



ProHealth Community Health Centers

Registración Para Nuevo Paciente

Que servicios le interesan, tanto ahora como en el futuro?

Medico _____ Dental _____ Nutrición _____ Salud Mental _____

Tratamiento de Suboxone _____ Evaluación de vida _____

Fecha _____ - _____ - _____

(Mes) (Día) (Año)

Nombre: Apellido _____ Primer _____ Segundo _____

Domicilio: _____

Ciudad _____ Estado _____

Código _____

Número de Teléfono _____ - _____ - _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social #: _____ - _____ - _____

(Mes) (Día) (Año)

Sexo: M _____ F _____

Estado de Matrimonio: (Soltero) (Casado) (Divorciado) (Separado) (Viudo)

Raza: Caucásico(a) _____ Africano Americano(a) _____

Indio Americano/Alaska Nativo(a) _____ Asiático _____

Hawaiano/Islas del Pacifico(a) _____ Hispano(a) _____ Otro(a) _____

Correo Electronico _____@_____.com

Quien es responsable por esta cuenta:

Relación con al paciente:

Empleado: _____ Ocupación/Posición: _____

Dirección del empleado:

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono de empleo: _____ - _____ - _____

Tiene Seguro Medico?

Si _____ Por favor entregue prueba de seguro médico y su identificación

No _____ Por favor llene los documentos, (Aplicación para asistencia Familiar)

En caso de emergencia, A quien debemos de notificar? _____

Número de teléfono de emergencia: _____ - _____ - _____



ProHealth Community Health Centers

Yo autorizo a ProHealth Centro Médico de liberar la información necesaria para asegurar beneficios de pago. Entiendo que soy responsable por los cargos recibidos sean o no sean pagados por mi aseguranza. Entiendo que cualquier porción de los cargos presentados pueden ser descontados dependiendo en mi ingreso. Entiendo que debo de presentar prueba de ingreso si quiero participar en los descuentos. Al firmar, estoy diciendo que he recibido una copia de la política de privacidad de ProHealth Centro Médico y divulgación HIPAA. Usted acepta ser evaluado y visto(a) por un médico y un psicólogo para asegurar los mejores beneficios para usted. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____



ProHealth Community Health Centers

Historia de Salud

Está tomando cualquier medicamento recetado o no recetado? Si _____ No _____

Si su respuesta es Si, por favor indique todos los medicamentos que están tomando actualmente (nombre y dosis):

Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades?

Diabetes:	Si	No
Presión arterial alta:	Si	No
Colesterol alto:	Si	No
Derrame cerebral:	Si	No
Ataque al Corazón:	Si	No
Cáncer:	Si	No
Enfermedad Pulmonar:	Si	No
Enfermedad hepática:	Si	No
Tuberculosis:	Si	No
Artritis:	Si	No
Convulsiones:	Si	No
Cansancio General:	Si	No
Obesidad:	Si	No
VIH:	Si	No
Depresión:	Si	No

Enumere todas las cirugías/operaciones que ha recibido en los últimos siete años:

Por favor, enumere todos los medicamentos que le dan alergia:

Yo, certifico que la información arriba es completa y correcta

Firma: _____ Fecha: _____ / _____ / _____



ProHealth Community Health Centers

Cuestionario de Historia Dental

Nombre del Dentista Anterior: _____

Ciudad: _____ Número de teléfono: ____ - ____ - _____

Cuanto hace que usted ha visto a un dentista? _____ (meses) _____ (años)

Fecha del último examen dental completo? _____ / _____ / _____

Fecha ultima de rayos X : _____ / _____ / _____

Está teniendo problemas ahora? Si No

Usted usa prótesis dentales? Si No

No está satisfecho con su dentadura postiza? Si No

Ha tenido alguna periodonto (encías) tratamientos? Si No

Le sangran las encías, o esta sensible o irritada? Si No

No está satisfecho con la apariencia de sus dientes? Si No

Tiene dientes flojos, torcidos o dientes que se mueven? Si No

Ha usado frenos en los dientes? (Ortodoncia) Si No

Tiene dientes descoloridos que le molestan? Si No

Quieres que tu sonrisa se vea mejor o diferente? Si No

Tiene problemas con los dientes/empastes rotos? Si No

Usted regularmente usar hilo dental? Si No

Es usted consciente de ser alérgico o reacciona negativamente a algún medicamento o sustancia?

