



AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Honor Community Health puede usar y divulgar información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre mí para llevar a cabo el Tratamiento, Pago y Operaciones (TPO). Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Honor Community Health publicado en la clínica para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.

Honor Community Health se reserva el derecho de revisar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de prácticas de privacidad revisado enviando una solicitud por escrito a Honor Community Health al 461 W. Huron, Pontiac, MI 48341-1601.

Con mi consentimiento, Honor Community Health puede llamar a mi casa u otro lugar designado y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude al centro médico a llevar a cabo el TPO, como recordatorios de citas, elementos del seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio, entre otros.

Honor Community Health puede enviar por correo a mi casa o a otro lugar designado cualquier artículo que ayude al centro médico a llevar a cabo el TPO, como tarjetas recordatorias de citas y estados de cuenta del paciente, siempre que estén marcados como "Personal y confidencial".

Honor Community Health puede enviarme correos electrónicos o mensajes de texto recordatorios de citas y estados de cuenta del paciente. Tengo derecho a solicitar que Honor Community Health restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI para llevar a cabo el TPO. Sin embargo, el centro no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, queda vinculado por este acuerdo.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que Honor Community Health use y divulgue mi PHI para llevar a cabo el TPO. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito en la medida en que el centro médico ya haya hecho divulgaciones en base a mi consentimiento previo. Si firmo el consentimiento, Honor Community Health puede negarse a brindarme tratamiento.

Doy mi consentimiento para que las personas mencionadas a continuación tengan acceso a toda mi Información de salud personal (PHI, por sus siglas en inglés). También autorizo a Honor Community Health a hablar sobre toda mi PHI con las personas que se mencionan a continuación:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Doy permiso a la persona mencionada a continuación para que lleve a mis hijos a sus citas de atención médica y retire los medicamentos de la farmacia:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

X _____
Firma del paciente o del tutor legal del paciente (si corresponde)

Fecha

Nombre del paciente en letra imprenta

Nombre del tutor legal del paciente en letra imprenta (si corresponde)



Live healthy. Be well.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Por la presente doy mi consentimiento para todos los tratamientos, incluidas las pruebas, evaluaciones, los procedimientos y medicamentos que los médicos y el personal de Oakland Integrated Healthcare Network (OIHN) DBA Honor Community Health consideren necesarios.

Entiendo que los médicos y el personal dependerán de las declaraciones que haga, la información de mi historial médico y otra información disponible para evaluar mi afección y decidir el mejor tratamiento.

Entiendo que los médicos y el personal hablarán conmigo sobre los beneficios y riesgos del tratamiento y que puedo hacer preguntas sobre mi tratamiento o la protección de mi expediente médico en cualquier momento.

Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.

Entiendo que OIHN mantiene un expediente médico integral que contiene información de salud con respecto a todos los servicios que recibo de OIHN (médicos, salud del comportamiento, uso de sustancias, dentales, etc.). Todo médico o miembro del personal de OIHN con el que interactúe tendrá acceso a mi expediente médico integral, esto incluye cualquier registro de tratamiento por abuso de sustancias que corresponda.

Entiendo que algunos servicios en OIHN se pueden brindar usando equipo de telemedicina e involucran interacciones con proveedores que no están físicamente presentes para mi cita. Estas sesiones se transmiten a través de una conexión segura y dedicada y: no se graban en video, no se transmiten a través de Internet, no se graban ni se guardan de ninguna manera. Sin embargo, la información relevante se documentará en mi expediente médico, tal como se haría si el proveedor hubiera estado presente físicamente. Entiendo que en cualquier momento puedo decidir que las sesiones de telemedicina no satisfacen mis necesidades y solicitar una cita en persona.

Acepto pagar cualquier cargo en el momento del servicio o al recibir el estado de cuenta.

Entiendo que este consentimiento seguirá siendo válido por un período de un año a partir de la fecha a continuación, a menos que retire el consentimiento o el programa ya haya actuado en consecuencia. Todos los consentimientos deben retirarse por escrito con la excepción del consentimiento para el tratamiento por abuso de sustancias, que puede retirarse verbalmente.

Estoy de acuerdo en que se me ha proporcionado la información adecuada y la posibilidad de que me respondan preguntas.

