



Missouri Highlands Health Care
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Como centro de atención médica calificado a nivel federal, la Oficina de Atención Primaria de Salud nos exige que recopilemos datos de todos nuestros pacientes anualmente.

MHHC no discrimina por edad, sexo, raza, credo, estado civil, religión, origen nacional, discapacidad, preferencia sexual, asistencia pública o antecedentes penales.

POR FAVOR IMPRIMIR

Nombre del Paciente: _____ Número de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: [] M [] F [] Soltero [] Casado [] Viudo [] Divorciado

Dirección de envío _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección física (si es diferente) _____ Condado de residencia _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono residencial _____ Teléfono celular/alternativo _____

Tutor legal (si el paciente tiene 17 años o menos): _____

¿Empleado? [] Tiempo completo [] Tiempo parcial [] No Sin empleador: _____

¿Alumno? [] Tiempo completo [] Tiempo parcial [] No ¿Veterano? [] Sí [] No [] N/A (17 años o menos)

Farmacia preferida _____ Ubicación _____

GÉNERO/ORIENTACIÓN SEXUAL

Identidad de Género (círculo): Hombre Mujer Transgénero (f-to-m) Transgénero (m-to-f)

Género Queer/Cuestionamiento Otro _____ Elige no revelar

Orientación sexual (círculo): Heterosexual/heterosexual Homosexual/Gay Bisexual

Algo más: _____ No sé Elija no revelar

COMUNICACIÓN

Idioma principal: [] Inglés [] Español [] Otro _____ (Indique qué idioma)

** Missouri Highlands tiene recursos disponibles para ayudar a los pacientes que puedan necesitar asistencia auditiva, visual o lingüística. Si necesita dicha asistencia, verifique qué tipo de asistencia necesita.

[] Lenguaje de señas [] Asistentes visuales [] Intérprete para (indicar qué idioma) _____

Método de comunicación preferido: [] Teléfono [] Correo electrónico [] Carta [] Portal del paciente

ETNICIDAD

Hispano/Latino No Hispano/Latino

MHHC no discrimina por edad, sexo, raza, credo, estado civil, religión, origen nacional, discapacidad, preferencia sexual, asistencia pública o antecedentes penales.



CARRERA

Marque **TODO** lo que corresponda: Indio americano o nativo de Alaska Negro o afroamericano
 Blanco Asiático Nativo de Hawái Otro isleño del Pacífico Se niega a responder

ESTADO DE LA VIVIENDA

No sin hogar Sin hogar (Sin Vivienda Permanente)
 Transicional (Pasar de un lugar a otro) Otros (hoteles/moteles u otros alojamientos pagados el día de hoy)
 Calle (vivir al aire libre, en un automóvil, vivienda/refugio improvisado) Vivienda pública (vivienda para personas mayores o HUD)
 Duplicar (quedarse con otras personas temporalmente/vivienda inestable) Desconocido

INGRESOS ANUALES

Marque uno LUEGO encierre en un círculo el rango de ingresos anuales en la línea al lado del tamaño del hogar que ha seleccionado.

Tamaño del hogar	Rango de ingresos anuales		
<input type="checkbox"/> 1 ➔	\$0-14,580	<input type="checkbox"/> \$14,581-19,391	<input type="checkbox"/> \$19,392-24,203 <input type="checkbox"/> \$24,204-29,160
<input type="checkbox"/> 2 ➔	\$0-19,720	<input type="checkbox"/> \$19,721-26,228	<input type="checkbox"/> \$26,229-32,735 <input type="checkbox"/> \$32,736-39,440
<input type="checkbox"/> 3 ➔	\$0-24,860	<input type="checkbox"/> \$24,861-33,064	<input type="checkbox"/> \$33,065-41,268 <input type="checkbox"/> \$41,269-49,720
<input type="checkbox"/> 4 ➔	\$0-30,000	<input type="checkbox"/> \$30,001-39,900	<input type="checkbox"/> \$39,901-49,800 <input type="checkbox"/> \$49,801-60,000
<input type="checkbox"/> 5 ➔	\$0-35,140	<input type="checkbox"/> \$35,141-46,736	<input type="checkbox"/> \$46,737-58,332 <input type="checkbox"/> \$58,333-70,280
<input type="checkbox"/> 6 ➔	\$0-40,280	<input type="checkbox"/> \$40,281-53,572	<input type="checkbox"/> \$53,573-66,865 <input type="checkbox"/> \$66,866-80,560
<input type="checkbox"/> 7 ➔	\$0-45,420	<input type="checkbox"/> \$45,421-60,409	<input type="checkbox"/> \$60,410-75,397 <input type="checkbox"/> \$75,398-90,840
<input type="checkbox"/> 8 ➔	\$0-50,560	<input type="checkbox"/> \$50,561-67,245	<input type="checkbox"/> \$67,246-83,930 <input type="checkbox"/> \$83,931-101,120

