



**LANE COUNTY BEHAVIORAL HEALTH &
COMMUNITY HEALTH CENTERS OF LANE COUNTY**



Registro del paciente de nuevo ingreso: ADULTO

Por favor llene todas las páginas del formulario

Información del paciente							
Apellido(s)		Nombre		Segundo nombre			
Apodo (Nombre preferido)							
Fecha de hoy: __ / __ / ____		Fecha de nacimiento: __ / __ / ____		Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
Identidad de género:		Orientación sexual:		Pronombres que yo uso:			
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hombre transgénero (mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero (hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no indicar		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Algo diferente <input type="checkbox"/> Prefiero no indicar <input type="checkbox"/> No sé		<input type="checkbox"/> Él, Su, Suyo <input type="checkbox"/> Ella, Su, Suya <input type="checkbox"/> Ellos, Sus, Suyos <input type="checkbox"/> Ze, Hir <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar			
Dirección del paciente							
Domicilio			Dirección postal		<input type="checkbox"/> Misma que el domicilio		
Ciudad		Estado		Código postal			
Ciudad		Estado		Código postal			
Información de contacto del paciente							
Teléfono primario (para dejarle recordatorios* de su cita): ()			Teléfono secundario: ()				
¿Es teléfono celular: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Es teléfono celular: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
*Recordatorios a celulares siempre serán enviados por mensaje de texto. <input type="checkbox"/> Solo quiero mensajes de voz <input type="checkbox"/> No quiero recibir recordatorios							
Correo electrónico:							
Contacto de emergencia							
Nombre del contacto de emergencia:		Parentesco al paciente:		Teléfono del contacto de emergencia: ()			
Para pacientes pediátricos, edades 0-18: información de los padres							
Nombre: <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre			Nombre: <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre				
Teléfono primario: ()			Teléfono primario: ()				
Para pacientes con tutor legal: información del tutor (se requiere documentación del tutor legal)							
Nombre del tutor legal:			Teléfono primario del tutor legal: ()				
Información adicional del paciente							
Idioma principal que habla: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____							
¿Necesita un intérprete en sus citas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor especifique el idioma _____							
Situación de vivienda – Marque lo que mejor describa su vivienda:		Raza – Por favor marque TODAS las que mejor describan su raza:		Etnicidad – Por favor marque TODAS las que mejor describan su etnicidad:			
<input type="checkbox"/> Vive en casa de otras personas <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Tiene un hogar <input type="checkbox"/> Tiene hogar ahora pero estuvo sin hogar en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Otro por ejemplo: Vive en la calle, campamento, puente Habita en vivienda de transición		<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negro/a o afro estadounidense <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indígena asiático <input type="checkbox"/> Chino/a <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Japonés/a		<input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño/a o Chamorro/a <input type="checkbox"/> Samoano/a <input type="checkbox"/> Nativo de otras Islas del Pacífico		<input type="checkbox"/> No, no de origen Hispano, Latino/a/x o Español/a <input type="checkbox"/> Sí, Mexicano/a, Mexicano/a Americano/a, Chicano/a <input type="checkbox"/> Sí, Puertorriqueño/a <input type="checkbox"/> Sí, Cubano/a <input type="checkbox"/> Sí, otro origen Hispano, Latino/a/x o Español/a	

Información del paciente (continuación)	
Veterano de guerra de los Estados Unidos:	<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No veterano
Situación de empleo: ¿El ingreso principal de su familia es de trabajo agrícola o de campo? • Incluye la siembra, desmalezar, arar, irrigar, y/o cosechar cultivos y/o árboles <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es trabajador agricultor, ¿se mudó usted o su familia en los dos últimos años para hacer este trabajo? • Incluye a los que han dejado de mudarse por discapacidad o edad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Datos sobre los ingresos y hogar	
Ingresos mensuales brutos del hogar: \$ _____	Número de personas que estos ingresos mantiene: _____

