| Nombre del paciente: | MRN#: |
| --- | --- |
| Médico ◻︎ | Dental ◻︎ |

Estamos emocionados de tener la oportunidad de proveer por sus necesidades médicas.

Para aceptar y comenzar revise esta aplicación, este paquete debe incluir:

| 1.) ◻︎ | **¿Actualmente lo están viendo en una clínica diferente o con un médico diferente? Si** ◻︎ **No** ◻︎ |
| --- | --- |
| 2.) ◻︎ | **NO TENER SEGURO MÉDICO** |
| 3.) ◻︎ | **Identificación Valida (Licencia de Conducir, Pasaporte, o ID)** |
| Puede incluir copia, o identificación presente y nosotros hacemos una copia. |
| 4.) ◻︎ | **Recibo de Utilidades Reciente** |
| Para comprobante de residencia dentro de nuestra área de servicio, en caso que su nombre no esté en el recibo, necesita proveer una alternativa como: cartas dirigidas así usted con la dirección exacta. |
| 5.) ◻︎ | **Comprobante de Ingresos del Hogar** |
| la más reciente hoja de rembolso de impuestos de TODOS los miembros del hogar que contribuyen económicamente. Cualquier carta o documento oficial que compruebe la necesidad de asistencia financiera, por ejemplo: Talones de cheque de los ultimos 60 dias, W2 o una carta de empleo firmado por el empleador con el salario por hora y la cantidad de horas Seguridad Social, desempleo, asistencia de vivienda o comida (SNAP), manutención de los hijos, compensación de trabajador, o deseabilidad etc.  \*Tome en cuenta: Para poder proveer remisiones de tratamiento gratis y/o de costo bajo a: especialistas, laboratorio, servicios de imágenes. Nosotros no aleamos con otras instituciones fuera de la clínica tal como Health Alliance for the Uninsured (HAU). Estas agencias **REQUIEREN** que nosotros podamos proveer los comprobantes de ingresos de nuestros pacientes. Nosotros tenemos que tener estos comprobantes actualizados en su expediente. Si usted no cuenta con los documentos específicos mencionados, por favor contacte a alguien en la clínica para poder aconsejarle que necesita proveer.   **Si es elegible para Medicaid pero se le ha negado el servicio, traiga la carta de denegación** |
| 6.) ◻︎ | **Paquete de Aplicación Completado con #3, #4, y #5** |
| Formulario de registro, Historial médico, documento de Informes, Autorización y Privacidad. |

| Packet accepted by: | Date: |
| --- | --- |
| Financial Document review by: | Date: |
| Nurse Review by: | Date: |
|  APPROVED/**Appt Date & Time:**  |  DENIED/ Reason: |
| Date: | Note: |
|  |  |

Estimado posible nuevo paciente,

Estamos bendecidos que está considerando Crossings Community Clinic para servirle con sus necesidades médicas. Nos da emoción comenzar a atender sus preocupaciones de salud, para poder calificar como nuestro tiene que cumplir con los siguientes requerimientos:

1. No tener seguro médico.
2. Tener la edad de 18 a 64.
3. Vivir en Oklahoma County (Condado de Oklahoma)
4. Tener comprobante de ingresos por los ultimos 60 dias y vivir al o debajo del 300% de las pautas de pobreza federal.

Nota: Pacientes quienes únicamente hablen español son responsables de conseguir un intérprete mayor de 18 años de edad para cada cita.

Si usted cree estar dentro de los requerimientos, favor de completar nuestro paquete de aplicación de paciente nuevo. **También proveer recibo de utilidades, la más reciente hoja de rembolso de impuestos de TODOS los miembros del hogar que contribuyen económicamente, e identificación con fotografía.** Nosotros verificaremos que califique, después de aprobación nosotros haremos contacto con usted para ofrecerle una cita de paciente nuevo.

Nuestra meta es ayudarle en este tiempo de en el cual usted se encuentra sin seguro médico y no puede pagar por un instituto privado. Nosotros tenemos la esperanza de aliarnos con usted de una manera holística para su bienestar general, incluyendo su salud física, emocional, y espiritual. Como paciente de Crossings Community Clinic, usted va a recibir atención limitada médica, dental, visual sin costo alguno. Podemos proveer medicamento limitado o prescripciones escritas para llevar a su farmacia de presencia. Nosotros animamos a nuestros pacientes que participen en nuestras clases de recuperación emocional, nutrición, educación diabética, y aptitud física. Estas clases las proveemos para usted sin costo alguno. Cuando mejore su situación económica financiera, nosotros lo apoyaremos para conseguir seguro médico o seguro privado a costo bajo.

