

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES



(866) 7 07 - OMNI (66 64)

• www.OmniFamilyHealth.org

| | | | | | | | |
|--|--|---|---------------|---|---------------|--|--|
| Primer nombre: | | Segundo nombre: | | Apellido: | | Fecha de nacimiento: / / | |
| Dirección postal: (incluya suite, apartamento, etcétera) | | | Ciudad | | Estado | | Código postal |
| Dirección física: (si es diferente) | | | Ciudad | | Estado | | Código postal |
| Teléfono de casa: () - | | Con el fin de enviarle recordatorios de atención médica e información sobre su atención médica, a cepto recibir Llamadas: Telefónicas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Mensajes de texto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Correspondencia por correo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| Teléfono móvil: () - | | | | | | | |
| ¿Podemos ponernos en contacto con usted por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | ¿Qué idioma te sientes más cómodo usando? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |
| Dirección de correo electrónico: | | | | | | | |
| Estado civil: Divorciado Pareja de hecho Separados legalmente Compañero de vida Casado Soletra Viuda | | Sexo al nacer: Femenino Masculino Prefiero no responder | | Identidad de género: Femenino Mujer a Hombre (MAH)/ Hombre Transgénero Masculino | | Orientación sexual: Bi-sexual Homosexual Heterosexual Prefiero no responder | |
| | | Género actual: Femenino Masculino Ni exclusivamente masculino ni femenino (No-Binario/a) | | Hombre a mujer (HAM)/ Mujer Transgénero Prefiero no responder | | Pronombre preferido: Él/Él/Su Ella/Ella/Suyo Ellos Ellos/Suyos Otro: _____ Prefiero no responder | |
| Raza: Blanco Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Afroamericano/Negro | | Origen étnico: Latino/Hispano No Latino/Hispano O No Latina/Hispana | | Sin hogar: En transición Vive en la calle Duplicación No es una persona sin hogar | | ¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?: Sí No | |
| Yo/representante del paciente Rechazo Doy el derecho a presentar una solicitud para el descuento de la tarifa de escala nivel. | | | | | | | |
| Tamaño de la familia: ¿Cuántas personas hay en su familia? _____ Ingresos Anuales: _____ Negarse a proporcionar (iniciales del paciente): _____ | | | | | | | |
| ¿Qué tipo de seguro médico tienes? Seguro Privado: ____ Medi-Cal: ____ Medicare: ____ Sin Seguro: _____ | | | | | | | |
| ¿Cómo te enteraste de nosotros? Amigos/familiares: ____ Televisión: ____ Radio: ____ Referencia: ____ Redes sociales: ____ Autobús: ____ Correo: ____ Anuncio en línea: ____ | | | | | | | |
| Experiencia con la agricultura / trabajo agrícola: (plantar, cosechar, preparar el suelo, empacadora, lechería, conducir un camión para cualquier tipo de trabajo agrícola) | | | | | | | Uso de oficina: Si - #1, #4 "Estacional" Si - #2, #3 "Migrante" |
| 1. ¿En los últimos dos años, ¿usted o alguien de su familia ha trabajado en algún tipo de trabajo agrícola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | |
| 2. ¿En los últimos dos años, ¿usted o un miembro de su familia se ha mudado a otra área y ha vivido fuera de casa para trabajar en algún tipo de trabajo agrícola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | |
| 3. ¿Usted o un miembro de su familia ha dejado de migrar para trabajar en la agricultura (trabajo agrícola) debido a una discapacidad o edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | |
| 4. ¿Está buscando empleo en la agricultura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | |
| ¿A quién podemos contactar en caso de emergencia? | | | | | | | |
| Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____ | | | | | | | |
| Persona responsable (padre o tutor legal que firma este formulario): | | | | | | | |
| Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____ | | | | | | | |
| Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ | | | | | | | |
| Número de teléfono de contacto: _____ Relación con el paciente: _____ | | | | | | | |
| AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO: (Por favor ponga sus iniciales) | | <input type="checkbox"/> Yo/representante del paciente doy mi consentimiento a Omni Family Health para el examen, diagnóstico y/o tratamiento de mi tratamiento de salud, médica o dental. <input type="checkbox"/> Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos rendidos por los servicios a mis dependientes o a mí, ya que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real: esto incluye el saldo restante después del pago de los beneficios del seguro, el deducible y los copagos. <input type="checkbox"/> Yo/representante del paciente autorizo la divulgación de información médica a otras entidades con el fin de resolver el reclamo. (Consulte el Aviso de privacidad) | | | | | |
| | | Firma del paciente/Representante: _____ Fecha: _____ | | | | | |
| Solo para uso en la oficina | | Una vez completado el formulario de registro del paciente, el secretario de recepción ingresará la información en el registro médico electrónico del paciente y escaneará el formulario en el expediente del paciente correcto. | | | | | |

LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD (HIPAA) CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA



(866) 707-OMNI (66 64) • www.OmniFamilyHealth.org

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sección A: Consentimiento para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica

Por este medio doy mi consentimiento para el uso o la divulgación de mi información de salud que me identifica de manera individual, para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Esto incluye la asignación de beneficios. Doy mi consentimiento a exámenes, tratamientos, procedimientos y análisis de sangre ordenados por mi médico y proveedores de atención médica, incluidos análisis de sangre para detectar enfermedades transmisibles como hepatitis y VIH / SIDA.

Este consentimiento está autorizado para los proveedores de atención médica que se indican a continuación: *médicos, enfermeros de práctica avanzada, asistentes médicos y personal médico de Omni Family Health*

- Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de las Políticas de Privacidad de este consultorio como se muestra en la sala de espera.
- He recibido una copia y leí el Aviso de las Políticas de Privacidad que está publicado en este consultorio y entiendo su significado.
- Entiendo que tengo derecho a solicitar que este proveedor restrinja la forma cómo se use o divulgue la información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Además, que el proveedor no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas.
- Entiendo que la ley estatal exige que se informe al departamento de salud sobre ciertos resultados positivos, como la hepatitis y el anticuerpo contra el virus del SIDA.
- Tengo derecho a revocar el consentimiento por escrito salvo en la medida en que el proveedor haya adoptado medidas antes de la revocación.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria.

Indique las restricciones solicitadas

Aprobado/denegado por el proveedor

Descripción específica de la información (incluyendo fechas): _____

Firma del paciente o del representante del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del paciente o del representante del paciente: _____ Relación: _____

Sección B: Autorización para compartir información de salud protegida

A fin de divulgar o hablar sobre cualquier información personal de salud con su familia o persona designada, debemos tener un consentimiento firmado en el expediente, en el cual se autorice a Omni Family Health a compartir información sobre su atención en nuestro consultorio con el miembro de la familia o persona designada. Indique los nombres de las personas que quisiera que participen en su atención médica. Esta información se puede cambiar o revocar en cualquier momento con su autorización.

Nombre del paciente: _____ N°. de expediente médico: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Autorizo a Omni Family Health a compartir información relacionada con mi estado de salud con las personas indicadas anteriormente.

Entiendo que esto podría incluir información como: el diagnóstico, el pronóstico, así como los planes de tratamiento, los medicamentos, los resultados de las pruebas, los recordatorios de las citas, la facturación médica, el seguro y cualquier otra información médica pertinente a mi atención.

Rehúso que mi información médica se comparta con mi familia o persona designada.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES MÉDICAS ANTICIPADAS

(866) 707-OMNI (66 64) • www.OmniFamilyHealth.org



De conformidad con la Ley de Autodeterminación del Paciente, a los pacientes mayores de 18 años de edad se les debe proporcionar información sobre las Instrucciones médicas anticipadas. El procedimiento que se indica a continuación se usará como medio para poner esta información a disposición de los pacientes de Omni Family Health.

¿Estaría interesado en recibir información sobre las Instrucciones médicas anticipadas? Sí No

Es política de Omni Family Health, NO respetar una solicitud de “No reanimar”, también conocida como Do Not Resuscitate (No resucitar o DNR, por sus siglas en inglés). Los medicamentos o agentes anestésicos tienen el potencial de provocar un paro cardíaco o respiratorio. Omni Family Health (OFH) implementará iniciativas de reanimación en cualquier paciente que experimente un evento potencialmente mortal mientras reciba atención en cualquier centro de Omni Family Health. En caso de que haya una complicación, a usted se le trasladará al hospital y se seguirá la política del hospital sobre las Instrucciones médicas anticipadas. Las preguntas acerca de esta política se pueden dirigir al proveedor que le atiende.