Información sobre la persona responsable de esta cuenta			
Parte responsable: Persona responsable por esta cuenta (aunque usted tenga seguro médico)			
Yo (marque si usted es responsable por esta cuenta); si no, llene la sección abajo:			
Apellido	Nombre	Relación al paciente	Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección	Ciudad	Estado Código postal	Fecha de nacimiento
Información sobre el seguro médico: Por favor traiga su comprobante de seguro médico a cada cita			
<input type="checkbox"/> Tengo Plan de Salud de Oregon (OHP)		<input type="checkbox"/> Tengo seguro médico privado	
<input type="checkbox"/> No tengo seguro de salud			
Compañía aseguradora principal		Compañía aseguradora secundaria	
Compañía aseguradora principal	Fecha de vigencia	Compañía aseguradora secundaria	Fecha de vigencia
Número de grupo	# identificación/ # póliza	Número de grupo	# identificación/ # póliza
Persona asegurada		Persona asegurada	
Relación al paciente		Relación al paciente	
Fecha de nacimiento	Teléfono	Fecha de nacimiento	Teléfono
Autorización de prestaciones/seguro médico Por la presente autorizo a Lane County Health & Human Services a facturar directamente a mi compañía de seguro médico por todos los servicios proporcionados por tratamiento médico y/o mental. Yo comprendo que tengo la responsabilidad económica a Lane County Health & Human por los cargos que no sean cubiertos por mi seguro médico dentro de los límites de la política de crédito de Lane County Health & Human Services. Por la presente, yo autorizo a Lane County Health & Human Services para que proporcione a mi compañía de seguro médico toda la información que dicha compañía pueda solicitar y/o requerir con respecto a mi enfermedad(es) y/o heridas incluyendo todo aspecto psiquiátrico, drogadicción, abuso del alcohol, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, de tal forma liberando a Lane County Health & Human Services de cualquier responsabilidad por proporcionar tal información.			
_____		_____	
Firma del paciente		Firma del padre o tutor legal	
		Fecha	
Nombre con letra de imprenta/Relación con el paciente: _____			
*En el caso de ser un representante legal que no sea padre/madre del menor el que firme esta Autorización, debe ser anexo documentación de dicha autoridad legal (p.e. carta poder de salud o representante de salud designado por la corte.)			

Continúe en la siguiente página

Autorización para el tratamiento

Por la presente, yo autorizo a los médicos de Community Health Centers of Lane County a proporcionar tales servicios de salud, incluyendo médicos, de salud mental, cirugía, servicios ordinarios o de emergencia, que sea de mayor beneficio para mí, mi hijo/a, o niño/a del cual soy tutor legal.

Yo entiendo que tengo el derecho de ser informado de servicios y procedimientos específicos, incluyendo información sobre los riesgos, beneficios, y alternativas a cada servicio propuesto para mi cuidado. Yo entiendo que mi participación en estos servicios es voluntaria, tengo el derecho de negar cualquier servicio en particular, y puedo retirarme de estos servicios en cualquier momento. Entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas sobre cualquier servicio proporcionado en cualquier momento. Si tengo inquietudes, tengo el derecho de hablar con un supervisor del programa y/o llenar un formulario de queja el cual será contestado rápida y respetuosamente.

Yo entiendo que existen varias excepciones al derecho paciente/médico. Por ejemplo, bajo la ley de Oregón, Lane County Health & Human Services tiene la obligación de reportar:

- a. abuso a menores
- b. abuso a personas de la tercera edad
- c. abuso a personas con enfermedad mental o discapacidad de desarrollo
- d. cuando es requerido por una orden de la corte
- e. daño o potencial de daño a sí mismo o a otros

Esta autorización continuará y será vigente y en efecto hasta que se revoque por escrito.

Firma del paciente

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Nombre con letra de imprenta/ Relación al paciente: _____

*En el caso de ser un representante legal que no sea padre/madre del menor el que firme esta Autorización, debe ser anexo documentación de dicha autoridad legal (p.e. carta poder de salud o representante de salud designado por la corte.)



**LANE COUNTY BEHAVIORAL HEALTH Y
COMMUNITY HEALTH CENTERS DEL CONDADO DE LANE**



HISTORIA MÉDICA

Por favor describa su historia médica. Llenar esta forma nos ayuda a actualizar la información sobre su cuidado de salud.