Lístelos:



ProHealth Community Health Centers

Acuerdo de Sustancias Controladas

Sustancias Controladas, son controladas por la Agencia Controladora de Drogas o DEA. Este contrato se refiere a cualquier paciente que recibe cualquier sustancia controlada a través del Centro Médico ProHealth. Esto incluye narcóticos, los medicamentos para ADHD, algunos relajantes musculares, y las benzodiacepinas para el tratamiento de la ansiedad. **Por favor escriba sus iniciales en cada línea y luego firme su nombre en la parte final.**

_____ Centro ProHealth medico no prescribirá medicamentos controladas por cualquier razón, incluyendo los perdidos o robados. Es la responsabilidad del paciente para almacenar sus medicamentos con seguridad. NO HAY EXCEPCIONES, incluso con un informe de la policía.

_____ Los pacientes deben ver a un proveedor sobre una base mensual para toda la Listas II o III medicamentos. Repuestos no se prescribirá antes de tiempo, los pacientes pueden hacer citas hasta 4 días antes de la próxima prescripción.

_____ Renovar su prescripción NO se administraran en una cita echa de emergencia. Los pacientes deben programar una cita para rellenos de sustancias controladas.

_____ Los pacientes pueden estar sujetos a análisis de drogas en orina, independientemente del estado del seguro. La negación de una prueba de drogas de orina puede resultar en el despido de la practica. Los pacientes no podrán recibir renovación de prescripción si rechazan una prueba de orina de drogas.

_____ Los pacientes solo puede obtener medicamentosa Lista II o III de ProHealth Centros Médicos- Los pacientes deben notificar a Centro Médico ProHealth si le recetan narcóticos de cualquier otra fuente incluida la sala de emergencias. Si un proveedor refiere a un paciente al tratamiento del dolor, se supone que ProHealth ya no recetaran medicamentos narcóticos.

_____ Los pacientes deben ponerse de acuerdo para obtener la totalidad de sus sustancias controladas en la misma farmacia. ProHealth reserva el derecho de obtener registros de farmacia, los pacientes que llenan receta en las farmacias múltiples pueden ser despedidos de la práctica.

_____ Los pacientes se comprometen a no utilizar sustancias ilícitas o cualquier medicamento que no están prescritas. El uso de sustancias ilícitas puede resultar en el despido de la práctica.

_____ Cuando los pacientes requieren más de 80 dosis de morfina equivalentes de medicamentos narcóticos, los pacientes serán referidos a una práctica de manejo del dolor.

_____ Los pacientes deben traer todos los exámenes diagnósticos o informes médicos previos con las medicamentos anteriores. Los nuevos pacientes no se les dará narcóticos hasta que los registros médicos se reciban. Los pacientes sin un examen diagnostico se le dará siete días de medicamentos para el dolor hasta que los exámenes de diagnostico se puede realizar. MRIs se debe repetir cada 2 años