Nosotros creemos que Dios nos dirigió así a usted para servirle de la mejor manera posible. Si por algún motivo nosotros no podemos asistirle con sus necesidades, le daremos una lista de otros recursos gratuitos o de costo bajo cerca de usted.

Sobre todo, queremos que usted sepa que Dios lo ama y El cuida de usted.

Bendiciones,

Crossings Community Clinic

***“Ama a tu prójimo como a ti mismo”***

***Marcos 12: 30-31***

| **PATIENT INFORMATION (INFORMACIÓN DEL PACIENTE)** |
| --- |
| Nombre completo legal: (apellidos, nombre, segundo nombre) | Fecha de Nacimiento: |
| Sexo: Masculino  Femenino | Estado Civil: Soltero  a casado  a viviudo  a divorciado  a Separado  a nunca casado  a unión libre | Edad:  | Numero de seguridad social: *Favor de únicamente utilizar numero social otorgado a usted de parte del gobierno de USA*  - -  |
| Elije un Raza: (Elija todo lo que sea aplicable.)  Asiático  Nativo Hawaiano Isleño Pacifico  Afro Americano Nativo Americano / Nativo de Alaska  Caucásico/a  Otra | Grupo: Hispano / Latino  No hispano / latino  |
| ¿Ciudadano Americano? (únicamente para uso de la clínica)  SI  NO | Primary Language Spoken:  English  Spanish  Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Domicilio actual: (Incluir estado, ciudad, y código postal) | ¿Sin hogar?Circule: SI / NO |
| Número telefónico de casa:( ) -  | Número telefónico Celular: ( ) -  | Correo Electrónico  |
| **Contactos de Emergencia** |
| Nombre:Parentesco:Número Telefónico: ¿Podemos compartir información médica? SI / NO | Nombre:Parentesco:Número Telefónico: ¿Podemos compartir información médica? SI / NO |

| **Cobertura o Elegibilidad de Seguro Médico** |
| --- |
| Usted califica o tiene: | SI | NO | Aplicando | Pendiente | Negado |
| MEDICARE (Edad 65+) |  |  |  |  |  |
| MEDICAID/SOONERCARE (De parte del estado) |  |  |  |  |  |
| INDIAN HEALTH SERVICES (CDIB card) |  |  |  |  |  |
| Seguro médico privado (De parte de empleo) |  |  |  |  |  |
| Beneficios de Veterano |  |  |  |  |  |

| **Información financiera del hogar** |
| --- |
| ¿Cuantos adultos (+18) Viven en el hogar? | ¿Cuántos niños (menores de 18)? |
| ¿Cuantas personas que viven en el hogar tienen ingresos de cualquier tipo? (incluyendo: desempleo, deseabilidad, SSI, ingresos de retiro) |
| ¿Total, cantidad que USTED provee al hogar? $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Semanal  Quincenal  Mensual  Anual  |
| ¿Ingresos **COMBINADOS** de **TODOS** los miembros del hogar? $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Semanal  Quincenal  Mensual  Anual  | ¿Hizo aplicación de impuestos?  SI  NO  NO SE  |
| ¿Esta empleado?  Si – tiempo completo  Si – medio tempo No | Empleador:  |

| **ADDITIONAL INFORMATION (INFORMACIÓN ADICIONAL)** |
| --- |
| Usted ha sido paciente de Crossings Community Clinic antes?  SI  NO  |
| ¿Preocupaciones Primarias de su Salud? |
| ¿Necesita asistencia de VISION? SI  NO  | ¿Necesita asistencia DENATAL?  SI  NO  | ¿Cuánto tiempo has estado sin seguro médico?  |
| ¿Quién es el último doctor que cuido de usted?  |
| Farmacia de preferencia:  |