Fecha de hoy: _____ Razón por la consulta: _____

Nombre: _____ Médico de cabecera: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo al nacer: _____

Género con el que se identifica ahora: _____

Pronombre que usa (El, Ella, Elle, otro): _____

Empleo:

¿Dónde trabaja?	
Ocupación:	
Años de empleo:	

Estado civil/Familia:

Marital Status:					
<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Unión libre	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Otro:
¿Vive solo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Información sobre la farmacia: ¿Qué farmacia utiliza?

Nombre	Dirección	Teléfono y Fax

Medicamentos actuales: Anote los medicamentos que está tomando.

Medicamento	Dosis	Instrucciones

Medicamento	Dosis	Instrucciones

Actualmente no tomo medicamento.

Alergias/Reacciones: Por favor solo anote las alergias a medicamentos, látex, metales y químicos. No incluya alergias a alimentos o al medio ambiente.

Alergia	Reacción

Alergia	Reacción

No tengo alergias o reacciones.

POR FAVOR CONTINÚE A LA SIGUIENTE PÁGINA

Antecedentes clínicos: Por favor marque todos los que correspondan.

<input type="checkbox"/> SIDA/HIV	<input type="checkbox"/> ACV (Embolia)	<input type="checkbox"/> Hepatitis: _____	<input type="checkbox"/> Ataque epiléptico
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Apnea del sueño
<input type="checkbox"/> Alzheimer (demencia)	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Úlcera estomacal
<input type="checkbox"/> Anemia/ hierro bajo	<input type="checkbox"/> Drogadicción	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)
<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos/DVT	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Cáncer: _____	<input type="checkbox"/> Acidez estomacal	<input type="checkbox"/> Mala circulación	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> COPD (enfermedad del pulmón)	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	

Historia familiar: Por favor marque todos los que correspondan.

Padre	Madre	Hermanos	Hijos
<input type="checkbox"/> Problemas con anestesia			
<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Hemorragias
<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos/DVT			
<input type="checkbox"/> Cáncer: _____			
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Gota
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón			
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta			
<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Osteoartritis
<input type="checkbox"/> Otro: _____			

Historia de cirugías: Por favor incluya todas las cirugías.

Cirugía	Mes/Día/Año	Cirugía	Mes/Día/Año
	mes / día / año		mes / día / año
	mes / día / año		mes / día / año
	mes / día / año		mes / día / año
	mes / día / año	<input type="checkbox"/> No cirugías	

Antecedentes sociales:

<input type="checkbox"/> Nunca fumó	<input type="checkbox"/> Fumó en el pasado	
<input type="checkbox"/> Fumador, no sabe frecuencia	<input type="checkbox"/> Fumador ocasional	<input type="checkbox"/> Fuma todos los días

Uso de tabaco:			Uso del alcohol:			Uso de drogas recreativas:		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Usaba antes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Bebía antes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Usaba antes
Tipo:	<input type="checkbox"/> Mascada	<input type="checkbox"/> Cigarrillos				Tipo:		
	<input type="checkbox"/> Puro	<input type="checkbox"/> Cig, electrónico						
Cantidad al día:			Cantidad al día:			Cantidad al día:		
Años de usar:			Años de usar:			Años de usar:		

Historia del abuso de sustancias: Por favor proporcione información sobre el abuso o dependencia de sustancias, en el pasado o en el presente.

¿Ha tenido alguna vez un problema con alcohol, drogas o medicinas recetadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si contestó Sí, por favor explique:

POR FAVOR CONTINÚE A LA PÁGINA SIGUIENTE

Historia de vacunación: Por favor marque todos los que correspondan. Ninguno aplica

Vacuna	Sí	No	Fecha admin.	Vacunas	Sí	No	Fecha admin.
Influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes / Día / Año	Pneumovax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes / Día / Año
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes / Día / Año	Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes / Día / Año
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes / Día / Año	Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes / Día / Año

Historia de pruebas diagnósticas: Por favor marque todos los que correspondan. Ninguno aplica

Prueba	Fecha/Año realizada	Resultado	
<input type="checkbox"/> Mamografía	Mes / Día / Año	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
<input type="checkbox"/> Densidad de huesos	Mes / Día / Año	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
<input type="checkbox"/> Colonoscopia	Mes / Día / Año	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
<input type="checkbox"/> Otro (corazón, pulmones, etc.): _____	Mes / Día / Año	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal

Salud de la mujer: Por favor proporcione información sobre su historia ginecológica y de embarazo.

