

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. Missouri Highlands Health Care no discrimina por edad, sexo, raza, credo, estado civil, religión, origen nacional, discapacidad, preferencia sexual, estado de asistencia pública o antecedentes penales.

IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL PACIENTE (Por favor imprima)

Nombre completo del paciente:					
Sexo legal: <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> femenino		Fecha de nacimiento:		Seguridad Social #:	
Dirección residencial:			Dirección de envío: <input type="checkbox"/> Mismo		
Ciudad:	Estado:	Cremallera	Ciudad	Estado	Cremallera

Marque la casilla junto al número al que prefiere que le llamen primero y dé su consentimiento para enviar un mensaje de texto.

Teléfono de casa: <input type="checkbox"/>	Teléfono móvil: <input type="checkbox"/> Texto Aceptar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono de trabajo/alternativo:
Dirección de correo electrónico del paciente		
Métodos de comunicación preferidos: <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> de correo electrónico <input type="checkbox"/> Portal del paciente		
Missouri Highlands Health Care 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. <input type="checkbox"/> de ayudas visuales <input type="checkbox"/> de lengua de señas <input type="checkbox"/> para (indicar qué idioma):		

INFORMACIÓN DE CONTACTO Y TUTOR (Si el paciente es menor de 18 años)

El contacto a continuación es: <input type="checkbox"/> Padre con custodia Tutor <input type="checkbox"/> legal Guardián <input type="checkbox"/> N/A	El contacto a continuación es: <input type="checkbox"/> Padre con custodia Tutor <input type="checkbox"/> legal Guardián <input type="checkbox"/> N/A
Nombre del tutor:	Nombre del tutor:
Correo electrónico del tutor:	Correo electrónico del tutor:
Teléfono de casa: <input type="checkbox"/> Igual que el paciente	Teléfono móvil
Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Otros (especificar)	Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Otros (especificar)

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:	Teléfono de casa:	Teléfono móvil:
Relación: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Primo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro		

PARIENTE MÁS CERCANO

Nombre:	Teléfono:	Relación: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Primo <input type="checkbox"/> Otro
---------	-----------	--

DEMOGRAFIA

Idioma principal: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otra especificar)	Raza (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negarse a responder
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja
Género al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

Trabajo agrícola (usted o un familiar) Esto incluye trabajo en producción agrícola, producción animal, acuicultura, silvicultura, pesca o trabajos de apoyo como plantar, cosechar, alimentar, clasificar o cuidar animales de granja o cultivos.

Trabajo agrícola migratorio en los últimos 2 años y se mudó de casa para este trabajo. Trabajador agrícola temporal en los últimos 2 años, pero NO se mudó de casa para este trabajo. Extrabajador agrícola migratorio (anciano o discapacitado) dejó de trabajar debido a la edad o discapacidad. Ninguna de las anteriores aplica.

del hogar y rango de ingresos anuales: Marque el tamaño del hogar 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	➡	\$0-15,650	\$15,651-20,815	\$20,816-25,979	\$25,980-31,300
<input type="checkbox"/>	2	➡	\$0-21,150	\$21,151-28,130	\$28,131-35,109	\$35,110-42,300
<input type="checkbox"/>	3	➡	\$0-26,650	\$26,651-35,445	\$35,446-44,239	\$44,240-53,300
<input type="checkbox"/>	4	➡	\$0-32,150	\$32,151-42,760	\$42,761-53,369	\$53,370-64,300
<input type="checkbox"/>	5	➡	\$0-37,650	\$37,651-50,075	\$50,076-62,499	\$62,500-75,300
<input type="checkbox"/>	6	➡	\$0-43,150	\$43,151-57,390	\$57,391-71,629	\$71,630-86,300
<input type="checkbox"/>	7	➡	\$0-48,650	\$48,651-64,705	\$64,706-80,759	\$80,760-97,300
<input type="checkbox"/>	8	➡	\$0-54,150	\$54,151-72,020	\$72,021-89,889	\$89,890-108,300