CUENTA A PAGAR POR: _____ (Si alguien que no sea el paciente)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

SS# _____ Relación con el paciente _____

Dirección de casa (si es diferente a la del paciente) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono residencial: _____ Celular/Teléfono alternativo _____

POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA DE SEGURO

Gracias por seleccionar Missouri Highlands Health Care. Si tienes alguna pregunta, dinosla. Estaremos encantados de ayudar.



autorización y reconocimiento del paciente de Missouri Highlands Health Care

Consentimiento para el tratamiento Por la presente doy permiso a Missouri Highlands Health Care para realizar aquellos procedimientos y tratamientos necesarios para el cuidado completo de mí o de un dependiente de quien soy legalmente responsable.

Autorización y Liberación Autorizo a Missouri Highlands Health Care a divulgar cualquier información, incluidos el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen proporcionado a mí o a mi dependiente durante el período de dicha atención médica, a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente a Missouri Highlands Health Care cualquier beneficio de seguro que de otro modo me correspondería a mí. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o el de mis dependientes. Si el saldo de mi cuenta se envía a una agencia externa para su cobro. Soy responsable de los honorarios de cobro que se deben pagar a dicha agencia. Autorizo al médico/dentista/enfermero practicante/especialista en salud conductual a realizar cualquier tratamiento, administración de medicamentos y terapia que pueda estar indicado en relación con mi atención o la atención de mi dependiente. Entiendo que antes del tratamiento, el personal me dará una explicación completa de los procedimientos involucrados.

Derechos y responsabilidades del paciente También hemos compartido una copia de nuestros Derechos y Responsabilidades del Paciente, para asegurarnos de que conozca sus derechos y responsabilidades.

Consentimiento fotográfico Acepto que un miembro del personal de Missouri Highlands Health Care pueda tomar fotografías mías o de mi dependiente. Las fotografías se utilizarán para registros médicos y para ayudar a evitar el robo de identidad. Todas las fotografías son estrictamente privadas y la identidad del paciente no será revelada a nadie fuera de Missouri Highlands Health Care a menos que lo exijan las autoridades.

Acerca de nuestro aviso de prácticas de privacidad Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud de conformidad con la ley. Estamos obligados por ley a darle una copia de este aviso y a obtener su reconocimiento por escrito de que ha recibido una copia de este aviso. Si elige recibir información de Missouri Highlands Health Care por correo electrónico (por ejemplo, recordatorios de citas), se enviará a través de un servidor seguro. Sin embargo, usted será responsable de la protección de esa información una vez que salga de nuestro servidor.

Recaudación de fondos A menos que usted nos solicite que no lo hagamos, utilizaremos su nombre y dirección para apoyar nuestros esfuerzos de recaudación de fondos. Si no desea participar en los esfuerzos de recaudación de fondos, marque la siguiente casilla: Por favor, no utilice mi información para fines de recaudación de fondos.

Marketing A menos que usted nos solicite que no lo hagamos, existen algunas actividades de marketing para las cuales podemos usar su nombre y dirección para brindarle información sobre los servicios disponibles en nuestra práctica. Si prefiere no recibir comunicaciones de marketing de nuestra práctica, marque la siguiente casilla:

No utilice mi información con fines de marketing.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

Fecha de nacimiento del paciente _____ Número de seguro social _____

Firma del paciente/representante del paciente _____

Relación con el paciente _____ Fecha _____

Firma del testigo (empleado/representante de MHHC) _____

Este consentimiento, autorización y reconocimiento firmados son efectivos hasta que usted, el paciente o Missouri Highlands Health Care finalicen el tratamiento por escrito.