Edad en que inició la menstruación:	Fecha de la última menstruación:	Edad en que inició menopausia:
¿Está actualmente embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de embarazos:	Número de nacimientos:
Fecha del último Papanicolaou: Mes / Día / Año		
¿Ha tenido un Papanicolaou anormal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Resultados:	
Fecha de la última mamografía: Mes / Día / Año	Resultados de la mamografía:	
¿Le han hecho biopsia del seno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Resultados de la biopsia:	

Historia sexual: Por favor proporcione información sobre su salud sexual.

¿Ha tenido una enfermedad de transmisión sexual? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Diagnóstico:
Método de planificación familiar:	Anticonceptivo:

Frecuencia de ejercicio:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> 2-4 veces/semana	<input type="checkbox"/> 5+ veces/semana	<input type="checkbox"/> Todos los días
--------------------------------	---	---	--	---

Estilo de alimentación: Por favor indique cualquier restricción en su dieta o alergias que tenga a los alimentos.

<input type="checkbox"/> Dieta baja en grasas	<input type="checkbox"/> Restricción de lactosa	<input type="checkbox"/> Alergias a alimentos:
<input type="checkbox"/> Dieta baja en carbohidratos	<input type="checkbox"/> Dieta vegetariana	
¿Cómo calificaría su alimentación? <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala		

Otros médicos y especialistas: Si actualmente lo está atendiendo otro médico, por favor proporcione su información.

Nombre	Dirección	Especialidad

POR FAVOR CONTINÚE A LA PÁGINA SIGUIENTE

Revisión de sistemas actuales: En los últimos 30 días, marque si ha presentado alguna de las siguientes:

General	Cardiovascular	Reproductivo	Psiquiátrico	Hematológico/ Linfático
<input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Ritmo cardiaco irregular <input type="checkbox"/> Otro: _____	<u>Hombre:</u> <input type="checkbox"/> Alteración de la erección <input type="checkbox"/> Secreción uretral <input type="checkbox"/> Otro: _____ <u>Mujer:</u> <input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal <input type="checkbox"/> Dolor al tener sexo <input type="checkbox"/> Bochorno <input type="checkbox"/> Ciclo menstrual anormal <input type="checkbox"/> Secreción vaginal <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Problema para dormir <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sangra con facilidad <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad <input type="checkbox"/> Inflamación de los ganglios linfáticos <input type="checkbox"/> Otro: _____
Ojos y Oídos	Gastrointestinal	Metabólico/Endócrino	Tegumentario	Inmunológico
<input type="checkbox"/> Pérdida del oído <input type="checkbox"/> Cambios en la vista <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Dolor de estómago <input type="checkbox"/> Sangre en el excremento <input type="checkbox"/> Cambio en el excremento <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Acidez <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Intolerancia al frío <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Caída del pelo <input type="checkbox"/> Lesión de la piel <input type="checkbox"/> Salpullido <input type="checkbox"/> Secreción de glándula mamaria <input type="checkbox"/> Bulto en el seno <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Alergia a los cambios de estación <input type="checkbox"/> Alergia ambiental <input type="checkbox"/> Otro: _____
Respiratorio	Genitourinario	Neurológico	Musculo esquelético	Otros síntomas – describir
<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Silbancia <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Goteo <input type="checkbox"/> Ardor al orinar <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Chorro lento <input type="checkbox"/> Frecuencia <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Retención <input type="checkbox"/> Orina frecuentemente por la noche <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Adormecimiento de piernas/brazos <input type="checkbox"/> Debilidad de piernas/brazos <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones <input type="checkbox"/> Inflamación de articulaciones <input type="checkbox"/> Dolor de cuello <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Directiva Anticipada:

Una directiva anticipada es un documento escrito que indica como desea usted que se tomen decisiones médicas si perdiera la habilidad de tomar estas decisiones usted mismo.

