

Formulario de admisión



Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial media: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Condado: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono celular: _____

¿Texto? Sí No Otro Teléfono: _____

Circule el estado civil: casado separado divorciado viudo

Círculo Etnia: Hispano No hispano Idioma preferido: _____

Raza del círculo: Blanco Afro Americano Nativo de Alaska Indio Americano Indio Asiático

Nativo de Hawái / de las islas del Pacífico Otro: _____

Círculo Educación superior: primaria secundaria HS / GED Licenciatura Maestría Doctorado

Vivienda: Renta Propio Vivir con familia / amigo Refugio Personas sin hogar

Marque todo lo que corresponda: Tiempo parcial Tiempo Agencia temporal completo Trabajo estacional

Discapacitado Desempleado Empleador: _____

Ingresos mensuales: \$ _____ Verificación: talonario de pago / devuelva/ nota del empleador

¿Presentó impuestos sobre la renta el año pasado? Sí No ¿Ha solicitado una discapacidad? Sí No

Seguro: Ninguno Militar / VA Medicaid Comercial Dental Co-op / Otro

Medicare PARTE A PARTE B PARTE C PARTE D

Número en su hogar: _____ Dependientes financieros: _____

Ingresos del hogar: _____

¿Cómo se enteró del DEO? Amigo Hamilton Medical Healthcare Provider Internet

Impresos / Medios Médico, iglesia o agencia: _____ Evento: _____

Por la presente certifico que este historial está completo según mi leal saber y entender. Falsificar la información en este formulario puede resultar en la interrupción del servicio y / o el reembolso de los servicios prestados .

Firma: _____ Fecha: _____



218 N. Fredrick St.
Dalton, Ga 30721
Phone: 706-581-2009 Fax: 706-529-5055
Mail: PO Box 814 Dalton, Ga 30722
www.deoclinic.org

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso informa cómo su información médica puede ser usada y compartida y cómo puede tener acceso a esta información.

Su información de salud puede ser usada por los miembros voluntarios o compartida con otros profesionales de salud con el propósito de evaluar su salud, diagnosticar condiciones médicas y ofrecer tratamiento. Por ejemplo, los resultados de sus pruebas de laboratorio y evaluaciones estarán disponibles en su registro médico para todos los profesionales de la salud que puedan proveer tratamiento o que puedan ser consultados por los voluntarios.

Su información de salud puede ser revelada a agencias de aplicación de la ley para apoyar las auditorías e inspecciones del gobierno, y para facilitar investigaciones de la ley y para cumplir con reportes mandatos del gobierno.

Su información de salud puede ser revelada a agencias públicas de salud como lo requiere la ley. Por ejemplo, DEO tiene obligación de reportar ciertas enfermedades contagiosas al departamento de salud pública del estado.

Tenga en cuenta que si ha sido tratado en el Centro de Atención Conveniente o en la sala de emergencias de Hamilton Medical Center, se accederá a sus registros para brindar continuidad de la atención, a menos que se oponga firmando aquí:

NO acceda a mis registros de HMC: _____

La revelación de su información de salud o el uso para cualquier propósito que no se ha mencionado anteriormente requiere su autorización escrita específica. Si cambia de opinión después de autorizar el uso o revelación de su información, puede presentar una autorización por escrito revocando esta autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará ni anula el uso o la revelación de información que haya ocurrido antes de que nos haya notificado su decisión de revocar la autorización.

Uso adicional de información: Recordatorios de citas

Usted tiene ciertos derechos bajo las normas federales de privacidad. Estos incluyen:

- El derecho de solicitar restricciones sobre el uso y la revelación de su información protegida.
- El derecho de recibir comunicaciones confidenciales sobre su condición médica y tratamiento.
- El derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida.
- El derecho de modificar o someter correcciones a su información de salud protegida.
- El derecho de recibir un informe de cómo y a quién se ha compartido su información de salud protegida.
- El derecho de recibir una copia de este aviso

La ley requiere que DEO mantenga la privacidad de su información protegida y que le provea este aviso de prácticas de privacidad.