Situación de vivienda: <input type="checkbox"/> No sin hogar <input type="checkbox"/> Duplicación (quedarse con otras personas temporalmente) <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Vivienda pública (vivienda para personas mayores/HUD) <input type="checkbox"/> Calle (Vivir al aire libre, en un automóvil, refugio improvisado) <input type="checkbox"/> Transicional (Sin vivienda permanente / de un lugar a otro) <input type="checkbox"/> Otro (Hoteles/Moteles)	
Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negarse a responder	Ocupación:

INFORMACIÓN DEL GARANTE (A quién se enviarán los estados de cuenta)

Relación del Garante con el paciente: <input type="checkbox"/> Paciente/Yo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro (Especifique)		
Nombre completo del garante:		Fecha de nacimiento del garante:
Dirección postal del garante: <input type="checkbox"/> igual que el paciente		
Ciudad:	Estado:	Cremallera:
Número de Seguro Social del Garante:	Teléfono del garante:	Correo electrónico del garante:

Farmacia preferida: _____ **Ubicación:** _____

SEGURO DEL PACIENTE Marque si no tiene seguro (un representante de MHHC se comunicará con usted antes de su visita, si está marcado)

Relación con el Asegurado: <input type="checkbox"/> Paciente/Yo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro (Especifique)	
ID de miembro/póliza #:	Grupo #:
Nombre del asegurado:	

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

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 cualquier miembro de mi equipo de atención médica discuta mi información médica de cualquier manera con cualquier persona sin 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 divulgar. Es mi deseo expreso que TODA la información médica pueda ser divulgada. Si tengo alguna información que no quiero dar, la enumeraré a continuación. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento comunicándome por escrito con Missouri Highlands Health Care. A menos que yo la revoque antes, esta autorización vencerá el:

_____. Tipos de información que NO se puede divulgar: _____

Individuo(s) que autorizo a recibir mi información médica:

Nombre:	Teléfono:	Relación:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Teléfono:	Relación:	Fecha de nacimiento:

_____/_____
 Firma del paciente/representante del paciente Fecha

_____/_____
 Firma del testigo de MHHC Fecha

CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE MISSOURI HIGHLANDS HEALTH

Consentimiento para el tratamiento: Por la presente doy permiso para que Missouri Highlands Health Care realice 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 del 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 cargos de cobro que se deben pagar a dicha agencia. Autorizo a mi equipo de atención médica a realizar cualquier tratamiento, administración de medicamentos y/o terapia que pueda estar indicada 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.

SureScripts: 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. De acuerdo con la Ley del Estado de Missouri y la Regla de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 *HIPAA), entiendo que:

- BIG SPRINGS 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 mi equipo de atención médica y la farmacia. La información enviada entre estos sistemas puede incluir detalles de todos los medicamentos recetados que estoy tomando actualmente o que he tomado en el pasado. Esta información será utilizada por BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE.
- Esta autorización puede incluir la divulgación de información de recetas relacionadas con el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental y/o información confidencial relacionada con el VIH por parte de SureScripts, Inc. a BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE.
- 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.
- 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.
- 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.
- Esta autorización vence un año a partir de la fecha de mi firma a continuación.
- ESTA AUTORIZACIÓN NO AUTORIZA A BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE A DISCUTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD O ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE QUE NO SEA PERMITIDO POR LA LEY APLICABLE.

