



NORTH PENN
 10255 N PENN AVE,
 OKLAHOMA CITY, OK 73120
 405.749.0800

MIDTOWN
 222 NW 12TH STREET,
 OKLAHOMA CITY, OK 73103
 405.232.8631

Nombre del Paciente:		MRN#:
<input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Dental
¿A cual locación de Crossings Community Clinic está solicitando? <input type="checkbox"/> Crossings Community Clinic-Penn 10255 North Pennsylvania Avenue Oklahoma City, OK 73120		
<input type="checkbox"/> Crossings Community Clinic-Midtown 222 Northwest 12th Street Oklahoma City, OK 73103		
¿Cómo se enteró acerca de nuestra clínica? <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> 411 <input type="checkbox"/> Otro: _____		
¿Está recibiendo cuidado médico en otra clínica o con otro doctor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Sí, dónde? _____		
1.)	<input type="checkbox"/> NINGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO (¿Es usted ciudadano americano? Si es así, debe aplicar a Sooner-Care en el sitio web Oklahoma.gov e incluir una carta de rechazo de Sooncare con su aplicación.)	
2.)	<input type="checkbox"/> IDENTIFICACIÓN VÁLIDA (Licencia de conducir, pasaporte o identificación de otro tipo.)	
3.)	<input type="checkbox"/> FACTURA RECIENTE DE UTILIDADES (Si el recibo no está a su nombre, puede proporcionar un documento alternativo que incluya su nombre y dirección.)	
4.)	<input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE INGRESOS DEL HOGAR Presente su más reciente COMPROBANTE DE IMPUESTOS de TODOS LOS MIEMBROS que generen ingresos. También puede entregar pruebas de ingreso de los últimos 60 días. Cualquier tipo de carta de adjudicación que declare su estado financiero actual. Ejemplos: comprobante de nómina de los últimos 60 días, W2, carta del empleador declarando la cantidad de horas que trabaja y monto de pago. Carta de asistencia de seguro social, desempleo, alojamiento estatal, estampillas (SNAP), manutención de niños, manutención de cónyuge, compensación laboral, discapacidad etc. *Nota.- Estamos asociados con agencias externas para ofrecer remisiones médicas gratuitas o de bajo costo a especialistas, estudios de laboratorio, servicios de imagen que son requeridos para cuidado primario. Estas agencias REQUIEREN una prueba de ingresos, por lo que debemos de tener información actual en nuestros archivos. Si no tiene ninguna de las formas mencionadas anteriormente, llame a la clínica y pida hablar con alguien acerca de los requisitos de los comprobantes de ingresos y complete la auto-declaración de ingresos. <p style="text-align:center;">Nota: Si NO TIENE la declaración de impuestos del año pasado, necesita presentar información financiera actualizada</p>	
5.)	<input type="checkbox"/> PAQUETE DE PACIENTE NUEVO COMPLETADO Hoja de Registro, Historial de Salud, Derechos y Responsabilidades del Paciente, Información/Reconocimiento de Privacidad, Consentimiento de Servicios.	
Packet accepted by:		Date:
Financials review by:		Date:
Nurse review by:		Date:
<input type="checkbox"/> APPROVED/ Appt Date & Time:		<input type="checkbox"/> DENIED/Reason:
Date:	Note:	