Historial Médico – Del Paciente estableciendo cuidado médico:

| **Medicamento (incluyendo herbales, control prenatal, medicamentos sin receta)**  **Ninguna** |
| --- |
|  | Nombre | Dosis (mg) | Tomando | No tomando | Necessitá relleno |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |

| **Historial Médico actual y anterior *(Elija todo lo que sea aplicable)***  **Ninguna** |
| --- |
|  Ansiedad/depresión |  Cáncer o Leucemia |  Hemofilia |
|  Pensamientos de hacerse daño  o dañar a otros |  Endocarditis |  Hepatitis, ictericia, enfermedad  de hígado |
|  Asma |  Enfisema, EPOC, Bronquitis Crónica |  VIH positivo o SIDA |
|  Actualmente embarazada |  Corazón agrandado/Fallo Cardiaco congestivo |  Marcapasos o desfibrilador |
|  Amamantando |  Epilepsia/Convulsiones |  Diálisis renal |
|  Diabetes |  Migrañas |  Esquizofrenia/bipolar |
|  Alta presión sanguínea |  Ataques de corazón o dolor de pecho |  Paro cardiaco |
|  Alergias, Alergia temporales |  Defecto de la válvula del corazón/ cirugía |  Rasgo de células falciformes |
|  Reemplazo artificial de articulaciones  o huesos |  revascularización quirúrgica/angioplastia |  Trasplante de órgano |
|  Coágulos de sangre, trombosis venosa  profunda, embolia pulmonar |  Soplo Cardiaco |  |
|  Enfermedad de hueso, músculo  o articulación |  |  |

Otro Historial Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| **Alergias**  **Ninguna** |
| --- |
| Alergias a la comida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tiene alergias al yodo o mariscos?  SI  NO  |
| Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tiene alergia al látex o hule?  SI  NO  |

| **Cirugías**  **Ninguna** |  | **Hospitalizaciones / Visitas al salón de emergencias**   **Ninguna** |
| --- | --- | --- |
| **Mes / año**  | **Tipo de cirugía**  |  | **Mes / año**  | **Motivo de su estancia y/o visita** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

| **Historial Familiar (Elija todo lo que sea aplicable)**  ** Ninguna / Unknown** |
| --- |
| **Miembro de la Familia** | Aún Vive | Diabetes | Presión alta | Enfermedad Cardiaca | Cáncer | Asma | Defectos de Nacimiento | Enfermedad mental | Abuso de sustancias |
| **Padre** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Madre** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hermano/a s** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Abuela Materna** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Abuelo Materno** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Abuela Paterna** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Abuelo Paterno** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Otros familiares: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| **Uso de tabaco / Humar** |
| --- |
| ¿Usted actualmente es fumador? |  Si |  No |  | ¿usted consume otras formas de tabaco? (elija todo lo que sea aplicable) |  Pipa Puro Cigarro eléctrico |  inhalación de tabaco en polvo masticable En Vapor |
|  Anterior |
| ¿Usted fuma todos los días? |  Si |  No |  | ¿Cuántos años a fumado? |
| ¿Cuantos paquetes de cigarro fuma por día?  |  Menos de la mitad 1 paquete más de 1 paquete |  | ¿Cuánto tiempo hace que dejo de fumar? |  < 1 mes 3-6 meses 7-12 meses |  1-5 años 6-10 años > 10 años |
| Usted: |  quiere dejar de fumar  está pensando en dejar de fumar  no quiere dejar de fumar |

| **Uso de alcohol** |
| --- |
| ¿Usted ha consumido una bebida alcohólica últimamente? |  Si |  No |
| ¿En caso que la respuesta sea SI  que tan seguido tomas? |  Mensualmente o menos  2-4 veces al mes  2-3 veces a la semana  4 + veces a la semana |

| ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día cuando bebe?  1 or 2  3 or 4  5 or 6  7 or 9  10 o más  |
| --- |
| ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una ocasión?  Nunca  2-4 veces al mes  Mensualmente  Semanalmente  |

| **Uso de drogas u otras sustancias** |
| --- |
| ¿Ha consumido drogas que no sean medicamento en los últimos 12 meses? |  Si |  No |
|  En caso que la respuesta sea SI ¿Cuáles sustancias a consumido?(esto incluye marihuana): | Aun consume? |  Si |  No |
|  ¿Hace cuantos meses fue la última vez que consumió? |  <6 meses  6-12 meses  12-24 meses  24+ meses  |