Derechos y responsabilidades del paciente : Reconozco que Missouri Highlands Health Care ha compartido una copia de sus Derechos y responsabilidades del paciente, para garantizar que usted 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 de salud personal de conformidad con la ley. Estamos obligados por ley a entregarle una copia del Aviso de prácticas de privacidad (que es un documento separado que se le proporciona junto con este formulario) y a obtener su reconocimiento por escrito de que ha recibido una copia de ese 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 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 :** no compartiremos su información con fines de marketing a menos que nos dé su permiso por escrito. Marque la siguiente casilla para darnos permiso para usar su nombre y dirección para actividades de marketing y para brindarle información sobre los servicios disponibles en nuestra práctica. Puede revocar su permiso en cualquier momento, pero no afectará la información que ya utilizamos y divulgamos.
 Por la presente autorizo a MHHC a utilizar mi información con fines de marketing.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO QUE HE LEÍDO O ME HA LEÍDO O EXPLICADO ESTE DOCUMENTO. ENTIENDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN ESTE FORMULARIO. ME HAN DADO UNA AMPLIA OPORTUNIDAD PARA HACER PREGUNTAS Y CUALQUIER PREGUNTA QUE HE HECHO HA SIDO RESPONDIDA SATISFACTORIAMENTE. CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO A MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE O A CUALQUIER MÉDICO, APRN, RN, LPN U OTRO PROVEEDOR DESIGNADO O SELECCIONADO POR ÉL O BAJO SU SUPERVISIÓN Y CONTROL DIRECTO PARA REALIZAR LOS SERVICIOS SOLICITADOS POR MÍ.

Nombre del paciente (por favor imprima): _____



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE NUEVO

Nombre del Representante/Tutor (Si corresponde): _____

Firma del Paciente/Representante del Paciente

Fecha

Firma del testigo de MHHC

Fecha

ATENCIÓN MÉDICA DE LAS TIERRAS
ALTAS DE MISSOURI COMPORTAMIENTO SALUD
CONSENTIR PARA TRATAMIENTO

del paciente Nombre: _____ DOB _____ Soc Segundo# _____

Señorita tierras altas Salud cuidado prov i des b e h a v i o a l salud servicios a residentes de Hierro , shanon, Carter , Reyno l d s , y Condados de Butler . Todo per hijos son e l i g i b l e independientemente de edad, carrera , Ingresos o estatus de género .

Servicios: Su primero cita con su Comportamiento salud profesional es para poner en pantalla y evaluación y generalmente tiene una duración 45 mín. - uno hora . El meta del poner en pantalla y la evaluación es para determinar el mejor curso de tratamiento para tú. Tú voluntad también discutir opciones en ese momento para determinar el tipo y extensión de los servicios eso son mejores para ti . El seguimiento visitas usualmente duran entre 15 - - 50 minutos . Consejería es un confi d e n t i a l proceso diseñado para ayudar DIRECCIÓN su preocupaciones , entender mejor y tú mismo , y aprender de manera efectiva personal e i n t e r person a l hacer frente estrategias . Consejería involucra intercambio sensible , información personal y privada que pueda veces ser angustiados . Durante el curso de consejería , Puede ser según mis probabilidades de mayor ansiedad o confusión . El resultado del asesoramiento es a menudo positivo ; sin importar el nivel de satisfacción para cualquier individuo es no tabla previsible . Tu consejo es disponible para apoyarlo durante todo el proceso de asesoramiento .

Planificación : Si usted son incapaz para hacer la cita , por favor llame a la recepción clínica para Cancelar al menos 24 horas antes de la hora de la cita . Si tú extrañar una cita programada y no la he cancelado en avance , eres r e s p o n i b l e por r e - Planificación otro cita . Si tú experiencia a crisis entre citas tú poder llamar la clínica (o los MOCARES crisis línea después de horas : 800-8 11-876 0 (Condado de Iron) o 800-356 - 539 5 para todas las demás áreas) .

Confidencialidad : Información compartido en a sesión es estrictamente confidencial . Mientras que el comportamiento o el comportamiento salud profesional puede a veces necesita consultar con su médico (u otros miembros de su equipo de salud) en la clínica para asegurar usted obtiene el El mejor tratamiento , información sobre usted nunca lo obtendrá . Ser compartido con agencias externas . o gente sin su permiso escrito .