Autorización del paciente para divulgar información médica

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Entiendo que mis familiares o amigos pueden hacer preguntas sobre mi condición médica por teléfono o en persona. También entiendo que es una violación de la confidencialidad médico-paciente que mis médicos/enfermeros discutan mi información médica de cualquier manera con cualquier persona con mi consentimiento expreso por escrito. Al firmar este formulario, doy permiso a Missouri Highlands Health Care para discutir mi información médica con las personas que se enumeran a continuación.

Reconozco que, según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), puedo limitar la cantidad de información que autorizo a revelar. Expreso que TODA la información médica puede ser divulgada. Si tengo alguna información que no quiero que se proporcione, enumeraré :

Personas que recibirán mi información médica (imprima)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Relación con el paciente _____ Número de teléfono _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Relación con el paciente _____ Número de teléfono _____

Firma del Paciente/Representante del Paciente

Fecha

Firma del Testigo de MHHC

Fecha

Información de Contacto en caso de Emergencia (familiar, amigo o vecino que no viva con usted y que pueda enviarle un mensaje)

Nombre del contacto secundario

Teléfono del contacto secundario

Relación de contacto secundario



Directrices para las citas

Revise las pautas a continuación, escriba sus iniciales al lado de cada una y firme a continuación.

_____ **Citas perdidas:** Si falta a su cita sin el aviso adecuado, se le considerará una “ausencia”. Si tiene dos “ausencias” en un período de tres meses , se le pondrá en libertad condicional y no se le permitirá programar citas durante un mes. Se le considerará “sin cita previa” sólo hasta que expire el mes de prueba.

_____ **Visitas sin cita previa:** Las visitas urgentes sin cita previa son bienvenidas en nuestra oficina. Haremos todo lo posible para trabajar con usted entre las citas programadas y es de esperar que haya un tiempo de espera. Los medicamentos controlados recetados NO se resurtirán en una cita sin cita previa. Estas citas deben ser citas programadas .

_____ **Llegada tarde a su cita:** llame a la oficina si cree que puede llegar tarde a su cita. Si llega más de 15 minutos tarde a una cita programada, su cita se manejará como una cita sin cita previa y se espera un tiempo de espera.

_____ **Solicitud de tarifa de diapositiva:** si solicita la tarifa de diapositiva al momento de su cita, debe llegar 30 minutos antes . Esto es necesario para que podamos procesar sus solicitudes antes de la hora de su cita. Si no llega 30 minutos antes de la hora de su cita, se le considerará una “llegada tardía” (ver arriba). Le invitamos a enviar por correo o fax su Solicitud de tarifa de diapositiva a nuestra oficina antes del día de su cita. Hable con el personal de recepción para obtener nuestra dirección y número de fax.

He leído y entiendo las pautas anteriores.

Firma del paciente

Fecha



Autorización para la divulgación de información de salud

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Dirección del paciente _____

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud relacionada con mi atención y tratamiento se divulgue como se establece en este formulario:

1. Big Spring Medical Association INC. DBA Missouri Highlands Health Care utiliza SureScripts , Inc., un sistema de prescripción que permite el intercambio de recetas e información relacionada entre mis proveedores y la farmacia. La información enviada entre estos sistemas puede incluir detalles de todos y cada uno de los medicamentos recetados que estoy tomando actualmente o que he tomado en el pasado. Esta información se utilizará para Big Springs Medical Association INC. DBA Missouri Highlands Health Care.
2. Esta autorización puede incluir la divulgación de información de recetas relacionadas con el consumo de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental y/o información confidencial relacionada con el VIH por parte de SureScript , Inc. a Big Springs Medical Association INC. DBA Missouri Highlands Health Care.
3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a Big Springs Medical Association INC. DBA Missouri Highlands Health Care. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.
4. La firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación.
5. La información divulgada bajo esta autorización podría ser nuevamente divulgada por el destinatario, y es posible que esta nueva divulgación ya no esté protegida por las leyes estatales o federales.
6. Esta autorización vence un año a partir de la fecha de mi firma a continuación.
7. **ESTA AUTORIZACIÓN NO AUTORIZA A BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE A DISCUTAR MI INFORMACIÓN DE SALUD O ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE QUE NO SEA PERMITIDO POR LA LEY APLICABLE.**

Firma del Paciente o representante autorizado por ley

Fecha

Relación con

el intérprete del paciente, si se utiliza

Firma del testigo



Consentimiento del portal del paciente

Missouri Highlands Health Care ofrece a los pacientes del centro de salud un sitio web seguro del Portal del Paciente. Este “portal” tiene como objetivo mejorar el acceso a los registros médicos y mejorar las comunicaciones entre pacientes y proveedores. Los pacientes deben tener 18 años para acceder al portal y deben registrarse en la recepción a través de este formulario, en el momento de su visita al consultorio.