He recibido toda la información que se me proporcionó sobre las Instrucciones médicas anticipadas.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha

Representante del paciente

Firma del representante

Como nuestro paciente, usted tiene alternativas, derechos, y responsabilidades.

Usted tiene derechos a:

- Ser tratados con dignidad y respeto
- Saber el nombre de las personas que lo atienden
- Tener privacidad y confidencialidad de sus archivos
- Recibir explicaciones
- Recibir educacion y consejos
- Revisar sus archivos medicos con un medico profesional
- Aceptar o rechazar cualquier cuidado o tratamiento
- Obtener la atencion de otros medicos en el hogar medico de atencion primaria, buscar segunda opinion y buscar atencion de especialidad
- Seleccionar el proveedor primario de su opcion para su cuidado medico

Los pacientes de la planificacion familiar tambien tienen derecho a:

- Decidir si quieren tener hijos, no tener hijos y cuando tenerlos
- Conocer la efectividad, posible efectos secundarios y problemas de todos los metodos de control natal
- Participar en escoger un metedor de control natal

Usted tiene la responsabilidad de:

- Ser honesto acerca de su historia medica
- Estar seguro que usted entiende quien es parte de su equipo medico
- Seguir las instrucciones y el asesoramiento medico
- Respetar los reglamentos de la clinica
- Reportar cambios en su salud
- Cumplir con su cita o cancelar dentro de 24 horas

Si tiene alguna sugerencia, cumplido o queja, háganoslo saber.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFAS DESLIZANTES



(866) 707-OMNI (66 64) • www.OmniFamilyHealth.org

SECCION I

Nombre: _____ Fecha: _____
(Primero) (M) (Ultimo)

Numero de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Nombre del Conyuge: _____

Nombre del Paciente: _____ Relacion del Solicitante con el Paciente: _____

INFORMACION DEL HOGAR SECCION II

Información sobre los ingresos del hogar: enumere a todos los que viven en su hogar (incluido usted). Incluya a cualquier persona de al menos 18 años de edad que resida en el hogar y contribuya a los gastos básicos de vida del hogar (incluido usted). Los ingresos incluyen salarios brutos (antes de impuestos), ingresos de manutención de los hijos, ingresos de pensión alimenticia, ingresos por alquiler, compensación por desempleo, beneficios de seguridad social, asistencia pública / gubernamental, pensiones y / o ingresos de distribución de IRA u otros ingresos de jubilación, etc. NO incluya -asistencia en efectivo, como cupones de alimentos, subsidio de vivienda u otros subsidios del gobierno. Para ser considerado miembro del hogar, la persona debe figurar a continuación. Los adultos (a excepción de su cónyuge) enumerados a continuación con ingresos cero deben proporcionar la documentación requerida.

| Nombre (Primero y Apellido) | Edad | Fuente de Ingresos o Nombre del Empleado | Ingreso Mensual |
|--------------------------------|------|---|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Incluya documentacion de ingresos para cada ADULTO mencionado anteriormente.

Numero total de adultos (mayors del 18 anos): _____

Ingreso anual bruto total estimado: \$ _____

Numero total de ninos (menores de 18 anos): _____

Numero total de miembros del hogar: _____

Testificado por el personal de OFH: _____



INFORMACION DEL HOGAR SECCION II (continuacion)

Por la presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en que cualquier información engañosa o falsificada, y / u omisiones pueden descalificarme de una consideración adicional para el programa de descuento de tarifa móvil y me someterán a sanciones bajo las Leyes Federales, que pueden incluir multas y encarcelamiento. Además, estoy de acuerdo en informar a Omni Family Health si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si se obtiene la aceptación del programa de tarifas móviles bajo esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y regulaciones de Omni Family Health. Por la presente, reconozco que leí la divulgación anterior y la entiendo.

Doy mi consentimiento para la divulgación de todos y cada uno de mis registros financieros, incluidos, entre otros: solicitud de escala móvil y documentación de respaldo, información del paciente, información del seguro y cualquier otro tipo de información contenida en mis registros electrónicos de salud y / o dentales que cualquier auditor puede considerar necesario para la revisión, para participar en cualquier programa de asistencia, incluidos, entre otros, la escala móvil de tarifas, los programas de gran financiación y / o los programas de asistencia de farmacia para los que puedo ser elegible.