Firma del Paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____



ProHealth Community Health Centers

Acuerdo Responsabilidad del Paciente

- . El paciente (o el guardián del paciente, si es un menor) es últimamente responsable por el trato y cuidado
- . Nos da gusto asistirle en mandar la cuenta a su aseguradora, recuerde es usted responsable de proveernos la más reciente información de su seguro medico y es usted el responsable como paciente de cualquier recargo monetario que allá ocurrido en este tiempo si su información no la provee correctamente
- . El paciente es responsable de su co-pago, co-aseguranza, deducibles o cualquier tratamiento o deducibles no cubiertos por el plan de su seguridad. Su pago debe ser echo en el tiempo del servicio, para su conveniencia aceptamos cash, cheques y tarjetas de crédito en nuestra oficina. Cualquiera o todos los balances asignados al paciente o como responsabilidad del paciente están sujetos a colección después de 90 días, al igual que a las agencias de crédito.
- . Los pacientes deben saber que nuestros laboratorios son proveídos por (Diagnósticos Quest) y ellos no están afiliados a ProHealth y pueda que le manden recargos adicionales si su a seguridad no cubren esos cargos . Favor verificar con su a seguridad si ellos le cubren sus laboratorios. Cualquier pregunta acerca recargos de laboratorio favor a serlo directamente con ellos.
- . Pacientes son responsable de cualquier recargo adicional; esto pueden ser incluidos pero no limitados a:
 - . Recargos por cheques sin fondos
 - . Recargos por su co-pago o distribución de su record medico.
 - . Cualquier costo asociado con colección del balance del paciente.
 - . Al firmar en la parte de abajo, hago a saber que entiendo que es últimamente my responsabilidad y obligación de saber los requisitos de mi a seguridad medica, cobertura, deducciones y pagos.
 - . Al firmar en la parte de abajo, yo hago saber que autorizo a Centro Médico ProHealth y su doctores al igual sus trabajadores y hospitales asociados a compartir mi record medico o la información adquirida en el curso de mi exanimación y/o el tratamiento necesario para la a seguridad medica, o terceras personas pagadores o centro médico al igual doctores, para facilitar mi servicio médico.
 - . Al firmar abajo, hago a saber que autorizo y signo de los servicios monetarios a Centro Médico ProHealth y a cualquier asociado de entidad medica por servicios rendidos permitiendo a terceros contratistas. Yo entiendo que soy monetaria mente responsable por recargos no cubiertos por mí a seguridad.
 - Yo entiendo que el balance no pagado por mí a seguridad
 - Yo entiendo que los balances que cualquier balance que este en mi cuenta después de 90 días y la aseguranza no los ha cubierto es responsabilidad del paciente.
 - Entiendo que al igual si pasa más de 90 sin pagarse debe ser enviado a colección.
 - . Al firmar en la sección de abajo, yo autorizo a Centro Médico ProHealth que se comunice vía coreo o en forma de voz a mi teléfono/ o de acuerdo a la información que yo e proporcionado en mi registraci3n
 - Yo e leído, y entiendo al igual estoy de acuerdo a las reglas y mi responsabilidad como paciente en esta forma:

Firma del Paciente o persona responsable

Fecha

Declino la autorizaci3n: Yo no deseo compartir mi informaci3n y prefiero pagar los servicios al igual soy responsable de cualquier pago y/ o someter los cobros ala a seguridad medica.

Firma del Paciente o persona responsable

Fecha



ProHealth Community Health Centers

Declaración de Política de ProHealth HIPAA

Propósito de Este Aviso

ProHealth respeta la privacidad de la información protegida de salud y comprende la importancia de mantener esta información confidencial y seguro. Este aviso describe como protegemos la confidencialidad de la información de salud protegida que hemos recibido. Ley de Rentabilidad y Responsabilidad de seguro de 1996 (HIPAA). ProHealth mantiene un proceso para garantizar el complementó de las disposiciones aplicables de la ley de portabilidad y responsabilidad de seguro de salud de 1996 (HIPAA). Nuestro objetivo es proporcionar el máximo nivel de servicio a nuestros pacientes y socios. Queremos que sepas que ProHealth cumple con las directivas de HIPAA contiene procedimientos de abordar la protegida PHI, contabilidad de divulgaciones, acceso por terceros a información de salud y personas (PHI) por contratos, negocio asociado acuerdos y capacitación de empleados.

Como Protegemos la Información Personal

Tratamos la información personal confidencial y segura. Limitamos el acceso a la información personal solo aquellas personas que necesitan conocer la información a proporcionar servicios de apoyo a nuestros pacientes. Estas personas están capacitadas en la importancia de guardar esta información y deben cumplir con nuestros procedimientos y leyes aplicables. Contamos con normas estrictas medidas de seguridades físicas, electrónicas y procesales para proteger la información personal y mantener procedimientos internos para promover la integridad y exactitud de dicha información.

