**A close-up of a logo

AI-generated content may be incorrect.**

**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

**A white card with a symbol and text

AI-generated content may be incorrect.**

**A white card with a symbol and text

AI-generated content may be incorrect.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.

**A white card with a symbol and text

AI-generated content may be incorrect.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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A white card with a symbol and text

AI-generated content may be incorrect.**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:

A white card with a symbol and text

AI-generated content may be incorrect.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | su  Puntaje |
| ¿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 del  Mes | 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 |  |