

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

Como Centro de Atención Médica Calificado Federalmente, la Oficina de Atención Primaria de Salud nos exige recopilar 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 ni orientación sexual. estado de asistencia o antecedentes penales.

IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL PACIENTE (Por favor, imprima)

Nombre completo del paciente:					
Sexo legal:		Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social:	
Masculino		Femenino			
Dirección residencial:			Dirección postal:		
Misma					
Ciudad:	Estado:	Crematoria	Ciudad	Estado	Crematoria

Marque la casilla junto al número al que prefiere que lo llamen primero

Teléfono de casa:		Teléfono móvil:		Teléfono alternativo:	
Dirección de correo electrónico del paciente					
Método de comunicación preferido: Llamada telefónica Mensaje de texto Correo electrónico Carta Portal del paciente					
Missouri Highlands Health Care cuenta con recursos para ayudar a pacientes que necesiten asistencia auditiva, visual o lingüística. Si necesita este tipo de asistencia, marque el tipo que necesita.					
Ayudas visuales para lenguaje de señas Intérprete para (indicar qué idioma):					

INFORMACIÓN DE CONTACTO Y TUTOR (Si el paciente es menor de 17 años)

El contacto a continuación es:		Padre con custodia		Tutor legal		Cuidador		NA El contacto a continuación es:		Padre con custodia		Tutor legal		Cuidador		NA			
Nombre del tutor:								Nombre del tutor:											
Correo electrónico del tutor:								Correo electrónico del tutor:											
Teléfono de casa: el mismo que el del paciente				Teléfono móvil				Teléfono de casa: el mismo que el del paciente				Teléfono móvil							
Relación:		Madre		Padre		Madrastra		Padrastra		Relación:		Madre		Padre		Madrastra		Padrastra	
Padre de crianza		Abuelo				Tía/Tío		Hermano		Padre de crianza		Abuelo				Tía/Tío		Hermano	
Otro (por favor especifique)								Otro (por favor especifique)											

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:		Teléfono de casa:		Teléfono móvil:													
Relación:		Cónyuge		Padre		Niño		Hermano		Amigo		Primo		Guardián		Otro	

PARIENTE MÁS CERCANO

Nombre:		Teléfono:		Relación:		Cónyuge		Padre		Hijo		Hermano	
				Amigo		Primo		Otro					

DEMOGRAFÍA

Idioma principal: Inglés		Español		Raza (marque todas las que correspondan):		Blanco		Negro/Afroamericano		Indio americano / Alaska			
Otro (especificar)				Nativo asiático		Nativo hawaiano		Otros isleños del Pacífico		Negarse a responder			
Etnicidad:		Hispano/Latino		Estado civil no hispano/latino :		Casado		Soltero		Divorciado		Pareja viuda separada	
PCP:						Número de teléfono del PCP :							

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

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

Trabajo agrícola migratorio actual o en los últimos 2 años y se mudó de casa para este trabajo Trabajador agrícola temporero actual o en los últimos 2 años pero HIZO
NO moverse de casa para aplicar a este Ex trabajador agrícola migratorio (anciano o discapacitado) dejó de trabajar debido a la edad o discapacidad Ninguna de las anteriores
trabajo

Empleo: Empleador _____ Puesto _____ Teléfono del trabajo _____
Estado laboral: ☐ Jornada completa ☐ Tiempo parcial ☐ Desempleados ☐ Jubilado ☐ Alumno

Tamaño del hogar y rango de ingresos anuales: Verifique el tamaño del hogar y LUEGO encierre en un círculo el rango de ingresos anuales en la línea junto al tamaño del hogar que haya seleccionado.