NORTH PENN
10255 N PENN AVE,
OKLAHOMA CITY, OK 73120
405.749.0800

MIDTOWN
222 NW 12TH STREET,
OKLAHOMA CITY, OK 73103
405.232.8631

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE			
Nombre legal completo: (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		Fecha de Nacimiento: (Mes / Día / Año)	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/Juntado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	Cantidad de Niños:	Número de Seguro Social: (XXX-XX-XXXX)
¿Cuál es su raza? (Seleccione todos los que sean aplicables.) <input type="checkbox"/> Nativo Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico Blanco <input type="checkbox"/> Otrá: _____		¿Cuál es su etnia? <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No Hispano / Latino	
¿Es ciudadano de EEUU? (Esta información es sólo para uso de la clínica.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma de Habla Principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Dirección Actual de Domicilio: (Ciudad, Estado, Código Postal)		¿Destechado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo Electrónico:	Número de Teléfono de Casa: () -	Número de Teléfono Celular: () -	
CONTACTOS DE EMERGENCIA			
Nombre: Parentesco: Teléfono: ¿Podemos compartir información médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre: Parentesco: Teléfono: ¿Podemos compartir información médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
INFORMACIÓN SOBRE SU HOGAR E INFORMACIÓN FINANCIERA			
¿Cuántos adultos (mayores de 18 años) <u>incluyéndolo a usted</u> , viven en su hogar?		¿Cuántos niños (menores de 18 años) viven en su hogar?	
¿Cuántas personas en el hogar tienen ingresos? (de cualquier tipo incluyendo desempleo, incapacidad, SSI, ingresos de jubilación)			
¿Cuál es el monto total que USTED aporta al hogar? \$ _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual			
¿Cuál es el ingreso total COMBINADO de TODOS los miembros del hogar? \$ _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual		¿Usted Declaró Impuestos el Año Pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
¿Usted está empleado? <input type="checkbox"/> Sí, tiempo completo <input type="checkbox"/> Sí, medio tiempo <input type="checkbox"/> No		Nombre de Su Empleador:	
INFORMACIÓN ADICIONAL			
¿Usted ha sido paciente de Crossings Community Clinic o Good Shepherd Clinic en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Preocupaciones de salud principal:			
¿Necesita cuidado VISUAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita cuidado DENTAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuánto tiempo lleva sin seguro médico?	
		¿Quién fue el último doctor que cuidó de su salud?	
¿Cuál es su farmacia preferida?	Número de la farmacia:	Dirección de la farmacia:	



NORTH PENN
 10255 N PENN AVE,
 OKLAHOMA CITY, OK 73120
 405.749.0800

MIDTOWN
 222 NW 12TH STREET,
 OKLAHOMA CITY, OK 73103
 405.232.8631

HISTORIAL DE SALUD

TRAIGA TODOS SUS MEDICAMENTOS EN LOS FRASCOS ORIGINALES A SU PRIMERA CITA

MEDICAMENTOS (incluyendo herbales, control prenatal y medicamentos de venta libre) <input type="checkbox"/> Ninguna					
	Nombre	Dosis/Frecuencia	Tomo	No Tomo	Necesito Rellenos
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALERGIAS Ninguna

Alergias alimenticias: _____ ¿Tiene alergia al yodo o mariscos? Sí No
 Alergias medicinales: _____ ¿Tiene alergia al látex o goma? Sí No

HISTORIAL MÉDICO ACTUAL Y ANTERIOR (seleccione todo lo que se aplique) Ninguna

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión | <input type="checkbox"/> Endocarditis | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfisema, EPOC, Bronquitis Crónica | <input type="checkbox"/> Marcapasos o Desfibrilador |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Corazón Agrandado o ICC | <input type="checkbox"/> Latido Cardíaco Irregular |
| <input type="checkbox"/> Alergias or Fiebre del Heno | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal/Diálisis |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza o Migraña | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia/Trastorno Bipolar |
| <input type="checkbox"/> Cáncer o Leucemia | <input type="checkbox"/> Infarto de Miocardio o Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Anemia Drepanocítica o Rasgo |
| <input type="checkbox"/> Demencia (Pérdida de memoria) | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Trastorno de la Piel |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Desviación Cardíaca, Angioplastia, Stents | <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Trasplante de Órgano |
| <input type="checkbox"/> Coágulos Sanguíneos, TPV, Embolia Pulmonar | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hueso, Músculo, Articulación | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad Hepática | |