| **Historial Sexual** |
| --- |
| ¿Es sexualmente activa?  |  Si, en el último mes Si, en el pasado Nunca he tenido actividad sexual |  | ¿Tienes historial de infecciones de transmisión sexual? |  Si |  No |
| ¿Cuál es tu preferencia sexual? |  Hombres Mujeres |  Ambos Ninguno |  | En caso que la respuesta sea SI, ¿Cuáles? |  Clamidia Gonorrea VPH VIH |  Herpes Sífilis Tricomoniasis \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿usted usa control prenatal/preservativos? |

| **Historial de Mujer** |  | **Historial de Hombre** |
| --- | --- | --- |
| ¿Tiene periodos menstruales?  SI  NO  IRREGULAR  |  | Historia de trauma o cirugía testicular:  SI  NO  |
| Fecha del ultimo Papanicolaou: Fecha del ultimo mamo grama:Descarga o hinchazón de pechos: |  | Infección venérea /Infección de transmisión sexual / dolor testicular / dolor de pene / ronchas visuales / dificultad sexual  SI  NO  |
| Preocupaciones de salud femenina: Historial de infecciones sexuales o pélvicas/infertilidad/quistes/VPH/ PAPA anormal:  SI  NO En caso que SI explique: |  | Fecha de último examen de próstata o rectal: |
| Historial Obstétrica:Total, de embarazos en la vida:Total, de perdidas/ abortos: Total, de partos que llegaron a término:Total, de partos prematuros: Número de hijos vivientes: |  | Preocupación Próstata:¿Tiene problemas urinarios o para vaciar la vejiga? SI NO ¿Despierta en la noche para orinar?  SI  NO ¿Sangre en el orine?  SI  NO Infección en las vías urinaria/ riñones/ próstata  SI  NO Dolor Testicular o inflamación cuando: Se esfuerza/ tose/ levanta algo pesado:  SI  NO  |

| **Extensión** |
| --- |
| ¿De niño completo las vacunaciones requeridas?  |  SI |  NO |  NO SE |
| ¿Usted ha sufrido de cualquiera de las siguientes enfermedades?  SI *(check all that apply & write year)*  NO  Sarampión  Paperas  Rubilla  Varicela  Herpes  Polio  Fiebre reumática |
| ¿Ha recibido las siguientes vacunas de adulto?  SI *(Si la respuesta es SI indique cual y cuando:)*  NO  Tétanos/Tdap/dTap \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Influenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_  neumonía \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| ¿Hace ejercicio regularmente?  SI  NO En caso que SI explique: |
| ¿Ha tenido una colonoscopia?  SI  NO En caso que SI cuando: |

| **Información demográfica** |
| --- |
| Estado Civil: |  Soltero  a casado  a viudo  a divorciado  a separado  a nunca casado  a unión libre |
| Nombre de su conyugue: | Cantidad de hijo/a s: |
| ¿Cuál es su nivel de estudios? |  Primaria  secundaria  preparatoria  universidad  maestría |
| ¿Cuál es el certificado más alto que has obtenido? |  Bachiller  GED  Certificado Vocacional  Título universitario Licenciatura  Maestría  Doctorado |

Crossings Clinic NO puede asistir con tratamiento de emergencias o lesiones relacionadas con Workman’s Comp, tampoco asistimos con papeleo de Deseabilidad de Seguridad Social y/o asistencia con procedimientos tribunales con respecto a sus condiciones médicas. La clínica no tiene la habilidad de determinar si un paciente tiene o no tiene la capacidad de realizar cualquier tipo de oficio.

**SDOH (LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD)**

La salud comienza donde nosotros trabajamos, jugamos, aprendemos, comemos, y dormimos. Problemas en cualquiera de estas áreas puede afectar tu salud. Es posible que nosotros podamos proveer asistencia, así que esperamos que pueda responder a las siguientes preguntas. Usted no tiene que responder a las preguntas si usted no gusta. Cualquier cosa que usted escriba va a ser confidencial en su expediente médico.

