

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:	Masculino	Femenino	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	
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	Padrastro	Relación:	Madre	Padre	Madrastra	Padrastro
Padre de crianza	Abuelo	Tía/Tío	Hermano	Otro (por favor especifique)	Padre de crianza	Abuelo	Tía/Tío	Hermano	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:	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)

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 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 constituye una violación de la confidencialidad médico-paciente que cualquier miembro de mi equipo de atención médica comparta mi información médica con cualquier persona sin mi consentimiento expreso por escrito. Al firmar este formulario, autorizo a Missouri Highlands Health Care a compartir mi información médica con las personas que se indican a continuación.

Reconozco que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), puedo limitar la cantidad de información que autorizo a divulgar. Es mi deseo expreso que se divulgue TODA la información médica. Si tengo alguna información que no deseo divulgar, la enumeraré a continuación:

Persona(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 CARE

Consentimiento para el tratamiento: Por la presente, otorgo permiso para que Missouri Highlands Health Care realice los procedimientos y tratamientos necesarios para el cuidado completo de mí mismo o de un dependiente por quien soy legalmente responsable.

Autorización y divulgación: Autorizo a Missouri Highlands Health Care a divulgar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen proporcionado a mí o a mi dependiente durante el periodo 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 por cualquier beneficio de seguro que de otra manera me correspondería. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos de la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios proporcionados en mi nombre o en 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 deben pagarse 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 del/los procedimiento(s) involucrado(s).

SureScripts: Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información médica sobre mi atención y tratamiento se divulgue según lo establecido en este formulario. De conformidad con la Ley del Estado de Missouri y la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE utiliza Surescripts, Inc., un sistema de prescripción que permite obtener recetas y la información relacionada que se intercambiará entre mi equipo de atención médica y la farmacia. La información enviada entre estos sistemas puede incluir detalles de todas las recetas.
2. Esta autorización puede incluir la divulgación de información de prescripción relacionada con el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental y/o información confidencial relacionada con el VIH. información de SureScripts, Inc. a BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE.
3. Tengo el derecho de 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 con base 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.
5. La información divulgada bajo esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario, y esta divulgación podría ya no estar protegida por la ley estatal o federal.
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 DISCUTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD O ATENCIÓN MÉDICA CON CUALQUIER PERSONA QUE NO SEA AQUELLA PERMITIDA 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 tome fotografías mías o de mi dependiente. Dichas fotografías se utilizarán para los registros médicos y para ayudar a evitar el robo de identidad. Todas las fotografías son estrictamente privadas y la identidad del paciente no se revelará a nadie fuera de Missouri Highlands Health Care, a menos que así lo exijan las autoridades.

Acerca de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad: Nos comprometemos a proteger su información médica personal conforme a la ley. La ley nos exige proporcionarle una copia de este aviso y obtener su acuse de recibo por escrito. Si decide 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 dicha información una vez que salga de nuestro servidor.

Recaudación de fondos : A menos que nos solicite lo contrario, utilizaremos su nombre y dirección para apoyar nuestras iniciativas de recaudación de fondos. Si no desea participar en ellas,

Por favor marque la siguiente casilla:

Por favor, no utilice mi información para fines de recaudación de fondos.

Marketing : a menos que nos solicite no hacerlo, utilizaremos su nombre y dirección para actividades de marketing, para brindarle información sobre los servicios disponibles en nuestro

Si no desea recibir comunicaciones de marketing de nuestro consultorio, marque la siguiente casilla:

Por favor, no utilice mi información para fines de marketing.



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

participar 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 acuden 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 comunique 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