OTRO: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS Ninguna

Mes / Año	Tipo de Cirugía

HOSPITALIZACIONES / VISITAS A LA SALA DE EMERGENCIAS Ninguna

Mes / Año	Motivo de la Visita / Visita a la Sala de Emergencias

HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD (seleccione todo lo que se aplique) <input type="checkbox"/> Ninguna / Desconocida									
Miembro de la Familia	¿Aún vive?	Diabetes	Hipertensión	Enfermedad del Corazón	Cáncer	Asma	Defecto de Nacimiento	Enfermedad Mental	Abuso de Sustancias
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano/Hermana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuela Materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo Materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuela Paterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo Paterno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otro: _____

USO DE TABACO / DE FUMAR	
¿Usted fuma actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Solía Fumar	¿Fuma todos los días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuántos paquetes de cigarrillos fuma por día? <input type="checkbox"/> Menos de medio paquete <input type="checkbox"/> 1 paquete <input type="checkbox"/> Más de un paquete	
¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar? <input type="checkbox"/> <1 mes <input type="checkbox"/> 3-6 meses <input type="checkbox"/> 7-12 meses <input type="checkbox"/> 1-5 años <input type="checkbox"/> 6-10 años <input type="checkbox"/> > 10 años	
¿Usa otros tipos de tabaco? (seleccione todo lo que se aplique) <input type="checkbox"/> pipa <input type="checkbox"/> tabaco en polvo <input type="checkbox"/> puros <input type="checkbox"/> masticable <input type="checkbox"/> cigarro electrónico <input type="checkbox"/> vape	¿Cuántos años ha fumado?
Usted está: <input type="checkbox"/> Listo para dejar de fumar <input type="checkbox"/> Pensando en dejar de fumar <input type="checkbox"/> No está listo para dejar de fumar	

USO DE ALCOHOL	
¿Usted toma alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si la respuesta es sí, qué tan seguido toma? <input type="checkbox"/> Mensualmente o menos <input type="checkbox"/> 2-4 veces por mes <input type="checkbox"/> 2-3 veces por semana <input type="checkbox"/> 4+ veces por semana
¿Cuántas bebidas típicamente ingiere en un día que tome? <input type="checkbox"/> 1 a 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 <input type="checkbox"/> 5 a 6 <input type="checkbox"/> 7 a 9 <input type="checkbox"/> 10 o más	

USO DE SUSTANCIAS	
¿Ha usado drogas no-médicas en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Si la respuesta es sí, qué drogas? (Incluyendo el uso de marihuana médica o recreativa)	¿Aún la está usando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hace cuantos meses fue la última vez que lo uso? <input type="checkbox"/> <6 meses <input type="checkbox"/> 6-12 meses <input type="checkbox"/> 12-24 meses <input type="checkbox"/> 24+ meses	

ANTECEDENTES SEXUALES	
¿Está sexualmente activo? <input type="checkbox"/> Sí, dentro del último mes <input type="checkbox"/> Sí, en el pasado <input type="checkbox"/> Nunca he tenido relaciones sexuales	¿Tiene historial de infecciones de transmisión sexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted tiene sexo con? <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Ninguno	¿Si la respuesta es sí, cuáles son las infecciones? <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> VPH <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Tricomonas <input type="checkbox"/> _____
¿Utiliza control anticonceptivo o protección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



CROSSINGS
COMMUNITY CLINIC

NORTH PENN
10255 N PENN AVE,
OKLAHOMA CITY, OK 73120
405.749.0800

MIDTOWN
222 NW 12TH STREET,
OKLAHOMA CITY, OK 73103
405.232.8631

HISTORIAL DE SALUD DE LA MUJER
¿Está embarazada o amamantando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, fecha calculada de parto:
¿Tiene periodos menstruales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí: <input type="checkbox"/> Son Regulares <input type="checkbox"/> Son Irregulares
¿Cuándo fue su último examen de mujer? (mes/año): ¿Cuándo fue el último mamograma? (mes/año): ¿Tiene cambios en los senos/bultos en el pecho?
Antecedentes de preocupaciones de salud femenina: (Historial infección de transmisión sexual o infección pélvica / infertilidad / fibromas o quistes / papanicolau anormal / VPH / incontinencia urinaria) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, explique:
Antecedentes de Obstetrica : Número de embarazos en su vida: Número total de pérdidas tempranas (incluyendo abortos): Número total de partos a término: Número de total de parto prematuros: Número de hijos que viven:

HISTORIAL DE SALUD DEL HOMBRE
Antecedentes de trauma testicular o quirúrgica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Antecedentes de preocupaciones de salud masculina: (historial infección de transmisión sexual / dolor testicular o hinchazón / secreciones o dolor de pene / llagas visibles / dificultades sexuales) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, explique:
¿En qué año fue su último examen de la próstata o examen rectal?
Problemas de Próstata: ¿Tiene problemas con unriación o no puede vaciar la vejiga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se despierta por la noche para orinar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene sangre en la orina ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Infecciones de riñón/ orina/ próstata? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene dolor testicular o hinchazón cuando hace esfuerzos, levantamientos o al toser? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

OTRO
¿Obtuvo las series de vacunaciones infantiles completas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que se aplique) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Herpes Zóster <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
¿Ha recibido alguna de las siguientes vacunas como adulto? <input type="checkbox"/> Sí (marque todo lo que corresponda y escriba el año) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tétanos/Tdap/dTap _____ <input type="checkbox"/> Influenza _____ <input type="checkbox"/> Neumonía _____ <input type="checkbox"/> COVID-19 _____ <input type="checkbox"/> Herpes _____ <input type="checkbox"/> Otra _____
¿Tiene preocupaciones sobre su dieta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique:
¿Alguna vez se ha hecho una colonoscopia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, año:



NORTH PENN
 10255 N PENN AVE,
 OKLAHOMA CITY, OK 73120
 405.749.0800

MIDTOWN
 222 NW 12TH STREET,
 OKLAHOMA CITY, OK 73103
 405.232.8631

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Nombre: <i>(Apellido, Nombre, Inicial)</i>	Fecha de Nacimiento:
---	-----------------------------

Crossings Community Clinic cree en la atención médica basada en equipo. Cada uno de nosotros tiene una labor que desempeñar.

Crossings Community Clinic es responsable de:

- Brindar servicios de atención primaria de alta calidad.
- Brindar atención considerada y respetuosa.
- Explicar todos los procedimientos y resultados de las pruebas en las citas con los pacientes.
- Hacer todo lo posible para responder a todas las llamadas y mensajes de manera oportuna.
- Mantener privada toda la información médica.

Usted, como paciente, es responsable de:

- Llegar a tiempo a las citas. Si necesita cancelar o reprogramar, debe llamarnos al 405-749-0800 (North Penn) o al 405-232-8631 (Midtown) al menos 24 horas antes de la hora de su cita. Dejar un mensaje de voz es aceptable. Si pierde tres (3) citas en un año sin llamar, Crossings Community Clinic puede suspender el servicio.
- Obtener cualquier estudio de laboratorio o imágenes que ordene su médico antes de su próxima cita.
- Informar a Crossings Community Clinic dentro de los 30 días de cualquier cambio en el estado de su seguro médico, ingresos o información de contacto. El no hacerlo puede resultar en un retraso en su tratamiento.
- Proporcionar información financiera familiar actualizada cada año y según se solicite.
- Ser un participante activo en el manejo de su salud.
- *Si no habla inglés, lleve a todas las citas a un intérprete que tenga 18 años o más.*

Información del paciente:

- **Medicamentos:** Crossings Community Clinic no receta ni distribuye narcóticos ni sustancias controladas. Por favor, avísenos antes de que se le acabe el medicamento. No hay garantía de que podamos completar las solicitudes de medicamentos sin cita previa.
- **Cortesía:** El lenguaje y comportamiento inapropiado/abusivo dirigido a proveedores, personal, voluntarios u otros pacientes es inaceptable. La clínica se reserva el derecho de rechazar la atención.
- **Limitaciones:** Crossings Community Clinic está limitada en los servicios que brindamos a los pacientes y no puede garantizar el acceso a referencias especializadas e imágenes.