Oficial de Privacidad de DEO: Deloris Hefner, Enfermera Practicante



218 N. Fredrick St.
Dalton, Ga 30721
Teléfono: 706-581-2009 Fax: 706-529-5055
Correo: PO Box 814 Dalton, Ga 30722
www.deoclinic.org

Divulgación de información médica:

Enumere los nombres de las personas a quienes podemos divulgar su historial médico para:

_____ Relación: _____
_____ Relación: _____
_____ Relación: _____
_____ Relación: _____

¿Podemos dejar información médica en el teléfono de su casa? ____ SÍ ____ NO

Podemos divulgar información a través de una máquina de fax o correo electrónico?

____ SÍ ____ NO

Fax: _____ Correo electrónico: _____ @ _____

Podemos dejar recordatorios de citas por mensaje de texto? ____ SÍ * ____ NO

* Especifique el número de teléfono: _____

Firma del paciente o tutor

Fecha

Contrato de paciente - firme con sus iniciales en cada párrafo

_____ PÓLIZA DE CANCELACIÓN - Entiendo que soy responsable de mis citas. Entiendo que soy responsable de cancelar o reprogramar mi cita tan pronto como tenga conocimiento de cualquier tipo de conflicto o problema de transporte. También entiendo que si cancelo una cita con un especialista, es posible que tenga que esperar un mes o más antes de que se pueda reprogramar la cita.

_____ PÓLIZA DE MEDICAMENTOS: si su proveedor de atención médica le recomienda medicamentos recetados, la clínica se esforzará por guiarlo y educarlo sobre las mejores opciones de precios actualmente disponibles. Esto incluye farmacias locales, programas de descuento y promociones de fabricantes. La Clínica DEO no dispensa de forma rutinaria medicamentos a largo plazo y continuos para condiciones crónicas. Entiendo que la Clínica DEO no dispensa ni prescribe ningún narcótico o medicamentos para la salud mental. A veces, nuestros medicamentos donados PUEDEN estar disponibles y ser apropiados para sus necesidades de salud a CORTO PLAZO.

_____ PÓLIZA DE PRUEBAS DE LABORATORIO - Entiendo que para que mi proveedor me trate apropiadamente, soy responsable de completar todas las pruebas de laboratorio y / o pruebas antes de mi cita de seguimiento. Entiendo que si no completo los análisis de laboratorio que ordenó mi proveedor, mi cita puede ser cancelada hasta que los análisis de laboratorio estén completos para asegurar que mi visita con mi proveedor sea productiva.

_____ DISCAPACIDAD, COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR, DEMANDAS, ETC. PÓLIZA - Entiendo que la Clínica DEO no llena formularios ni escribe cartas para determinar la discapacidad, la compensación del trabajador o evaluaciones completas para las solicitudes de discapacidad.

_____ PÓLIZA DE REGISTROS MÉDICOS - Entiendo que tengo derecho a mis registros médicos o que se los revelen a la entidad de mi elección con mi consentimiento por escrito. Entiendo que si solicito una gran parte de mi registro, o que se imprime y entregue mi registro completo, habrá un cargo de \$ 5 que soy responsable de pagar antes de recibir mi registro. También entiendo que hay un período de procesamiento de 48 horas relacionado con la impresión de mis registros.

_____ PÓLIZA DE CAMBIO DE ESTADO - Estoy de acuerdo en informar cualquier cambio en mis ingresos, el estado de mi hogar, información de contacto y el estado del seguro tan pronto como tenga conocimiento de un cambio.

_____ PÓLIZA DE CONDUCTA - Estoy de acuerdo en que solo exhibiré un comportamiento que sea respetuoso y apropiado hacia los voluntarios, el personal y la propiedad del DEO. Entiendo que violación de esta poliza resultaría en la notificación a las autoridades apropiadas y / o la terminación de mis servicios con la Clínica DEO.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____



Teléfono: 706-581-2009 Fax: 706-529-5055
Correo: PO Box 814 Dalton, Ga 30722
www.deoclinic.org

CONDICIONES, CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

CONSENTIMIENTO

Por lo presente doy mi consentimiento para recibir tratamiento y atención de los voluntarios en la Clínica DEO. Esto puede incluir pruebas de laboratorio, evaluaciones de médicos, asistentes médicos, enfermeras practicantes, enfermeras y otros profesionales médicos, y procedimientos de diagnóstico y tratamientos médicos que estos profesionales consideren necesarios para mi bienestar. Acepto seguir las opciones de tratamiento que me han dado lo mejor que pueda.