**POR FAVOR MARQUE UNA CAJA PARA INDICAR SU RESPUESTA.**

**Ocupación** *(Occupation)*

**¿Cuál opción es la mejor descripción de su ocupación actual?**

* Ama de casa / no trabaja fuera de casa
* Empleado (empleado por sí mismo) Tiempo completo
* Empleado (empleado por sí mismo) medio tiempo
* Empleado, pero en pausa por razones medicas
* Empleado, pero temporalmente en pausa por otros motivos
* Sin trabajo, menos de 6 meses
* Sin trabajo, más de un año

**Estabilidad de la Vivienda** *(Housing Stability)*

**¿Cuál es su situación de vivienda hoy?**

* No tengo hogar (vive en un hotel, albergue, calle, o vehículo)
* Tengo hogar, pero tengo miedo a perderlo
* Tengo hogar

**¿En los últimos 12 meses has tenido orden de cortar tu electricidad, gas, o agua?**

* Si
* No
* Ya lo cortaron

**Con respecto al lugar donde vives, ¿tienes algunos de los siguientes problemas?**

***(Marque todo lo que corresponda)***

* Infestación de insectos
* Moho
* Pintura o pipas de plomo
* Calefacción inadecuada
* Estufa o horno que no funcione
* No hay detectores de humo o no funcionan
* Goteadero de agua
* Ninguna de las opciones

**En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que no pudo pagar la hipoteca o el alquiler a tiempo?**

* Si
* No

**En los últimos 12 meses, ¿en cuántos lugares ha vivido?** *(Pon el número en la casilla)*



**En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que no tuvo un lugar estable para dormir o durmió en un refugio (incluido ahora)?**

* Si
* No

**Recursos financieros** *(Financial Resource Strain)*

**¿Qué tan difícil es para ti pagar las cosas cotidianas como comida, alojamiento, cuidado médico, y calefacción?**

* Muy difícil
* Difícil
* Es un poco difícil
* No es muy difícil
* No es nada difícil

**Inseguridad Alimenticia** *(Food Insecurity)*

**¿En los últimos 12 meses, Te has preocupado de que se acabe tu comida y no tener dinero para comprar más?**

* Nunca
* Algunas veces
* Siempre

**¿En los últimos 12 meses la comida que compraste no te alcanzo y ya no tenías dinero para comprar más?**

* Nunca
* Algunas veces
* Siempre

**Necesidades de transporte** *(Transportation Needs)*

**En los últimos 12 meses ¿la falta de transporte a causado que faltes a citas médicas y/o recoger medicamento?**

* Si
* No

**En los últimos 12 meses ¿la falta de transporte a causado que falles al trabajo, juntas, u otras actividades cotidianas?**

* Si
* No

**Actividad Física** *(Physical Activity)*

**En promedio, ¿cuántos días a la semana realiza ejercicio de moderado a extenuante (como una caminata rápida)?** *(Pon los días en la caja)*



**En promedio, ¿cuántos minutos dedicas a hacer ejercicio a este nivel?** *(Pon los minutos en la caja)*



**Estrés** *(Stress)*

**¿Te sientes estresado, inquieto, nervioso, ansioso, o sin poder dormir por preocupaciones?**

* Por nada
* Un poco
* Más que menos
* Mucho
* Todo el tiempo

**Relacionamientos**  *(Social Connections)*

**En una semana común, ¿Cuántas veces platicas por teléfono con familiares, amigos o vecinos?**

* Nunca
* Una vez a la semana
* Dos veces a la semana
* Tres veces a la semana
* Más de tres veces a la semana

**¿Qué tan seguido te reúnes con amigos o familia?**

* Nunca
* Una vez a la semana
* Dos veces a la semana
* Tres veces a la semana
* Más de tres veces a la semana

**¿Qué tan seguido vas a la iglesia o servicios religiosos?**

* Nunca
* 1 a 4 veces por año
* Más de 4 veces por año

**¿Usted pertenece a alguna organización, grupo de iglesia, unión, fraternidad, grupo atlético, o escolar?**

* Si
* No

**¿Con qué frecuencia asiste a las reuniones de los clubes u organizaciones a las que pertenece?**

* Nunca
* 1 a 4 veces por año
* Más de 4 veces por año

**¿Está casado, viudo, divorciado, separado, nunca se casó o vive con una pareja?**

* Casado
* Viuvo
* Divorciado
* Separado
* Nunca se casó
* Vivir en pareja

**La violencia de pareja** *(Intimate Partner Violence)*

**En los últimos 12 meses ¿usted sentido miedo, de sus pareja o ex pareja?**

* Si
* No

**En los últimos 12 meses ¿usted ha sido humillado o abusado emocionalmente de parte de su pareja o ex pareja?**

* Si
* No

**En los últimos 12 meses ¿usted ha sido pateado, golpeado, recibido una cachetada, o de otra manera físicamente abusado de parte de su pareja o ex pareja?**