Debido a los recursos limitados, Crossings Community Clinic NO puede:

- ▶ Tratar condiciones de emergencia.
- ▶ Tratar las lesiones asociadas a compensación laboral.
- ▶ Establecer la seguridad social por descapacidad.
- ▶ Ayudar a los pacientes con casos judiciales relacionados con su condición médica.
- ▶ Determinar la capacidad o incapacidad de un paciente para realizar cualquier tipo de trabajo.

HE LEÍDO Y ENTIENDO EL DOCUMENTO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y ACEPTO CUMPLIR CON TODOS SUS TÉRMINOS Y CONDICIONES.

Firma del Paciente/Persona Responsable: _____ Fecha : _____



NORTH PENN
 10255 N PENN AVE,
 OKLAHOMA CITY, OK 73120
 405.749.0800

MIDTOWN
 222 NW 12TH STREET,
 OKLAHOMA CITY, OK 73103
 405.232.8631

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD

Nombre: <i>(Apellido, Nombre, Inicial)</i>	Fecha de Nacimiento:
---	-----------------------------

AUTORIZACIÓN PARA TRANSMITIR INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD POR MENSAJE

Autorizo al personal, los proveedores y los voluntarios de Crossings Community Clinic a dejarme mensajes en los números de teléfono que proporcioné como información de contacto personal. Entiendo que estos mensajes pueden incluir información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) relacionada con las fechas/horarios de mi cita, atención y tratamiento, y pueden venir en forma de correo de voz o mensaje de texto.

AUTORIZO A CROSSINGS COMMUNITY CLINIC A DEJAR MENSAJES QUE CONTENGAN INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DE LA SIGUIENTE MANERA: (Seleccione todo lo que corresponda)

- Buzón de voz Mensaje de texto Con familiares /amigos Sin Mensajes, Por Favor

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL

Autorizo a Crossings Community Clinic a proporcionar mi información médica protegida a las siguientes personas:

NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO

Reconozco y entiendo que esta autorización se mantendrá como parte de mi expediente médico y permanecerá vigente hasta que yo la retire por escrito. Es mi responsabilidad informar a Crossings Community Clinic si deseo cambiar mi información de contacto.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que se me ha brindado la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad de Crossings Community Clinic y que he leído y entendido completamente el aviso. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre el aviso y mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Pídale a un miembro del personal que vea una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

 Firma del Paciente/Persona Responsable

 Fecha



NORTH PENN
 10255 N PENN AVE,
 OKLAHOMA CITY, OK 73120
 405.749.0800

MIDTOWN
 222 NW 12TH STREET,
 OKLAHOMA CITY, OK 73103
 405.232.8631

CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS

Nombre: <i>(Apellido, Nombre, Inicial)</i>	Fecha de Nacimiento:
---	-----------------------------

Acta de Inmunidad de Voluntarios Declaración de Divulgación y Reconocimiento

La ley de Oklahoma establece que ciertos profesionales de la salud son inmunes de responsabilidad en una acción civil basada en los actos u omisiones en la prestación de servicios de profesionales de la salud voluntarios bajo ciertas circunstancias, una de las cuales es que los servicios de salud voluntarios se brindaron en una clínica gratuita donde ni el profesional ni la clínica reciben ningún tipo de compensación por ningún tratamiento brindado en la clínica.