CONDICIONES

He dado información precisa para calificar para recibir atención y notificaré a la Clínica DEO si mi seguro o mi estado financiero cambia. Entiendo que la información falsa o engañosa sobre mi seguro o estado financiero resultará en el despido inmediato como paciente y que la Clínica DEO puede cobrarme por los servicios obtenidos bajo falsos pretextos.

Entiendo que la Clínica DEO ofrece atención primaria de salud y no puede proveer todos los servicios ofrecidos por especialistas o agencias de salud pública.

Entiendo que las drogas psiquiátricas o narcóticas y muchos analgésicos no se recetan ni dispensan en la Clínica DEO.

Entiendo que si un proveedor de la Clínica DEO me refiere a un especialista para recibir atención adicional, puede haber un cargo por esa atención y que yo sería responsable de pagar.

Entiendo que toda información del paciente estará sujeta a las reglas de privacidad de HIPAA.

Entiendo que el DEO puede obtener mis registros médicos anteriores, incluidas las visitas al Hamilton Medical Center o Convenient Care, para mejorar la calidad de mi atención.

Si me atienden en la sala de emergencias u otras oficinas, yo solicitaré que esos registros se envíen a la clínica DEO.

RECONOCIMIENTOS

Reconozco que he recibido una copia del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD en la Clínica DEO. He leído y entendido el contenido de este formulario y aceptó seguir estas condiciones lo mejor que yo pueda.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Testigo: _____



Phone: 706-581-2009 Fax: 706-529-5055
Mail: PO Box 814 Dalton, Ga 30722
www.deoclinic.org

Request for Medical Records/ Solicitud de registros médicos

Facility/instalación(hospital or office): _____

Name/of patient: _____ Date of Birth: _____

Nombre del paciente Fecha de nacimiento

Address/Dirección _____
Street/Calle City, State Zip Code/codigo postal

Telephone/Telephono: _____

Dates of service: _____

I, _____ give my permission to release my records to the DEO Clinic, Inc. by on site review, copies or fax.

Signature of patient: _____ Date: _____

Yo, _____ doy mi permiso para entregar mis registros al DEO Clinic, Inc. mediante in situ revisión, copias o fax.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Additional information:

Medical History Form



Last Name: _____ First Name: _____ Middle Initial: _____
 Apellido: _____ Nombre: _____

Birth Date: _____ SSN/ID: _____ Gender: _____ Language: _____
 Fecha de nacimiento _____ genero _____ idioma _____

Address: _____ City, State, Zip: _____
 Dirección _____ Ciudad, estado, código postal _____

Email: _____ Cell phone: _____ Text? Yes No
 Teléfono celular _____

Emergency Contact: Contacto de emergencia:	Phone: Teléfono:	Relationship Relación
---	---------------------	--------------------------

Please circle any medical issues past or present: Marque cualquier problema médico pasado o presente:

- | | | | | |
|-----------------|-----------------|---------------------|---------------------|-------------------------|
| Alcohol abuse | Anemia | Asthma | Back Problems | Cancer: _____ |
| Colitis | Cough (chronic) | COPD | Diabetes | Drug abuse |
| Eating disorder | Eye disease | Gallbladder problem | Head Injury | Headache (chronic) |
| Heart Disease | Hepatitis | Hernia | High blood pressure | HIV/Aids |
| Migraines | Pneumonia | STD | Sickle Cell trait | Sinus/Allergy |
| Sleep problems | Smoking | Thyroid | Tuberculosis | Urinary Tract infection |
- List others: _____

List hospital visits with cause and approximate dates: (Enumere las visitas al hospital con la causa y las fechas aproximadas):

Family Medical History: List father, mother, sibling or grandparents who had any of these conditions:
 Historial médico familiar: Enumere el padre, la madre, los hermanos o los abuelos que tuvieron cualquiera de estas condiciones:

Condition	Family members	Condition	Family members
Arthritis		High Blood Pressure	
Cancer		Kidney Disease	
Diabetes		Thyroid Disease	
Heart disease		Stroke	

Other: _____

I hereby certify that this history is complete to the best of my knowledge: Por la presente certifico que esta historia está completa, a mi leal saber:

Signature: _____ Date: _____ 2/2021