o sesiones de tele salud/telemedicina con mi proveedor. Si es posible, mi proveedor me recomendará con un proveedor que pueda brindarme los servicios en persona.
 - Acepto tomar todas las precauciones para proteger la confidencialidad de mis sesiones, como también asegurar que las llamadas se tomen en un lugar seguro en la medida de lo posible. Entiendo que yo o mi proveedor podemos determinar cuando las condiciones son inapropiadas para continuar con la cita de tele-salud/telemedicina y se reprogramará otra cita.
 - Mi proveedor me ha explicado los riesgos y beneficios de recibir tele-salud/telemedicina y entiendo la posibilidad de que aún necesite ver a un especialista en persona.
 - Entiendo que la información de mis sesiones de tele salud/telemedicina estará protegida por las leyes de privacidad de HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud) y que puedo solicitar una copia de mi registro electrónico por escrito.
 - Entiendo que no se permiten grabaciones de audio y video durante las sesiones de tele-salud/telemedicina.
- Doy mi consentimiento voluntario para participar en servicios de tele-salud/telemedicina utilizando equipos de tele-salud para la atención, el tratamiento y los servicios que se consideren necesarios y aconsejables según los términos establecidos en este documento.

Fecha de nacimiento del cliente/paciente _____

Numero grafio del cliente/paciente # _____

Nombre Impreso del cliente/paciente _____ Fecha: _____

Firma del cliente/paciente _____

Firma del padre o tutor legal del cliente/paciente _____ Fecha: _____

Firma del testigo _____



Accredited by
Accreditation Association
for Ambulatory Health Care, Inc.

TUS DERECHOS COMO PACIENTE MEDICO DE NUESTRA CLINICA

El Centro Family Health se compromete a proteger y garantizar sus derechos como paciente.

Usted tiene el derecho de:

1. Recibir servicios eficientes e invariables, independientemente de su raza, sexo, religión, origen étnico, educación, clase social, discapacidad física/mental o situación económica.
2. Recibir un trato cordial y respetuoso por parte de todo el personal en nuestras instalaciones.
3. Concluir la información compartida de una manera que usted pueda entender.
4. Obtener una conversación acerca de los riesgos, beneficios o alternativas antes de cualquier procedimiento invasivo o no invasivo, **excepto en una emergencia.**
5. Obtener servicios de interpretación si usted no habla Inglés.
6. Saber los nombres, títulos y profesión de cualquier miembro de nuestras instalaciones que lo atienden durante su consulta.
7. Rechazar el examen, la discusión o procedimiento en la medida permitida por la ley y de ser informado de las consecuencias sanitarias y legales de este rechazo.
8. Tener acceso a su récord médico personal.
9. Obtener un cuidado de buena calidad y de altos estándares profesionales que son continuamente sostenidos e inspeccionados
10. Tener privacidad acerca de su condición medica.
11. La confidencialidad de sus registros de salud personales según lo dispuesto por la ley.
12. Esperar una continuidad razonable de la atención dentro del alcance de los servicios y la dotación de personal de esta instalación
13. Que se le respeten sus derechos civiles y opiniones religiosas.
14. Presentar quejas a la administración de nuestras instalaciones sin temor a represalias.
15. Recibir una explicación completa de cualquier costo ejecutado por esta instalación sin importar la fuente de pago.
16. Hacer instrucciones anticipadas y de nombrar a alguien para realizar decisiones acerca de su salud si usted no está capacitado para hacerlo. Si usted no tiene instrucciones anticipadas nosotros le podemos proveer con la información y ayudarle a realizar una.
17. Expresar su queja / reclamo expresando su insatisfacción con cualquier aspecto de las operaciones, actividades o comportamiento de un plan de salud de Medicare / Medicaid o seguro privado, o sus proveedores, independientemente de si se solicita una acción correctiva.

Si tiene inquietudes, quejas o reclamos, puede hablar con su médico, gerente de enfermería, gerente de la clínica o administrador regional en su clínica. También puede comunicarse con el Jefe de Operaciones al 505-753-7218.

Si su queja / reclamo no se resuelve a su entera satisfacción, también puede comunicarse con:

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) - 1-877-787-8999

Medicare Ombudsman www.medicare.gov or call 1-800 633-4227

New Mexico Department of Health - 1-800-445-6242 (Toll Free)

RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE DE NUESTRA CLINICA:

1. Participar lo mejor que pueda en la toma de decisiones sobre su tratamiento médico y cumplir con el plan de atención acordado.
2. Hacer preguntas a su médico u otros proveedores de atención cuando no comprenda ninguna información o instrucciones.
3. Informar a su médico y otros proveedores de atención si anticipa problemas para seguir el tratamiento recetado.
4. Informar a su médico u otro proveedor de atención si desea transferir su atención de salud con otro médico.
5. No compartir los medicamentos recetados que son solamente para mi uso.
6. Los pacientes tienen la responsabilidad de proporcionar lo mejor posible, información precisa y completa e informar cualquier cambio en su estado médico a su proveedor de salud.
7. Respetar los derechos de otros pacientes, familias, visitantes y personal. Abstenerse del uso de lenguaje inapropiado o acciones relacionadas con raza, credo, color, nacionalidad, ascendencia, religión, género, identificación o expresión de género, orientación sexual, estado civil, edad, discapacidad o afiliación política.
8. Los pacientes no pueden interrumpir o interferir con su proveedor de atención, otros pacientes, o las operaciones en la atención al paciente y las áreas de oficina.
9. Los pacientes tienen la responsabilidad de programar y de cumplir con sus citas, ser puntual a ellas, quedarse durante todo el tiempo programado y proporcionar un aviso mínimo de 24 horas para cambiar o cancelar citas.
10. Vigile a sus hijos para evitar problemas de seguridad y evitar molestar a otros pacientes y familias.
11. Los pacientes tienen la responsabilidad de seguir el plan de tratamiento que acordaron, incluidas las instrucciones de seguimiento recomendadas. Los pacientes son responsables de los resultados si no siguen el plan de atención y tratamiento.
12. Los pacientes tienen la responsabilidad de proporcionar información actualizada y precisa sobre el seguro y la facturación (incluido el nombre, la dirección postal, el número de teléfono y cualquier otra información solicitada para fines de facturación) y cumplir con la obligación financiera acordada.
13. Los pacientes no pueden realizar actividades ilegales en ninguna propiedad de ECFH.

Al firmar, usted acepta que se le ha dado la oportunidad de leer sus derechos y responsabilidades como paciente.

Firma del Paciente

Fecha

El Centro Family Health Dental Department Appointment Policy

Because of the overwhelming demand for dental appointments at El Centro we have found it necessary to adopt the following policy regarding broken appointments. This is intended to assure that valuable appointments are used as effectively as possible.

Patients with three broken appointments within a twelve month period will be eligible for emergency care only for a period of 6 months after the third broken appointment. An appointment is considered broken if the patient (1) does not show up for the appointment, (2) arrives more than 15 minutes late, or (3) cancels the appointment with less than 24 hours notice.

After 6 months the patient may request reinstatement for routine care once again.

Patient: _____

Date: _____

Regamento de Citas Dentales

Debido a la demanda de citas dentales hemos implementado el siguiente reglamento. El propósito del reglamento es asegurar que las citas disponibles sean usadas efectivamente.

Si un paciente falla tres en un de 12 meses no va a poder hacer otra cita por 6 meses comenzando en la fecha de la tercera cita fallada. A menos que sea una Emergencia. Consideramos la cita fallada (1) si no viene a la cita, (2) si leggan mas de 15 minutos tarde, o (3) si llaman para cancelár la cita con menos de 24 horas de noticia.

Después de meses el paciente puede volver a hacer citas pare tratamiento de rutina otra ves.

Paciente: _____

Date: _____

El Centro Family Health

Formulario de Consentimiento de Tratamiento Dental Pandemia COVID-19

El Departamento de Salud de Nuevo México pide a todas las personas que presenten lo siguiente: tos, fiebre, falta de aliento, secreción nasal o dolor de garganta (que no está relacionado con una enfermedad o condición de salud preexistente) que estén en aislamiento (cuarentena) durante 14 días desde el comienzo de los síntomas, o hasta que los síntomas desaparezcan, lo que tome más tiempo. Si la persona (s) desarrolla algún síntoma respiratorio como tos, dificultad para respirar o fiebre, se recomienda que llame al 855-600-3453 y presione la opción 2 para obtener mas informacion. Los sitios de prueba para cualquier persona en Nuevo México se pueden encontrar en el sitio web del Departamento de Salud en los sitios de *prueba COVID-19*.

Entiendo que el nuevo coronavirus causa la enfermedad conocida como COVID-19. Entiendo que el virus coronavirus tiene un periodo largo de incubación durante el cual el portador del virus puede no mostrar síntomas y aun así ser altamente contagioso. _____(inicial)

Entiendo que debido a la frecuencia de visitas de otros pacientes, las características del nuevo coronavirus y las características de los procedimientos dentales, tengo un riesgo elevado de contraer el nuevo coronavirus simplemente por estar en un consultorio dental, comparado con el auto aislamiento en casa. _____ (inicial)

Confirмо que sé que hay categorías de personas que se consideran de alto riesgo. Entiendo que los factores de categoría de alto riesgo son tener 65 años de edad o más, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, enfermedades renales, diabetes o cualquier desorden autoinmune. _____(inicial)

He discutido con el Departamento Dental de El Centro Family Health los pros y los contras de mi tratamiento dental recomendado que se realizara en relación con el riesgo de contagio con COVID-19.

Aunque no hay garantías con respecto a la posibilidad de contraer COVID-19, mi dentista y su personal seguirán los protocolos de seguridad para protegerme mejor a mí y al personal durante el tratamiento. Estoy satisfecho de que mi dentista haya respondido todas mis preguntas. Entiendo que tengo la opcion de posponer mi tratamiento y he elegido tener el tratamiento en este momento.

Tratamiento Recomendado

Consiento a sabiendas y voluntariamente que se complete el tratamiento dental mencionado anteriormente durante la pandemia de COVID-19 y verifico que la información que he proporcionado en este formulario es veraz y precisa.

Firma del Paciente (o Tutor Legal): _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____