****

**Bienvenido a Nuestra Clínica**
Gracias por elegirnos para su atención médica. Para poder atenderle de manera eficiente, por favor lea cuidadosamente las siguientes pautas. No dude en llamarnos si tiene alguna pregunta.
**Instrucciones para Ingresar a la Oficina:** Por favor, use la entrada de la Suite 350 al llegar a su cita.

**Antes de Su Cita**
• **Llegada:** Llegue de 20 a 30 minutos antes para completar formularios y verificar su seguro.
• **Qué Traer:**
o Tarjeta de seguro médico e identificación con foto (requerido en cada visita)
o Lista de medicamentos actuales, suplementos y gotas para los ojos
o Documentos legales: MOLST, Testamento Vital o Poder Legal (si aplica)

**Seguro Médico y Facturación**
• Su seguro es un contrato entre usted y su proveedor de seguro.
• **Proveedor de Atención Primaria (PCP):** Si su seguro requiere que nuestra oficina/proveedor esté listado, actualícelo antes de la visita o traiga prueba del cambio.
• **Copagos:** Deben pagarse al momento del servicio.
• **Cobertura:** Es su responsabilidad verificar si estamos dentro de su red. Si no lo estamos, se espera el pago total.
• **Preguntas de Facturación:** Llame al (301) 797-0210, Opción 3 o pague en línea en [www.pcaofhagerstown.com](http://www.pcaofhagerstown.com" \t "_new)

**Políticas de la Oficina**
• **Cancelaciones:** Se requiere notificación con 24 horas de anticipación. Se cobrará por inasistencias o cancelaciones tardías. Tres inasistencias pueden resultar en la finalización de su atención.
• **Renovaciones de Medicamentos:** Llame a la Opción 2, permita de 48 a 72 horas (5 días hábiles para sustancias controladas).
• **Consejos Fuera del Horario:** Nuestra línea fuera del horario es solo para preocupaciones médicas urgentes. Para emergencias que amenacen la vida, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.
**Nota:** No se procesarán renovaciones de medicamentos por la línea fuera del horario.
• **Formularios/Cartas:** Tiempo de entrega de 5 días hábiles; se aplican cargos.
• **Resultados de Pruebas:** Se le contactará dentro de 2 semanas.
• **Consulta de Bienestar Medicare:** Visita anual sin costo; no es un examen físico ni consulta por enfermedad.

**Servicios Especiales y Pautas**
• **Chequeo de Presión Arterial:** Puede facturarse al seguro.
• **Referencias:** Requieren 5 días hábiles.

**Horario de Atención**
• Abierto: Lunes a Viernes, 8:00 AM–4:30 PM
• Teléfonos: 8:00–12:30 y 1:30–4:00 PM

****

**Formulario de Registro para Nuevos Pacientes**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**
Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_
Género al Nacer: ☐ M ☐ F
Identidad de Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario / Tercer género ☐ Hombre Transgénero ☐ Mujer Transgénero ☐ Prefiero no responder
Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado
Raza: ☐ Blanca ☐ Negra ☐ Asiática ☐ Indígena Americana / Nativo de Alaska ☐ Isleño del Pacífico ☐ Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Etnicidad: ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO**
Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Medio de Contacto Preferido: ☐ Teléfono ☐ Correo Electrónico ☐ Correo Postal

**EMPLEO**
☐ Empleado ☐ Medio Tiempo ☐ Jubilado ☐ Estudiante ☐ Discapacitado ☐ Desempleado
Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Pasatiempos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**
Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SEGURO MÉDICO Y ACUERDO DE FACTURACIÓN**
Seguro Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
ID del Miembro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Grupo #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Entiendo que soy responsable de conocer la cobertura de mi seguro.
☐ Autorizo la divulgación de registros médicos a mi compañía de seguros y médicos remitentes.
☐ Acepto responsabilidad financiera por los servicios no cubiertos por el seguro.
☐ Autorizo el pago directo de beneficios médicos a Primary Care Associates of Hagerstown.

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

**Autorización HIPAA para la Divulgación de Información Médica**

**Información del Paciente**
Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorización para Divulgar Información Médica**
Autorizo el uso o divulgación de mi información médica protegida como se describe a continuación:

**Preferencia de Contacto Personal**
☐ Teléfono ☐ Dejar Mensaje de Voz ☐ Texto (cuando aplique) ☐ Correo Electrónico ☐ Correo Postal

**Quién Puede Recibir la Información:**
Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información a Divulgar**
☐ Toda la información médica relacionada con tratamiento, facturación y registros
☐ Solo registros específicos (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Derechos del Paciente y Reconocimiento**
• Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante aviso por escrito.
• Entiendo que la revocación no afectará acciones tomadas antes de que se reciba.
• Entiendo que la información divulgada bajo esta autorización puede estar sujeta a redistribución y puede no estar protegida por HIPAA.

**Firma**
Firma del Paciente o Representante Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PCA de Hagerstown**
Teléfono: (301) 797-0210 Fax: (301) 797-6514 Alt: (877) 679-4651

**Información del Paciente**
Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_
Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Propósito de la Solicitud (Marque todo lo que aplique)**
☐ Continuidad de Atención ☐ Legal ☐ Uso Personal ☐ Seguro ☐ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipo de Solicitud**
☐ Autorizo a PCA de Hagerstown a liberar mis registros a la entidad listada abajo.
☐ Autorizo a PCA de Hagerstown a obtener registros de la entidad listada abajo.