X _____
Firma del paciente o del tutor legal del paciente (si corresponde)

Fecha

Nombre del paciente en letra imprenta

Nombre del tutor legal del paciente en letra imprenta (si corresponde)



Live healthy. Be well.

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE

Gracias por elegirnos. Para ayudarnos a cubrir todas sus necesidades de atención médica, complete este formulario en su totalidad con tinta. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, consúltenos y estaremos encantados de ayudarle.

Información del paciente (confidencial)					
Fecha de hoy		Apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento		Número del Seguro Social			
Dirección				N.º de departamento/unidad	
Ciudad		Estado		Código postal	
Teléfono particular		Teléfono laboral		Celular	
Nombre del padre/de la madre/del tutor			¿Relación?		
¿Podemos enviarle un mensaje de texto con recordatorios de citas e información sobre su atención médica? <small>*Se pueden aplicar tarifas estándar de datos y mensajes de texto según su operador de telefonía móvil</small>					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Correo electrónico				¿Podemos usar su correo electrónico para el Portal del paciente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				¿Podemos enviarle información por correo electrónico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sexo de nacimiento	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Sexo actual	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Transgénero masculino (femenino a masculino) <input type="checkbox"/> Transgénero femenino (femenino a masculino) <input type="checkbox"/> Prefiero no revelarlo	
Orientación sexual	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Otra cosa <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no revelarlo	Idioma preferido	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Raza	<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico	<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Me niego a informar		
Origen étnico	<input type="checkbox"/> Hispano/latino	<input type="checkbox"/> No hispano/latino	<input type="checkbox"/> Me niego a informar		
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Concubino <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Estado militar	<input type="checkbox"/> En servicic	<input type="checkbox"/> Jubilad	<input type="checkbox"/> Veterano		
Situación laboral	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Media jornada	<input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante		
Empleador				Ocupación	
Farmacia de preferencia	Nombre de la farmacia				
	Dirección de la farmacia				
	Teléfono de la farmacia				
Directivas avanzadas	¿Tiene una Directiva avanzada? <small>(Sus deseos con respecto a su tratamiento médico en caso de emergencia)</small>			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es No, ¿le gustaría obtener más información al respecto?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Trabajo agrícola	<input type="checkbox"/> Migrante	<input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Tiempo completo
Situación de vivienda	<input type="checkbox"/> Soy dueño/alquilo una casa/apartamento/condominio <input type="checkbox"/> Vivienda de transición (he estado sin hogar el año pasado, pero ahora tengo una vivienda/me quedo en un centro de tratamiento) <input type="checkbox"/> Vivienda compartida (me hospedo con amigos/familiares porque no tengo otra opción) <input type="checkbox"/> Estoy en un refugio (vivienda temporal como HOPE, SOS, Haven, etc.) <input type="checkbox"/> En situación de calle (vivo a la intemperie o en un coche/casa rodante) <input type="checkbox"/> Otro persona sin techo (vivo en un lugar que no es una casa, sin agua corriente ni calefacción, etc.)		
	¿Le preocupa perder su vivienda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Recibe servicios de alguna de las siguientes agencias?	<input type="checkbox"/> Community Network Services (CNS) <input type="checkbox"/> Easter Seals (ES) <input type="checkbox"/> Oakland Family Services (OFS) <input type="checkbox"/> Common Ground <input type="checkbox"/> Oakland Livingston Human Services (OLHSA)	<input type="checkbox"/> Training and Treatment Innovations (TTI) <input type="checkbox"/> Community Living Services (CLS) <input type="checkbox"/> Community Housing Network (CHN) <input type="checkbox"/> Macomb Oakland Regional Center (MORC) <input type="checkbox"/> Ninguna	
¿Cómo se enteró de nosotros?	<input type="checkbox"/> Cartelera <input type="checkbox"/> Redes sociales <input type="checkbox"/> Sitio web <input type="checkbox"/> Publicidad <input type="checkbox"/> Familiar/amigo <input type="checkbox"/> Otro: __		
Contacto de emergencia			
Nombre		Relación	
Teléfono particular		Celular	
Proveedor de atención médica actual			
¿Tiene un proveedor de atención médica anterior?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, mencione:	
¿Tiene un dentista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, mencione:	
Historial clínico: ¿Usted o algún familiar consanguíneo ha tenido: (escriba quién fue diagnosticado, es decir, hermano, hermana, tía, tío, hijos)			
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____
<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____	<input type="checkbox"/> Consumo de drogas	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____	<input type="checkbox"/> Cáncer colorrectal	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____	<input type="checkbox"/> Pólipos rectales	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Yo Pariente: _____