El portal del paciente permite el acceso electrónico para ver el historial médico personal, actualizar la información personal, programar citas y garantizar que la información del paciente sea correcta y completa. El portal NO debe utilizarse para comunicar problemas urgentes o de emergencia. **Si tiene una emergencia, llame al 911. Se puede llamar al 911 en los siguientes condados: Butler, Iron, Reynolds y Ripley. Para emergencias en el condado de Carter, marque 573-323-4510, en el condado de Shannon marque 573-226-3915 y en el condado de Wayne marque 573-224-3219.**

Por favor lea atentamente lo siguiente:

- **TODA la comunicación a través del Portal del Paciente se incluirá** en su registro permanente de paciente.
- El Portal del Paciente se le proporciona sin costo alguno. No vendemos ni regalamos ninguna información privada, incluidas direcciones de correo electrónico, sin su consentimiento por escrito. Nos reservamos el derecho de suspender o cancelar el Portal del Paciente en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Otros miembros del personal, además de su proveedor de atención primaria, participarán en recibir sus mensajes y dirigirlos a la persona o lugar correcto. Estos miembros del personal serán designados y pueden ser asistentes médicos, empleados de facturación o personal de recepción.
- Las solicitudes de recarga de sustancias controladas NO se pueden realizar a través del portal. Llame a su proveedor de atención primaria para programar una cita.
- Es su responsabilidad proteger su contraseña de cualquier persona no autorizada a acceder a su información. Si le roban su contraseña, es su responsabilidad comunicarse con nosotros e informarnos. Usted acepta no responsabilizar a Missouri Highlands Health Care por ninguna infracción que escape a nuestro control.
- Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener información sobre cómo se maneja la información médica privada en nuestra oficina.

Complete la siguiente información y firme en la línea de firma a continuación.

Nombre (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Dirección (Número): _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de correo electrónico: _____

Firma

Fecha



MISSOURI HIGHLANDS HEALTH ATENCIÓN SALUD CONDUCTUAL CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____ social seguro # _____

Missouri Highlands Health Care brinda servicios de salud conductual a los residentes de los condados de Iron, Shannon, Carter, Reynolds y Butler. Todas las personas son elegibles independientemente de su edad, raza, ingresos o condición de género.

Servicios: Su primera cita con su profesional de salud conductual es para detección y evaluación y generalmente dura entre 45 minutos y una hora. El objetivo del examen y la evaluación es determinar el mejor curso de tratamiento para usted. También analizará las opciones en ese momento para determinar el tipo y alcance de los servicios que sean mejores para usted. Las visitas de seguimiento suelen durar entre 15 y 50 minutos. La consejería es un proceso confidencial diseñado para ayudarlo a abordar sus inquietudes, comprenderse mejor a sí mismo y aprender estrategias de afrontamiento personales e interpersonales efectivas. El asesoramiento implica compartir información sensible, personal y privada que en ocasiones puede resultar angustiada. Durante el curso del asesoramiento, puede haber períodos de mayor ansiedad o confusión. El resultado del asesoramiento suele ser positivo; sin embargo, el nivel de satisfacción de un individuo no es predecible. Su consejero está disponible para apoyarlo durante el proceso de asesoramiento.

Programación: Si no puede programar la cita, llame a la recepcionista de la clínica para cancelarla al menos 24 horas antes de la cita. Si pierde una cita programada y no la cancela con anticipación, usted es responsable de reprogramar otra cita. Si experimenta una crisis entre citas, puede llamar a la clínica (o a la línea de crisis de MOCARS fuera del horario de atención: 800-811-8720 (Condado de Iron) o 800-356-5395 para todas las demás áreas).