**Parte Receptora/Remitente**
Nombre del Centro/Proveedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información a Divulgar (Marque todo lo que aplique)**
☐ Registros médicos de los últimos \_\_\_ años ☐ Notas de Visitas Médicas ☐ Laboratorios/Pruebas Diagnósticas
☐ Informes de Imágenes/Rayos X ☐ Registros de Vacunación ☐ Notas de Salud Mental/Conductual
☐ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Entiendo que:**
• Esta autorización es voluntaria y puedo revocarla en cualquier momento mediante solicitud escrita, excepto donde ya se haya divulgado información.
• La información divulgada bajo esta autorización puede estar sujeta a redistribución y puede no estar protegida por HIPAA.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Fecha: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

Si firma un representante legal, escriba el nombre y la relación con el paciente:
Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE**

**MEDICAMENTOS ACTUALES**
(Incluya recetas, medicamentos de venta libre, suplementos, vitaminas, gotas para los ojos):

**Alergias:**

 **ESPECIALISTAS MÉDICOS**
Por favor, liste los especialistas que ve regularmente:

| **Especialidad** | **Nombre y Clínica** | **Ciudad/Estado** |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**HISTORIAL MÉDICO** (Marque todo lo que aplique)

☐ Asma ☐ EPOC ☐ Hipertensión
☐ Diabetes Tipo 1 ☐ Diabetes Tipo 2 ☐ Enfermedad deTiroides
☐ Colesterol Alto ☐ Enfermedad Cardíaca ☐ Derrame Cerebral/TIA
☐ Convulsiones ☐ Ansiedad ☐ Depresión
☐ Enfermedad Renal ☐ Enfermedad Hepática ☐ Cáncer (Tipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
☐ Reflujo/GERD ☐ Anemia ☐ Coágulos de Sangre
☐ Osteoporosis ☐ Migrañas ☐ Artritis
☐ Apnea del Sueño ☐ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIAL FAMILIAR** (Marque si aplica)

| **Condición**  | **Madre** |  **Padre** |  **Hermano(a)** |  **Abuelo(a)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enfermedad Cardíaca**  |

|  |
| --- |
| ☐ |

 |

|  |
| --- |
| ☐ |

 |

|  |
| --- |
| ☐ |

 |

|  |
| --- |
| ☐ |

 |
| **Diabetes**  | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Presión Alta**  | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Cáncer (tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_)**  | ☐ | ☐ | ☐ |  |
| **Derrame Cerebral**  | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Depresión/Ansiedad**  | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**HISTORIAL QUIRÚRGICO**
Liste cualquier cirugía previa y fechas:



|  |
| --- |
| **EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN: PHQ-9**  |
| **Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?*****(Marque la casilla correspondiente a la derecha)*** | **(0) Nada en absoluto** | **(1) Varios días** | **(2) Más de la mitad de los días** | **(3) Casi todos los** |
| **1. Poco interés o placer en hacer cosas** |  |  |  |  |
| **2. Sentirse decaído(a), deprimido(a) o sin esperanza.**  |  |  |  |  |
| **3. Dificultad para quedarse dormido(a), permanecer dormido(a) o dormir demasiado.** |  |  |  |  |
| **4. Sentirse cansado(a) o con poca energía.** |  |  |  |  |
| **5. Falta de apetito o comer en exceso** |  |  |  |  |
| **6. Sentirse mal consigo mismo(a), o pensar que es un fracaso o que ha fallado a usted mismo(a) o a su familia** |  |  |  |  |
| **7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión.** |  |  |  |  |
| **8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas lo han notado. O lo contrario: estar tan inquieto(a) o agitado(a) que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual.** |  |  |  |  |
| **9.Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de hacerse daño de alguna manera.** |  |  |  |  |

**Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Cuestionario de Ansiedad GAD-7** |
| **Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?*****(Marque la casilla correspondiente a la derecha)*** | **(0) Nada en absoluto** | **(1) Varios días** | **(2) Más de la mitad de los días** | **(3) Casi todos los** |
| **1. Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o al límite de los nervios** |  |  |  |  |
| **2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar las preocupaciones** |  |  |  |  |
| **3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas** |  |  |  |  |
| **4. Dificultad para relajarse** |  |  |  |  |
| **5.**  **Estar tan inquieto(a) que es difícil quedarse quieto(a)** |  |  |  |  |
| **6. Irritarse o enojarse con facilidad** |  |  |  |  |
| **7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar** |  |  |  |  |

## Programa de Cuidados Primarios en Maryland- SBIRT

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Preguntas |  | 1 | 2 | 3 | 4 | suPuntaje |
| ¿Qué tan seguido bebe una bebida que contiene alcohol? | Nunca | Al Mes o Menos | 2-4 veces por mes | 2-3 veces por semana | por semana |  |
| ¿Cuántas unidades de alcohol consume en un típico día que esté bebiendo? |  | l a 2 | 5a 6 | 7 a 9 | 10 0 mas |  |
| ¿Qué tan seguido consume? 6 0 mas unidades 8 0 más unidades en una sola ocasión en el último año | Nunca | Menos delMes | Al Mes | Semanal | Diario o todos los días |  |

Detección de Drogas:

1. . En los últimos 12 meses, ¿ha usado algún tipo de droga ilícita? NO
2. En los últimos 12 meses, ¿ha abusado de algún medicamento recetado? SI NO
3. Si, si a alguna de estas preguntas previas, qué droga ha usado en los últimos 12 meses (circule al que aplique).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anfetaminas | Fetanillo | Metanfetaminas | Medicamentos antipsicóticos |
| Barbitúricos | Alucinógena/LSD | Pastillas de opiáceos | Pastillas para dormir |
| Benzodiazepinas | Heroina | Metadona | Prescripción médica |
| Cocaina | Inhalación/De Solventes | Suboxona | Otro: |
| Extasis | Marijuana Sintetica | Otros medicamentos prescritos |  |