- Tengo una directiva anticipada. (Por favor tráigala a la oficina para que incluyamos una copia en su expediente)
- Me gustaría recibir información sobre cómo establecer una directiva anticipada para mi cuidado de salud en el evento de que no pueda tomar mis propias decisiones médicas.
- No estoy interesado en una directiva anticipada en este momento.



Autorización para la divulgación y uso de información de salud
Registro de paciente nuevo

Información del paciente

Nombre del paciente (letra de molde):	
Domicilio:	Fecha de nacimiento: _____ mes / día / año
Ciudad: Estado: Código postal:	Teléfono:

Yo autorizo y pido que mi expediente de salud sea divulgado del siguiente médico o clínica de salud a Community Health Centers of Lane County con el propósito de continuar el cuidado de salud.
PLEASE FAX THE PATIENT'S RECORDS TO 541-682-9990 (Número de fax)

Ubicación del expediente: médico o clínica

Nombre del médico o clínica:	
Domicilio:	Teléfono:
Ciudad: Estado: Código postal:	Fax:

Información sobre la divulgación

Al escribir mis iniciales en los espacios abajo, específicamente autorizo la divulgación de los siguientes expedientes, si existen:

 INICIAL AQUÍ Últimos 12 meses: *notas del expediente médico; expediente de cuidado de emergencia/urgencia; reporte de laboratorio*

 INICIAL AQUÍ Todos los expedientes relacionados a: *reportes de patología, reportes de imágenes diagnósticas; vacunación; expediente de hospital y notas clínicas del hospital.*

IMPORTANTE – POR FAVOR LEA Y COMPLETE: Yo autorizo que la información donde escribo mis iniciales pueda ser usada, divulgada o recibida. (Debe tener sus iniciales para ser incluida con los demás documentos divulgados)

_____ INICIAL AQUÍ <i>Expedientes relacionados al HIV/SIDA</i>	_____ INICIAL AQUÍ <i>Información sobre pruebas genéticas</i>
_____ INICIAL AQUÍ <i>Información sobre salud mental</i>	_____ INICIAL AQUÍ <i>Información sobre alcohol y drogas</i>

Autorización

Mi firma indica que yo autorizo la divulgación de la información arriba mencionada y entiendo lo siguiente:

- Entiendo que puedo elegir no firmar esta autorización y que mi decisión de no firmar no afectará mi habilidad de obtener tratamiento o mi elegibilidad para obtener seguro de salud.
- Entiendo que puedo cancelar mi permiso para usar y divulgar mi información, en cualquier momento y por escrito. La única excepción es cuando alguna acción se ha llevado a cabo de acuerdo a esta autorización. Al menos que sea revocada anteriormente, esta autorización **vencerá un año después de ser firmada**, o permanecerá en efecto durante el tiempo necesario razonable para conseguir la información.
- Entiendo que este cambio no afectará información que ya se haya divulgado.
- Entiendo que la información usada o divulgada por medio de esta autorización, puede ser sujeta a ser divulgada nuevamente y ya no protegida bajo la ley federal. Yo entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la re divulgación de información relacionada con HIV/SIDA, información sobre salud mental, pruebas genéticas, diagnosis, tratamiento o referidos de alcohol o drogas.

Firma del paciente: _____ Fecha _____

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha _____

Nombre con letra de imprenta/Relación con el paciente: _____

*Si esta autorización es firmada por un representante legal que no sea el padre/madre del menor, se debe anexar a esta autorización documentación legal por ejemplo una carta poder de cuidado de salud, o representante de cuidado de salud, o representante de cuidado de salud asignado por la corte.

Permiso para Discutir Verbalmente Información de Salud Protegida con Miembros de la Familia y Amistades

Llenar este formulario es opcional.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
----------------------------	----------------------------

Al firmar este formulario, doy permiso para que Community Health Centers del Condado de Lane comparta VERBALMENTE la información que he indicado abajo, relacionada a mi cuidado de salud, coordinación de cuidado, o coordinación de pago por mi cuidado de salud. Este formulario no autoriza dar copias de mi expediente médico a las personas mencionadas.