Divulgación de Información Personal

Podemos utilizar o liberar información médica a la administración de alimentos y medicamentos (FDA) protegida con respecto a la notificación de eventos adversos, defectos en el producto o problemas, producto de seguimiento o para otros propósitos según lo requerido por la FDA. Podemos utilizar o liberar información protegida de salud en el transcurso de las actividades de investigación clínica. También podemos liberar información protegida de salud en el transcurso de las actividades por ley a los derechos individuales a acceder y corregir información personal. Tenemos procedimientos en lugar para persona que tienen acceso a la información protegida y para asegurar la integridad de nuestra información y para la corrección oportuna de información incorrecta.

Mas Información

Puede ser necesario revisar y actualizar su política de privacidad de HIPAA como cambios a las regulaciones de privacidad emergen de vez en cuando. Nosotros vamos a comunicarnos con nuestros pacientes y socios de negocios sobre estos cambios.

Información de privacidad de HIPAA fue proporcionada a mí y me dieron la oportunidad de hacer preguntas acerca de estas políticas:

Nombre del Paciente o Persona Responsable: _____

Firma: _____ **Fecha:** ____/____/____



ProHealth Community Health Centers

Historia de Familia

Circule lo Apropriado:

Diabetes: Si / No Quien:	Drogas/ Alcoholismo Si / No Quien:	Enfermedades Cardiacas: Si / No Quien:	Accidente Cerebro Vascular: Si / No Quien:
Artritis: Si / No Quien:	Epilepsia: Si / No Quien:	Hipertensión Arterial: Si / No Quien:	Enfermedad Tiroidea: Si / No Quien:
Asma: Si / No Quien:	Glaucoma: Si / No Quien:	Enfermedad Renal: Si / No Quien:	Tuberculosis: Si / No Quien:
Cáncer: Si / No Quien:	Gota: Si / No Quien:	Enfermedades Mentales: Si / No Quien:	Depresión: Si / No Quien:
SIDA: Si / No Quien:	Osteoporosis: Si / No Quien:	Otros: Quien:	

Marque lo que se Aplica:

Uso de Tabaco

Nunca _____

A veces _____

Siempre _____

Que Tipo:

Cigarros _____

Mastica tabaco _____

E-vape _____

Usted Toma?

Nunca _____

A veces _____

Siempre _____



ProHealth Community Health Centers

Historia Social

Actividad Sexual: Marque lo que se aplica

Estoy activo(a) _____

Practica de sexo seguro _____

No estoy activo(a) _____

Seguridad: Respuesta Si o No

Usted usa cinturón? _____

Tiene pistola en casa? _____

Tiene un detector de humo en casa? _____

Comes alimentos saludables? _____

Hace ejercicio regularmente? _____

Tomas aspirinas todos los días? _____

Embarazos

Ha estado embarazada antes? No _____ Si _____

En caso que si, por favor conteste las siguientes:

Cuantos embarazos ha tenido? _____

Cuantos embarazos ha completado? _____

Cuantos han sido prematuros? _____

Cuantos viven? _____



ProHealth Community Health Centers

1325 West Main St

Franklin, TN 37064

Teléfono (615)591-4750 / Fax (615) 7940081

Autorización para divulgar información de Salud

Nombre del paciente:

Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre Anterior: _____

Yo solicito y autorizo a _____ que liberen información de salud del nombre del paciente por encima a: _____

Esta petición y autorización se aplica a:

Salud información relacionada con el siguiente tratamiento y condición o fechas;

Toda la información completa de salud

Otra: _____

Enfermedad transmitida sexualmente es definida por la ley, RCA 70.24 et y incluye herpes simple, virus de papiloma humana, verruga genital, condyloma, chlamydia, sífilis uretritis, VDRL, canchales, lymphoranuloma, veneran, VIH, sida, y gonorrea.

Si ___ No ___ Yo autorizo la liberación de los resultados de mi STD, pruebas de VIH/ Sida, si sean negativas o positivas a la(s) persona(s) mencionadas. Yo entiendo que la(s) persona(s) no será(n) notificados al menos que de permiso escrito sobre estas pruebas.

Si ___ No ___ Yo autorizo la liberación de registros con respecto a drogas, alcohol o tratamiento de salud mental a la persona(s) indicada(s) arriba.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____