* Si
* No

**En los últimos 12 meses ¿usted ha sido violado/a o forzado/a un acto sexual de parte de su pareja o ex pareja?**

* Si
* No

**Depresión** *(Depression)*

**Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido poco interés o placer en hacer cosas?**

* Para nada
* Varios días
* Más de la mitad de los días
* Casi todos los días

**Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido desanimado, deprimido o desesperado?**

* Para nada
* Varios días
* Más de la mitad de los días
* Casi todos los días

**¿Te sientes capaz de llenar formularios?**

* Para nada
* Algún tanto
* Extremadamente

**¿Sientes que tienes la capacidad de controlar y mantener tu salud? (1 = no creo tener la capacidad 10 = soy muy capaz)**

1     2     3     4     5      6      7      8      9      10

 No creo tener la capcidad Soy muy capaz

**Derechos y Responsabilidades del paciente**

| **Nombre completo legal:** **(apellidos, nombre, segundo nombre)** |  | **Fecha de Nacimiento:** |
| --- | --- | --- |

En la Clínica Crossings, nosotros creemos que el cuidado de su salud se basa en la participación de equipo. Esto significa que nosotros como proveedores de salud activamente participamos en el cuidado de su salud, tanto como usted el paciente, también debe de participar en su cuidado médico.

**Crossings Community Clinic es responsable de:**

* Proveer cuidado de cabecera basado en evidencia medica
* Proveer cuidado respetuoso y considerado.
* Explicar todos los procedimientos y resultados de exámenes en su cita
* Hacer el mejor intento de responder a sus mensajes y llamadas dentro de las primeras 24 horas entre semana/ esto excluye fines de semana
* Mantener su información médica confidencial

 **Usted, como paciente, tiene la responsabilidad de:**

* **\_\_\_\_\_\_** Llegar puntalmente a sus citas. Si usted necesita reprogramar o cancelar,

usted debe llamarnos al 405-242-5558 por lo menos 24 horas antes de la cita. Dejar un correo de voz es aceptable. Si usted falta a 3 o más citas sin llamar o previo aviso, la clínica tiene el derecho de negarle servicios a futuro.

* **\_\_\_\_\_\_** Cumplir con estudios de laboratorio y/o imágenes que sean ordenados a

tiempo apropiado para la siguiente cita.

* **\_\_\_\_\_\_** Informar a Crossings Community Clinic, dentro de los primeros 30 días,

si ocurren cambios de su estatus de seguro médico, ingresos, o información para contactarlo/a. El no cumplir con esta responsabilidad puede causar atrasos en su cuidado médico.

* **\_\_\_\_\_\_** Proveer la información financiera de su hogar anualmente, a tiempo

adecuado.

* **\_\_\_\_\_\_** Participar activamente en cuidado de su salud.
	+ - ***\_\_\_\_\_\_*** Pacientes quienes únicamente hablen español son responsables de conseguir un intérprete mayor de 18 años de edad para cada cita.

**Información para usted como paciente:**

* **Medicamentos:** Crossings Community Clinic no prescribe ni distribuye narcóticos y/o sustancias controlada de ningún tipo. **Favor de notificarnos 10 días antes que se le acabe sus medicinas.**

**No podemos rellenar medicamentos el mismo, ni aceptamos que los pacientes vengan a la clínica sin cita para solicitar medicamentos.**

* **Amabilidad:** Crossings Community Clinic NO tolerara lenguaje inapropiado y/o abusivo. Conducta inapropiada o abusiva dirigida a nuestros proveedores de salud/empleados/ voluntarios de parte del paciente y/o representante de paciente, resultara en ejercer de derecho de negar le servicio.
* **Limitaciones:** Crossings Community Clinic esta limitado a proveer ciertos servicios, no podemos garantizar estudios o acceso a proveedores espaciales. **La clínica no tiene la capacidad de dar tratamiento en casos de emergencia, lesiones de Work’s Comp, casos solicitando Incapacitación social (Social sercuity disability), o en juicios legales.** La clínica no tiene las medidas para determinar la habilidad o inhabilidad del paciente para realizar ciertas actividades de trabajo.