Honor Cares: Programa de tarifa variable

Honor Community Health ofrece tarifas con descuento para pacientes calificados que no puedan pagar la tarifa completa por los servicios. Como organización sin fines de lucro, recibimos fondos de fuentes de financiamiento locales, estatales, federales y de subvenciones, y estamos obligados a recopilar información financiera de nuestros pacientes para seguir recibiendo estos fondos. Toda la información se mantendrá confidencial.

Categoría de escalafón	A	B	C	D	E				
	<p>Busque la fila que describe el tamaño de su familia y luego encierre en un círculo el rango de ingresos totales del grupofamiliar correspondiente</p> <p>Ejemplo para un hogar de 3 personas con un ingreso total de \$ 30,000:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">3 people living in household annually earning:</td> <td>\$0 to \$21,960</td> <td style="border: 2px solid blue; border-radius: 50%; text-decoration: underline;">\$21,961 to \$32,940</td> <td>\$32,941 to \$38,430</td> </tr> </table>					3 people living in household annually earning:	\$0 to \$21,960	\$21,961 to \$32,940	\$32,941 to \$38,430
3 people living in household annually earning:	\$0 to \$21,960	\$21,961 to \$32,940	\$32,941 to \$38,430						
Tamaño de la familia Considerar adultos y niños	Rango de ingresos totales del grupo familiar								
1 persona que vive en el hogar que gana anualmente:	\$0 to \$13,590	\$13,591 to \$20,385	\$20,386 to \$23,782	\$23,783 to \$27,180	\$27,181+				
2 personas que viven en el hogar que ganan anualmente:	\$0 to \$18,310	\$18,311 to \$27,465	\$27,466 to \$32,042	\$32,043 to \$36,620	\$36,621+				
3 personas que viven en el hogar que ganan anualmente:	\$0 to \$23,030	\$23,031 to \$34,545	\$34,546 to \$40,302	\$40,303 to \$46,060	\$46,061+				
4 personas que viven en el hogar que ganan anualmente:	\$0 to \$27,750	\$27,751 to \$41,625	\$41,626 to \$48,562	\$48,563 to \$55,500	\$55,501+				
5 personas que viven en el hogar que ganan anualmente:	\$0 to \$32,470	\$32,471 to \$48,705	\$48,706 to \$56,822	\$56,823 to \$64,940	\$64,941+				
6 personas que viven en el hogar que ganan anualmente:	\$0 to \$37,190	\$37,191 to \$55,785	\$55,786 to \$65,082	\$65,083 to \$74,380	\$74,381+				
7 personas que viven en el hogar que ganan anualmente:	\$0 to \$41,910	\$41,911 to \$62,865	\$62,866 to \$73,342	\$73,843 to \$83,820	\$83,821+				
8 personas que viven en el hogar que ganan anualmente:	\$0 to \$46,630	\$46,631 to \$69,945	\$69,946 to \$81,602	\$81,603 to \$93,260	\$93,261+				
Más de 8 personas que viven en el mismo hogar:	\$4,670	\$7,005	\$8,172	\$9,340	\$9,341+				
¿Cuáles son sus ingresos?	\$ _____	¿Con qué frecuencia cobras estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente						

Confirmando que la información anterior es veraz y precisa. Estoy de acuerdo en informar a Honor Community Health de cualquier cambio en mis ingresos. No proporcionar información veraz, precisa o oportuna puede resultar en la pérdida de fondos para los privilegios de la escala de tarifas variables.

Me niego a solicitar el Programa de tarifas variables de Honor Cares

X _____
Firma del paciente o del tutor legal del paciente (si corresponde)

Fecha

Nombre del tutor legal del paciente en letra imprenta (si corresponde)