El solo tiempo personal poder revelar información sin su consentir son el siguiente :

1. Si a personal miembro tiene Razón para creer eso a niño bajo la edad de 18 o un anciano o dependiente adulto es ser un autobús o neg l e c t e d s / él es obligado por ley a informar esto a la agencia estatal correspondiente .
2. Si un bastón miembro tiene razón creer eso tú son en peligro de dañando tú mismo ella puede tengo que hacer un derivación involuntaria a un hospital y / o comuníquese con un familiar o un amigo para que lo ayude a protegerlo .
3. Si un miembro del personal rápido tiene razón creer que Tú tienen serias intenciones herir otra persona / él tendrá a avisar a la policia y la víctima prevista , así como buscar hospitalización para usted para garantizar la seguridad de todos los involucrados .
4. Si registros son citados para una corte en caso de que estás involucrado en nosotros puede que necesites liberar algo o todo de tu registro . Si esto pasa, tú será notificado antes los registros se publican .

Por firma este Consentir para tratamiento, yo certificar eso (1) I han leído y entender el información anterior; (2) I tener el liga yo autoridad a consentir al tratamiento como el Paciente o como el del paciente Legal Guardián; y 13) Entiendo que este el consentimiento continúa en naturaleza y que seguirá siendo plenamente eficaz hasta es revocado en escribiendo.

Firma de Paciente o Legal Fecha del guardián

Impreso Nombre de Paciente o Legal Relación con el tutor

Testigo Fecha de firma

Impreso Nombre de Testigo Testigo

a Paciente

Trabajo Título



Virtual Visita inf encendido Consentir

Estoy _____ de acuerdo a participar como a paciente de:tv1:issouri Tierras altas Virtual Sistema de entrega de proveedores. I será recepción médico servicios de salud y/o salud mental a través de visitas virtuales interactivas. Yo entiendo el usar de a virtual la visita es un alternativa método de médico y/o mental salud prestación de atención y que mi proveedor no estará físicamente en el mismo cuarto conmigo.

I entender eso a pesar de Jv1: issouri Tierras altas Cuidado de la salud proveedores hacer cada esfuerzo a proteger mi privacidad mediante el uso a seguro servidor, no pueden garantizar la seguridad del cualquier información que les transmito el Internet. Usando virtuales servicios, Yo reconozco eso transmisiones sobre el interno y o teléfono servicio son en mi propio riesgo y que terceros puedan interceptar ilícitamente o acceder a las transmisiones También entiendo que a pesar de razonables esfuerzos por parte de mi virtual proveedor, existen riesgos y consecuencias en el uso servicios virtuales Los riesgos incluyen, pero no se limitan a, la posibilidad que el transmisión de sesiones podría verse perturbado o distorsionado por técnico fracasos En caso de tecnico fracasos, mi el proveedor lo hará hacer cada esfuerzo a Vuelva a conectarse conmigo a través de mi clínica. sitio.

También entiendo que los servicios virtuales Puede que no sea tan completo como servicios proporcionado a través de cara a cara, aunque, varios beneficios de virtual servicios han sido identificados incluyendo el acceso a especializado servicios en remoto zonas, menor asistencia sanitaria costes, reducción de viajes, minimización tiempo fuera del trabajo y menor tiempo de espera para servicios. Tengo también estado notificado que si mi el proveedor cree yo estaría mejor servido por otra forma de servicio, I será referido a un proveedor que pueda proporcionar tal servicios. Finalmente, Entiendo que existen riesgos potenciales. y beneficios asociados con cualquier forma de atención médica. y/o mental servicios de salud y eso, a pesar de mis esfuerzos y los esfuerzos de mi proveedor, es posible que mi condición no mejore y en algunos casos pueden incluso empeorar. I entender que mi participación en esto es voluntario y puedo decidir Terminar mi tratamiento en cualquier momento. Mi privacidad y la confidencialidad estar protegido.

I entiende eso no habrá grabaciones de mi virtual sesiones en cualquier plataforma. Yo también de acuerdo con no grabar mi propio virtual sesiones sin el conocimiento de mi proveedor o permiso.

Entiendo que I Debo confirmar mi cita antes de las 4 p.m. del día hábil Antes de mi cita programada. Si lo hago No confirmo mi cita, yo saber mi franja horaria puede perderse y entregarse a alguien más necesitado.

Firma de Paciente/Legal Fecha del tutor

Fecha del testigo