**He leído y comprendo este documento de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Me comprometo a cumplir con todos los términos y condiciones**

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD, INFORMACION Y AUTORIZACION**

| **Nombre completo legal:** **(apellidos, nombre, segundo nombre)** |  | **Fecha de Nacimiento:** |
| --- | --- | --- |

| **AUTORIZATION PARA DAR INFORMACION PERSONAL DE SALUD EN MENSAJE** |
| --- |
|  | Yo autorizo los empleados, proveedores, y voluntarios de Crossings Community Clinic dejarme mensajes con los números telefónicos que yo proporcione como información personal de contacto. Yo entiendo que estos mensajes puedan incluir Información Medica Privada (PHI) en referencia a mis citas como fechas, horas, cuidado, y tratamiento y puede recibirse en forma de mensaje telefónico.  |
|  | YO AUTORIZO A CROSSINGS COMMUNITY CLINIC DEJARME MENSAJES CON INFORMACION MEDICA PRIVADA |
|  | Escoja los que apliquen: ◻ Mensaje Telefónico ◻ No mensaje de texto ◻ Con Familia/Amigos ◻ Por favor no dejar mensaje  |

| **AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION PERSONAL DE SALUD** |
| --- |
| Yo doy permiso a Crossings Community Clinic proveer mi Información Medica Privada a las personas siguientes: |
| NOMBRE | PARENTESCO | NUMERO TELEFÓNICO |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Yo reconzco y entiendo que esta autorización será parte de mi record medico y permanecerá en efecto hasta que yo presente una renuncia en escrito. Es mi responsabilidad informar Crossings Community Clinic si deseo cambiar mi información de contacto.

| **RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD** |
| --- |

Yo certifico que he recibido la oportunidad de revisar Las Prácticas de Privacidad de Crossings Community Clinic y he leído y comprendo esta notificación completamente. Yo he sido proveído la oportunidad clarificar mis preguntas sobre esta notificación y han estado contestados a mi satisfacción.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento de Servicio**

| **Nombre completo legal:** **(apellidos, nombre, segundo nombre)** |  | **Fecha de Nacimiento:** |
| --- | --- | --- |

|  | **POR FAVOR LEA ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE CONTIENE INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE NOS PERMITE BRINDARLE CUIDADO MÉDICO.**  |
| --- | --- |
|  | Mi firma significa que comprendo los siguiente:* El servicio médico que Crossings Community Clinic provee será administrado por una variedad de profesionales médicos certificados.
* Servicios que no sean médicos pueden y serán proporcionados por voluntarios, consultantes, estudiantes, y asistentes sin licencia médica profesional.
* Para asegurar el cuidado continuó puede ser necesario que Crossings Community Clinic comparta su información con otros proveedores (Médicos, consultantes).
 |
| **VOLUNTEER MEDICAL PROFESSIONAL SERVICES IMMUNITY ACT****STATEMENT OF DISCLOSURE AND ACKNOWLEDGEMENT**ACTA DE IMPUNIDAD PARA MÉDICOS PROFESIONALES VOLUNTARIOS |

La ley del Estado de Oklahoma provee a ciertos médicos profesionales con **impunidad de responsabilidad legal en caso de un acto civil** basado en actos u omisiones de eso profesionales proporcionando servicios médicos voluntarios. La ley cobre profesionales médicos, asistentes médicos, enfermeras registradas, enfermeras avanzadas practicantes, enfermeras vocacionales, farmaceutas, podólogo, dentista, higienistas dentales, asistentes, asistentes médicos, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, psicólogos y optometristas en caso de:

1. El servicio médico voluntario sea proporcionado en una clínica gratuita donde ni los profesionales ni la clínica reciban rembolso o compensación por tratamiento.
2. Los profesionales que estén en comprometidos y se encuentren en práctica activa o retirados, sean elegibles para dar servicios en el Estado de Oklahoma.
3. Los profesionales estaban actuando de buena fe. Si tienen certificación/ licenciatura que el cuidado este dentro de sus capacidades.
4. Los profesionales comprometidos en el acto u omisión fueron por proveer servicios profesionales.
5. El daño o herida no fue causado por negligencia o conducta mal intencional de parte del profesional.