Familiar Tamaño		Rango de ingresos anuales					
	1	➡	\$0-15,960	\$15,961-21,227	\$21,228-26,494	\$26,495-31,920	\$31,921 +
	2	➡	\$0-21,640	\$21,641-28,781	\$28,782-35,922	\$35,923-43,280	\$43,281 +
	3	➡	\$0-27,320	\$27,321-36,336	\$36,337-45,351	\$45,352-54,640	\$54,641 +
	4	➡	\$0-33,000	\$33,001-43,890	\$43,891-54,780	\$54,781-66,000	\$66,001 +
	5	➡	\$0-38,680	\$38,681-51,444	\$51,445-64,209	\$64,210-77,360	\$77,361 +
	6	➡	\$0-44,360	\$44,361-58,999	\$59,000-73,638	\$73,639-88,720	\$88,721 +
	7	➡	\$0-50,040	\$50,041-66,553	\$66,554-83,066	\$83,067-100,080	\$100,081 +
	8	➡	\$0-55,720	\$55,721-74,108	\$74,109-92,495	\$92,496-111,440	\$111,441 +

Estado de la vivienda:	No soy persona sin hogar	Me quedo con otras personas temporalmente	Refugio para personas sin hogar	Vivienda pública (residencia para personas mayores / HUD)
Calle (Vivir al aire libre, en un coche, refugio improvisado)	Transitorio (sin vivienda permanente/de un lugar a otro)	Otros (Hoteles/Moteles)		
Trabajador agrícola:	Migrante	Temporal	Prefiero no responder ¿Veterano?	Sí No Prefiero no responder

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

Relación del garante con el paciente:	Paciente / Yo	Hijo	Cónyuge	Otro (especificar)
Nombre completo del garante:	Fecha de nacimiento del garante:			
Dirección postal del garante:	La misma que la del paciente			
Ciudad:	Estado:	Censalera:		
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)

Parentesco con el asegurado:	Paciente / Yo	Hijo	Cónyuge	Otro (especificar)
ID de miembro / Número de póliza:	Grupo #:			



FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

Nombre del paciente (por favor, escriba en letra de imprenta): _____

Nombre del representante/tutor (si corresponde): _____

Firma del paciente/representante del paciente

Fecha

Firma del testigo de MHHC

Fecha



Consentimiento informado para visitas virtuales

Yo, _____, participo como paciente del Sistema de Entrega Virtual de proveedores de Missouri Highlands. Recibiré servicios médicos de salud y/o salud mental a través de visitas virtuales interactivas. Entiendo que el uso de una visita virtual es un método alternativo de prestación de atención médica y/o de salud mental y que mi proveedor no estará físicamente en la misma habitación conmigo.

Entiendo que, aunque los proveedores de Missouri Highlands Healthcare hacen todo lo posible por proteger mi privacidad mediante el uso de un servidor seguro, no pueden garantizar la seguridad de la información que les transmito por internet. Al utilizar servicios virtuales, reconozco que las transmisiones por internet o por teléfono 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 utilizar los servicios virtuales. Los riesgos incluyen, entre otros, la posibilidad de que la transmisión de las sesiones se vea interrumpida o distorsionada por fallos técnicos. En caso de fallos técnicos, mi proveedor hará todo lo posible por 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 en persona, aunque se han identificado varios beneficios de los servicios virtuales, incluyendo el acceso a servicios especializados en áreas remotas, menores costos de atención médica, reducción de viajes, minimización del tiempo fuera del trabajo y disminución del tiempo de espera para los servicios. También se me ha notificado que si mi proveedor cree que estaría mejor atendido por otra forma de servicio, se me remitirá a un proveedor que pueda proporcionar dichos servicios. Finalmente, entiendo que existen riesgos y beneficios potenciales asociados con cualquier forma de servicios médicos y/o de salud mental y que, a pesar de mis esfuerzos y los de mi proveedor, mi condición puede no mejorar y, en algunos casos, incluso puede 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 mi horario podría perderse y cederse a otra persona que lo necesite.

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

Testigo

Fecha

ATENCIÓN MÉDICA EN LAS TIERRAS ALTAS DE MISSOURI
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Número de seguridad social _____

Los servicios de salud conductual están disponibles para todos los pacientes de Missouri Highlands Health Care. Todas las personas son elegibles, independientemente de su edad, sexo, raza o ingresos.