Confidencialidad: La información compartida en una sesión es estrictamente confidencial. Si bien es posible que en ocasiones el profesional de salud conductual necesite consultar con su médico (u otros miembros de su equipo de salud) en la clínica para asegurarse de que usted reciba el mejor tratamiento, su información nunca se compartirá con agencias o personas externas sin su consentimiento. permiso escrito.

Las únicas ocasiones en las que el personal puede revelar información sin su consentimiento son las siguientes:

1. Si un miembro del personal tiene motivos para creer que un niño menor de 18 años o un adulto mayor o dependiente está siendo abusado o descuidado, está obligado por ley a informar esto a la agencia estatal correspondiente.
2. Si un miembro del personal tiene motivos para creer que usted está en peligro de hacerse daño, es posible que tenga que realizar una derivación involuntaria a un hospital y/o comunicarse con un familiar o un amigo para que lo ayude a protegerlo.
3. Si un miembro del personal tiene motivos para creer que usted tiene la intención seria de dañar a otra persona, tendrá que notificar a la policía y a la víctima prevista, así como buscar hospitalización para garantizar la seguridad de todos los involucrados.
4. Si se solicitan registros para un caso judicial en el que usted está involucrado, es posible que necesitemos divulgar parte o la totalidad de sus registros. Si esto sucede, se le notificará antes de que se publiquen los registros.

Al firmar el Consentimiento para el tratamiento, certifico que (1) he leído y comprendo la información anterior; (2) tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento al tratamiento como paciente o tutor legal del paciente; y (3) comprendo que este consentimiento tiene carácter continuo y que permanecerá plenamente efectivo hasta que sea revocado por escrito.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Nombre impreso del paciente o tutor legal

Relación con el paciente

Firma del testigo

Fecha

Nombre impreso del testigo

Cargo del testigo



Visita Virtual Consentimiento Informado

Yo, _____, acepto participar como paciente del sistema de proveedores virtuales de Missouri Highlands. Recibiré servicios de salud médica y/o de salud mental a través de visitas virtuales interactivas. Entiendo que el uso de visitas virtuales es un método alternativo de prestación de atención médica y/o médica y que mis proveedores no estarán físicamente en la misma habitación que yo.

Entiendo que, aunque los proveedores de Missouri Highlands Health Care hacen todo lo posible para proteger mi privacidad mediante el uso de un servidor seguro, no pueden garantizar la seguridad de la información que les transmito a través de Internet. Al utilizar servicios virtuales, reconozco que las transmisiones a través de Internet o del servicio telefónico son bajo mi propio riesgo y que terceros pueden interceptar o acceder ilegalmente a las transmisiones. También entiendo que a pesar de los esfuerzos razonables por parte de mi proveedor virtual, existen riesgos y consecuencias al asegurar los servicios virtuales. El riesgo incluye pero no se limita a. La posibilidad de que la transmisión de las sesiones pueda verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas. En caso de fallas técnicas, mi proveedor hará todo lo posible para volver a conectarse conmigo a través del sitio de mi clínica.

También entiendo que los servicios virtuales pueden no ser tan completos como los servicios prestados cara a cara, aunque se han identificado varios beneficios de los servicios virtuales, incluido el acceso a servicios especializados en áreas remotas, menores costos de atención médica, viajes reducidos y minimización del tiempo libre en el trabajo. y disminución del tiempo de espera para los servicios. También me han notificado que si mi proveedor cree que sería mejor para mí otra forma de servicio, se me derivará a un proveedor que pueda brindar dichos servicios. Finalmente, entiendo que existen riesgos y beneficios potenciales asociados con una forma de servicios médicos y/o de salud mental y que, a pesar de mis esfuerzos y los esfuerzos de mi proveedor, mis condiciones pueden no mejorar y en algunos casos incluso empeorar. Entiendo que mi participación en esto es voluntaria y puedo decidir terminar mi tratamiento en cualquier momento. Mi privacidad y confidencialidad estarán protegidas.

Entiendo que no habrá grabaciones de mis sesiones virtuales en ninguna plataforma. También acepto no grabar mis propias sesiones virtuales sin el conocimiento o permiso de mi proveedor.

Entiendo que debo confirmar mi cita antes de las 4 p.m. del día hábil anterior a mi cita programada. Si no confirmo mi cita, sé que perderé mi horario y se lo entregará a otra persona que lo necesite.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Firma del testigo Fecha