Fecha: _____

Nombre (letra de imprenta): _____

Firma: _____

Atestiguado por el personal de OFH : _____

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

5 – 8 años (5 – 8 Years)

| | | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|---|
| Nombre del niño (nombre y apellido) | Fecha de nacimiento | mujer hombre | Fecha de hoy | ¿Año escolar? |
| Persona que llena el formulario | <input type="checkbox"/> Padre/madre | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Tutor |
| | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) | | | Asistencia escolar ¿Regular? Sí No |

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre cualquier sección de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?
Sí No

Clinic Use Only:

| | | Sí Yes | No | Omitir Skip | |
|----|--|-----------|----|----------------|-------------------|
| 1 | ¿Su hijo bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i> | | | | Nutrition |
| 2 | ¿Su hijo come frutas y verduras, al menos, 2 veces al día? <i>Child eats fruits and vegetables at least two times per day?</i> | Sí | No | Omitir | |
| 3 | ¿Su hijo come alimentos con alto contenido de grasa, como alimentos fritos, papitas, helado o pizza más de una vez por semana? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i> | No | Sí | Omitir | |
| 4 | ¿Su hijo bebe más de una pequeña taza (4 - 6 oz.) de jugo al día? <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i> | No | Sí | Omitir | |
| 5 | ¿Su hijo toma refresco, jugos, bebidas deportivas, bebidas energizantes u otras bebidas endulzadas más de una vez por semana? <i>Child drinks soda, juice/ sports/ energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i> | No | Sí | Omitir | |
| 6 | ¿Su hijo hace ejercicio o juega deportes la mayoría de los días de la semana? <i>Child exercises or plays sports most days of the week?</i> | Sí | No | Omitir | Physical Activity |
| 7 | ¿Le preocupa el peso de su hijo? <i>Concerned about child's weight?</i> | No | Sí | Omitir | |
| 8 | ¿Su hijo ve televisión o juega juegos de video menos de 2 horas al día? <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i> | Sí | No | Omitir | |
| 9 | En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has a working smoke detector?</i> | Sí | No | Omitir | Safety |
| 10 | ¿Ha cambiado la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i> | Sí | No | Omitir | |
| 11 | En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de control de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i> | Sí | No | Omitir | |
| 12 | ¿Coloca usted siempre a su hijo en un asiento para niños en el en el asiento de atrás (o usa un cinturón de seguridad) si su hijo mide más de 4'9"? <i>Always places child in booster seat in back seat (or seat belt) if child is over 4'9"?</i> | Sí | No | Omitir | |
| 13 | ¿Su hijo pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i> | No | Sí | Omitir | |

| | | | | | |
|----|---|----|------------------|-----------------------|------------------|
| 14 | ¿Su hijo pasa tiempo en un hogar donde hay un arma de fuego? <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i> | No | Sí | Omitir | |
| 15 | ¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que lleve un arma de fuego, un cuchillo u otra arma? <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | |
| 16 | ¿Su hijo siempre usa casco al montar en bicicleta, patineta o scooter? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i> | Sí | No | Omitir | |
| 17 | ¿Su hijo ha presenciado o ha sido víctima de abuso o violencia? <i>Has child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i> | No | Sí | Omitir | |
| 18 | ¿A su hijo le ha pegado alguien o le ha pegado él a alguien durante el año pasado? <i>Has child been hit or hit someone in the past year?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | |
| 19 | ¿Su hijo ha sido acosado alguna vez o se sintió inseguro en la escuela o en su vecindario (o lo acosaron por Internet)? <i>Has child ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | |
| 20 | ¿Su hijo se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i> | Sí | No | Omitir | Dental Health |
| 21 | ¿Su hijo parece a menudo triste o deprimido? <i>Child often seems sad or depressed?</i> | No | Sí | Omitir | Mental Health |
| 22 | ¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i> | No | Sí | Omitir | Tobacco Exposure |
| 23 | ¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su bebé? <i>Any other questions or concerns about child's health or behavior?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | Other Questions |

Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:

| Clinic Use Only | Counseled | Referred | Anticipatory Guidance | Follow-up Ordered | Comments: |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Physical Activity | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Safety | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Dental Health | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Tobacco Exposure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA |
| PCP's Signature | | Print Name: | | | Date: |
| SHA ANNUAL REVIEW | | | | | |
| PCP's Signature | | Print Name: | | | Date: |
| PCP's Signature | | Print Name: | | | Date: |
| PCP's Signature | | Print Name: | | | Date: |