- Información sobre citas (programar, cancelar, cambiar o confirmar día/hora)
- Información sobre medicamentos, incluyendo mis síntomas, diagnósticos, medicamentos(s), tratamiento y coordinación de resurtido de recetas.
- Resultados de pruebas por ejemplo de laboratorio, imágenes y otros resultados diagnósticos.
- Facturas e información sobre pagos

Otro (describa): _____

Community Health Centers del Condado de Lane tiene mi permiso para discutir la información arriba mencionada con las siguientes amistades o miembros de mi familia. Esta información es directamente relevante a su involucración en mi cuidado de salud (o pago por ese cuidado):

1. Nombre _____ Relación al paciente _____
Tel. _____

2. Nombre _____ Relación al paciente _____
Tel. _____

Entiendo que en ciertas situaciones Community Health Centers del Condado de Lane puede hablar con otros individuos no identificados en este formulario que estén involucrados en mi cuidado de salud o pago del mismo, si es permitido por la ley.

Entiendo que tengo el derecho de revocar mi permiso en cualquier momento excepto cuando Community Health Centers del Condado de Lane ya haya divulgado información en dependencia de esta autorización. **Yo entiendo que este permiso se mantiene vigente hasta que sea revocado.**

Firma del paciente/representante legal autorizado _____ **Fecha** _____

Si no es el paciente, especificar la relación con el paciente y autoridad para firmar _____

Se requiere documentación para confirmar la representación legal del paciente

Para revocar (cancelar) todos los permisos para verbalmente discutir cualquier información futura relacionada a su cuidado de salud con el/los individuos arriba mencionados, por favor llene esta sección a continuación. Se requiere un nuevo formulario de permiso si desea modificar su lista de personas autorizadas.

Al firmar a continuación, you deseo revocar (cancelar) mi permiso para discutir información de salud protegida. Yo entiendo que puedo pedir y llenar un nuevo formulario con información modificada.

Firma del paciente/representante legal autorizado _____ **Fecha** _____

Permiso para Discutir Verbalmente Información de Salud Protegida con Miembros de la Familia y Amistades

Hemos establecido un proceso que le permite decirnos con quién podemos hablar sobre su cuidado de salud. Esto incluye información sobre citas, resultados de pruebas, información sobre el tratamiento e información sobre facturación.

¿Cómo puedo darle permiso a otros para que obtengan información verbal sobre mí?

Llene el formulario Permiso para Discutir Verbalmente Información de Salud Protegida con Miembros de la Familia y Amistades **en el reverso de esta página** para indicar con quien podemos hablar sobre su información. Marque los cuadros que indiquen el tipo de información que podemos discutir

¿Esto significa que no hablarán con nadie que no haya indicado específicamente en el formulario?

No. Si está permitido por la ley, Community Health Centers del Condado de Lane puede hablar con otros individuos involucrados en su cuidado (o en el pago por ese cuidado).

¿Cómo se usa la información en el formulario?

Cada vez que su persona autorizada llame o haga una pregunta de su parte, verificaremos que el individuo tenga su autorización para recibir la información y entonces le daremos la información.

¿Cuáles son algunos ejemplos de cuando esto sea útil?

- Si un paciente quiere compartir información con su pareja
- Si un adulto mayor quiere que su hijo adulto le ayude a entender instrucciones sobre tratamiento médico
- Si un hijo adulto está ayudando con preguntas de facturación
- Si una amistad está ayudando a un paciente con asuntos de salud
- Si un estudiante universitario quiere compartir información con su padre/madre
- Si un hijo adulto llama para preguntar sobre la hora de cita de su padre/madre

¿Qué pasa si quiero hacer un cambio?

Usted puede cambiar o revocar (cancelar) este proceso en cualquier momento al llenar un formulario disponible en nuestras clínicas.

¿Qué pasa si no completo este formulario?

Nosotros continuaremos protegiendo su información privada de acuerdo a la ley.

¿Puede recibir la persona autorizada copias de mi expediente médico también?

No, solo pueden recibir información verbal. Para conseguir copias de su expediente médico, debe llenar un formulario de Autorización separado en su clínica o nos puede llamar al 541-682-3550 para mayor información.

(VER LADO REVERSO)