A excepción de algunos de los proveedores de atención médica y el personal administrativo, la mayoría de las personas que me brindarán atención y servicios son voluntarios. Entiendo que estoy renunciando a mi derecho a recuperarme por lesiones o daños en una demanda contra cualquier médico voluntario o Crossings Community Clinic a cambio de recibir servicios de salud gratuitos.

Consentimiento Para Tratamiento de Atención Médica

Los servicios de salud que se ofrecen a través de Crossings Community Clinic pueden ser administrados por una variedad de profesionales de la salud con licencia y algunos servicios pueden ser brindados por una variedad de profesionales sin licencia, consejeros u otros médicos, que pueden incluir profesionales de la salud en capacitación o pasantes.

Para garantizar cuidado de salud continuo, puede ser necesario que Crossings Community Clinic comparta información sobre mi salud con otros proveedores involucrados en mi atención médica.

Crossings Community Clinic puede tomar y usar fotos, imágenes o videos míos y/o de mi hijo menor de edad con el propósito de: inclusión en mi expediente médico, educación, documentación del estado de salud actual/futuro, envío a fuentes de referencia de atención médica y otros que participar activamente en mi atención y comunicarse con las organizaciones que otorgan subvenciones.

Soy consciente de que la práctica de la atención médica no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías con respecto a los resultados de los procedimientos y/o tratamientos realizados. Reconozco que aunque mi proveedor tratará de informarme sobre los riesgos conocidos relacionados con cualquier tratamiento/procedimiento realizado, podrían surgir situaciones adicionales imprevisibles y/o no prevenibles en el curso de mi atención, lo que podría resultar en daño.

He leído y entiendo el formulario de Consentimiento para Servicios. Las preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Entendiendo lo anterior, doy mi consentimiento para recibir servicios de Crossings Community Clinic. Mi consentimiento es válido hasta que lo retire por escrito.

Nombre del Paciente en Letra de Imprenta: _____ Fecha: _____

Si el paciente es menor de 18 años, escriba el nombre del padre/tutor legal en letra de imprenta:

Firma del Paciente / Persona Responsable: _____



NORTH PENN
10255 N PENN AVE,
OKLAHOMA CITY, OK 73120
405.749.0800

MIDTOWN
222 NW 12TH STREET,
OKLAHOMA CITY, OK 73103
405.232.8631

AVISO DE CANCELACIÓN Y FALTAS

Reglas Sobre las Citas

Cumpla con su cita médica o notifiquenos con la mayor anticipación posible para que nosotros podamos asignar esa cita a otro paciente.

Las cancelaciones se consideran una "FALTA"

- Cancelación dentro de las 24 horas antes de la cita
- Cancelación en el momento del recordatorio de la cita
- Llegada tardía de 15 o más minutos después de la cita programada
- No presentarse a la cita programada sin previo aviso

Reagendar una cita cancelada

- Su cita se reprogramará si nos ha notificado con anticipación.
- Después de DOS (2) faltas, es posible que no se re programe la cita y que Crossings suspenda toda atención.

Clínica de Extracción Dental Falta / Cancelación

- Si no se presenta a su cita su registro dental se desactivará.

Mi firma a continuación significa que he entendido las reglas para cancelar o no asistir a una cita programada sin previo aviso.

Nombre (letra de imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____



NORTH PENN
 10255 N PENN AVE,
 OKLAHOMA CITY, OK 73120
 405.749.0800

MIDTOWN
 222 NW 12TH STREET,
 OKLAHOMA CITY, OK 73103
 405.232.8631

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Nombre: <i>(Apellido, Nombre, Inicial)</i>	Fecha de Nacimiento:
---	-----------------------------

Crossings Community Clinic cree en la atención médica basada en equipo. Cada uno de nosotros tiene una labor que desempeñar.

Crossings Community Clinic es responsable de:

- Brindar servicios de atención primaria de alta calidad.
- Brindar atención considerada y respetuosa.
- Explicar todos los procedimientos y resultados de las pruebas en las citas con los pacientes.
- Hacer todo lo posible para responder a todas las llamadas y mensajes de manera oportuna.
- Mantener privada toda la información médica.