Servicios: Consulta de Salud Conductual: Una consulta es una cita de 16 a 30 minutos con un consultor de salud conductual que ofrece intervenciones conductuales breves para mejorar las condiciones crónicas de salud. El consultor trabaja con su equipo de atención primaria para ayudarle con diversos problemas, como afecciones físicas, problemas de salud conductual, adherencia a la medicación y al plan de tratamiento, y asesoramiento breve para trastornos por consumo de sustancias.

Terapia: Las primeras 1 a 3 citas con su proveedor de salud conductual se realizan para la evaluación y la planificación del tratamiento. Cada visita suele durar entre 45 y 50 minutos. 60 minutos. Durante las primeras visitas, hablaremos sobre los motivos de su consulta, sus objetivos, inquietudes personales, antecedentes y síntomas. También analizaremos las opciones para determinar el tipo y el alcance de los servicios más adecuados para usted. La psicoterapia es un proceso confidencial diseñado para ayudarle a abordar sus inquietudes, comprenderse mejor a sí mismo y aprender estrategias efectivas de afrontamiento personal e interpersonal. La psicoterapia tiene beneficios y riesgos. Los riesgos pueden incluir sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ansiedad, ira o impotencia. Sin embargo, los beneficios de la psicoterapia pueden conducir a la reducción de los síntomas, el aumento de las habilidades de afrontamiento, una mayor satisfacción en las relaciones interpersonales, un mayor autoconocimiento y la resolución de problemas específicos. Su terapeuta está disponible para apoyarle durante todo el proceso de psicoterapia.

Programación: Si no puede asistir a su cita, llame a la clínica para cancelarla antes del cierre del día hábil anterior. Se considera "no presentarse" cuando no se cancela o reprograma una cita antes del cierre del día hábil anterior a la cita programada. Los pacientes que acudan a proveedores de salud conductual tendrán una cita restringida después de 3 inasistencias en un período de tres meses.

Los pacientes con estado de programación restringida solo pueden programar citas para el mismo día o pueden presentarse sin cita previa y esperar una disponibilidad para el mismo día. Los pacientes que no se presenten a sus citas con nuestros proveedores de medicamentos de salud conductual en un período de tres meses serán evaluados para su derivación a un centro externo para recibir tratamiento adicional. Todas las decisiones sobre la derivación a centros externos o la asignación de citas restringidas serán a discreción del proveedor.

Si experimenta una crisis entre citas, puede llamar a la clínica para hablar con un profesional de salud conductual. Sin embargo, si no hay un profesional disponible, la Línea de Ayuda para Suicidios y Crisis de Missouri está disponible las 24 horas. Llame o envíe un mensaje de texto al 988. Puede usar el videoteléfono y el chat en missouri988.org.

Confidencialidad: La información compartida durante las consultas de salud conductual es estrictamente confidencial. Si bien su proveedor de salud conductual podría necesitar consultar ocasionalmente con su equipo de atención primaria en la clínica para garantizar que reciba el mejor tratamiento, su información no se compartirá con agencias ni personas externas sin su consentimiento.

En general, existen algunos límites a la confidencialidad, incluidos, entre otros:

- Si hay motivos para creer que un niño menor de 18 años, una persona mayor o un adulto discapacitado está siendo abusado o desatendido, el personal El miembro está obligado por ley a informar esto a la agencia estatal correspondiente.
- Si hay motivos para creer que usted está en peligro de hacerse daño, el miembro del personal puede tener que hacer una derivación involuntaria a un hospital y/o comuníquese con un familiar o amigo para que le ayude a protegerse.
- Si hay motivos para creer que tiene la seria intención de dañar a otra persona, el miembro del personal deberá notificar a la policía y al víctima prevista, así como posiblemente buscar hospitalización para garantizar la seguridad de todos los involucrados.
- Si se citan registros para un caso judicial, Missouri Highland Health Care estará obligado a divulgar sus registros.

Al firmar el Consentimiento para el Tratamiento, certifico que (1) he leído y comprendido la información anterior; (2) tengo la autoridad legal para consentir el tratamiento como Paciente o como Tutor Legal del Paciente; y (3) entiendo que este consentimiento es de naturaleza continua y que permanecerá completamente 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

Título del puesto de testigo