Yo comprendo que basado en las provisiones 1-5 listados arriba por el VOLUNTEER MEDICAL PROFESSIONAL SERVICES IMMUNITY ACT (Acta de impunidad para médicos profesionales voluntarios) renuncio a todos los derechos de recuperación o daños en una demanda judicial en contra de cualquier voluntario profesional, practicante médico, o Crossings Community Clinic a cambio de servicios médicos gratuitos.

Estoy consciente que la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no hay garantías con resultados, procedimientos, o tratamientos proporcionados. Reconozco que me proveedor de salud va aconsejar de riesgos conocidos involucrando tratamiento y procedimientos, pero ahí situaciones impredecibles/ imprevisibles que pueden surgir y causar heridas o daño.

**He leído y comprendo completamente el escrito de arriba. Todas mis preguntas han sido satisfactoriamente respondidas en un idioma que comprendo. Comprendiendo lo escrito arriba, otorgo mi consentimiento a Crossings Community Clinic para proveer servicios médicos a mi favor. Mi consentimiento es válido hasta que yo mismo lo reitere.**

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Derechos y Responsabilidades del paciente**

En la Clínica Crossings, nosotros creemos que el cuidado de su salud se basa en la participación de equipo. Esto significa que nosotros como proveedores de salud activamente participamos en el cuidado de su salud, tanto como usted el paciente, también debe de participar en su cuidado médico.

**Crossings Community Clinic es responsable de:**

* Proveer cuidado de cabecera basado en evidencia medica
* Proveer cuidado respetuoso y considerado.
* Explicar todos los procedimientos y resultados de exámenes en su cita
* Hacer el mejor intento de responder a sus mensajes y llamadas dentro de las primeras 24 horas entre semana/ esto excluye fines de semana
* Mantener su información médica confidencial

 **Usted, como paciente, tiene la responsabilidad de:**

* Llegar puntalmente a sus citas. Si usted necesita reprogramar o cancelar, usted debe llamarnos al 405-242-5558 por lo menos 24 horas antes de la cita. Dejar un correo de voz es aceptable. Si usted falta a 3 o más citas sin llamar o previo aviso, la clínica tiene el derecho de negarle servicios a futuro.
* Cumplir con estudios de laboratorio y/o imágenes que sean ordenados a tiempo apropiado para la siguiente cita.
* Informar a Crossings Community Clinic, dentro de los primeros 30 días, si ocurren cambios de su estatus de seguro médico, ingresos, o información para contactarlo/a. El no cumplir con esta responsabilidad puede causar atrasos en su cuidado médico.
* Proveer la información financiera de su hogar anualmente, a tiempo adecuado.
* Participar activamente en cuidado de su salud.
* Pacientes quienes únicamente hablen español son responsables de conseguir un

intérprete mayor de 18 años de edad para cada cita.

**Información para usted como paciente:**

* **Medicamentos:** Crossings Community Clinic no prescribe ni distribuye narcóticos y/o sustancias controlada de ningún tipo. **Favor de notificarnos 10 días antes que se le acabe sus medicinas.**

**No podemos rellenar medicamentos el mismo, ni aceptamos que los pacientes vengan a la clínica sin cita para solicitar medicamentos.**

* **Amabilidad:** Crossings Community Clinic NO tolerara lenguaje inapropiado y/o abusivo. Conducta inapropiada o abusiva dirigida a nuestros proveedores de salud/empleados/ voluntarios de parte del paciente y/o representante de paciente, resultara en ejercer de derecho de negar le servicio.
* **Limitaciones:** Crossings Community Clinic esta limitado a proveer ciertos servicios, no podemos garantizar estudios o acceso a proveedores espaciales. **La clínica no tiene la capacidad de dar tratamiento en casos de emergencia, lesiones de Work’s Comp, casos solicitando Incapacitación social (Social sercuity disability), o en juicios legales.** La clínica no tiene las medidas para determinar la habilidad o inhabilidad del paciente para realizar ciertas actividades de trabajo.

**He leído y comprendo este documento de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Me comprometo a cumplir con todos los términos y condiciones**

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_