Usted, como paciente, es responsable de:

- Llegar a tiempo a las citas. Si necesita cancelar o reprogramar, debe llamarnos al 405-749-0800 (North Penn) o al 405-232-8631 (Midtown) al menos 24 horas antes de la hora de su cita. Dejar un mensaje de voz es aceptable. Si pierde tres (3) citas en un año sin llamar, Crossings Community Clinic puede suspender el servicio.
- Obtener cualquier estudio de laboratorio o imágenes que ordene su médico antes de su próxima cita.
- Informar a Crossings Community Clinic dentro de los 30 días de cualquier cambio en el estado de su seguro Médico, ingresos o información de contacto. El no hacerlo puede resultar en un retraso en su tratamiento.
- Proporcionar información financiera familiar actualizada cada año y según se solicite.
- Ser un participante activo en el manejo de su salud.
- *Si no habla inglés, lleve a todas las citas a un intérprete que tenga 18 años o más.*

Información del paciente:

- **Medicamentos:** Crossings Community Clinic no receta ni distribuye narcóticos ni sustancias controladas. Por favor, avísenos antes de que se le acabe el medicamento. No hay garantía de que podamos completar las solicitudes de medicamentos sin cita previa.
- **Cortesía:** El lenguaje y comportamiento inapropiado/abusivo dirigido a proveedores, personal, voluntarios u otros pacientes es inaceptable. La clínica se reserva el derecho de rechazar la atención.
- **Limitaciones:** Crossings Community Clinic está limitada en los servicios que brindamos a los pacientes y no puede garantizar el acceso a referencias especializadas e imágenes.
 - **Debido a los recursos limitados, Crossings Community Clinic NO puede:**
 - ▶ Tratar condiciones de emergencia.
 - ▶ Tratar las lesiones de compensación laboral.
 - ▶ Establecer la seguridad social por descapacidad.
 - ▶ Ayudar a los pacientes con casos judiciales relacionados con su condición médica.
 - ▶ Determinar la capacidad o incapacidad de un paciente para realizar cualquier tipo de trabajo.

HE LEÍDO Y ENTIENDO EL DOCUMENTO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y ACEPTO CUMPLIR CON TODOS SUS TÉRMINOS Y CONDICIONES.

COPIA PARA EL PACIENTE



NORTH PENN
 10255 N PENN AVE,
 OKLAHOMA CITY, OK 73120
 405.749.0800

MIDTOWN
 222 NW 12TH STREET,
 OKLAHOMA CITY, OK 73103
 405.232.8631

AVISO DE CANCELACIÓN Y FALTAS

Reglas Sobre las Citas

Cumpla con su cita médica, o notifiquenos con la mayor antelación posible para que nosotros podamos asignar esa cita a otro pacient.

Las cancelaciones se consideran una "FALTA"

- Cancelación dentro de las 24 horas antes de la cita
- Cancelación en el momento del recordatorio de la cita
- Llegada tardía de 15 o más minutos después de la cita programada
- No presentarse a la cita programada sin previo aviso
- Las citas con Médicos Especialistas requieren cancelación con 48 horas de anticipación. (Por lo general, los especialistas vienen a la clínica una vez al mes.)

Reagendar una cita cancelada

- Su cita se reprogramará si nos ha notificado con anticipación.
- Después de DOS (2) cancelaciones con poco aviso o ausencias, es posible que no se re programe la cita y que Crossings suspenda la atención.

Clínica de Extracción Dental Falta / Cancelación

- Si no se presenta a su cita su registro dental se desactivará.

Mi firma a continuación significa que he entendido las reglas para cancelar o no asistir a una cita programada sin previo aviso.

Nombre (letra de imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____

COPIA PARA EL PACIENTE