



Información de pacientes nuevos de DAMAR Health Services

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	
Sexo asignado al momento de nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Género: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otra raza: _____		
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		
Domicilio:		
Ciudad, Estado:	Código postal:	
Número de teléfono:		
¿Se pueden dejar mensajes de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Correo electrónico:	
Farmacia de preferencia:	Código postal de la farmacia:	
INFORMACIÓN DEL TUTOR LEGAL		
El cliente tiene al menos 18 años de edad o está emancipado (NO tiene tutor legal o representante para cuidados médicos) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Continúe completando la información del tutor legal que se encuentra a continuación)		
Nombre del tutor legal:	Número de teléfono:	
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre/Madre/Tutor legal <input type="checkbox"/> Padre/Madre adoptivo/a <input type="checkbox"/> Otra relación:		
Domicilio:		
Ciudad, Estado:	Código postal:	
INFORMACIÓN DE INGRESOS FAMILIARES		
Ingreso familiar: <input type="checkbox"/> Menor a \$10,000 <input type="checkbox"/> Entre \$10,001-\$20,000 <input type="checkbox"/> Entre \$20,001-\$30,000 <input type="checkbox"/> Entre \$30,001-\$40,000 <input type="checkbox"/> Entre \$40,001-\$50,000 <input type="checkbox"/> Entre \$50,001-\$60,000 <input type="checkbox"/> Entre \$60,001-\$70,000 <input type="checkbox"/> Mayor a \$80,000		
Número de personas en la familia: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 Otro número: __		
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA		
Contacto en caso de emergencia:	Número de teléfono:	
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre/Madre/Tutor legal <input type="checkbox"/> Padre/Madre adoptivo/a <input type="checkbox"/> Otra relación:		
Autorizo que esta persona reciba información personal de salud: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
INFORMACIÓN DEL SEGURO		
Proveedor de seguro:	Número de Medicaid (si corresponde):	
Nombre del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:	
Número de grupo:	Número de identificación del seguro (si corresponde):	

Firma: _____

Fecha: _____



Política de cancelación por ausencia y llegada tarde

Nuestra política de cancelación por ausencia y llegada tarde se aplica a citas perdidas, que incluyen:

- Ausencia: Usted no se presentó a su cita y no se comunicó con nosotros para cancelarla.
- Llegada tarde: Usted llegó a su cita 30 minutos tarde o más.
- Cancelación tardía: Usted canceló su cita menos de 24 horas antes de su cita.

Para asegurarnos que todos los pacientes tengan el acceso a las citas que necesitan, le pedimos que:

- Llegue a tiempo a sus citas.
- Comprenda que es posible que debamos reprogramar su cita si usted llega 30 minutos o más tarde.
- Notifique a la clínica con una antelación de al menos 24 horas si no podrá llegar a su cita.

Comprendemos que, en ocasiones, no pueda llegar a su cita debido a alguna emergencia. Si usted tiene un historial de tres o más citas perdidas en la clínica o con algún proveedor de salud durante un periodo de 12 meses, es posible que la clínica se niegue a verlo o brindarle atención en el futuro.

Firma: _____

Fecha: _____



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE HIPAA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Divulgación de información

Las leyes de privacidad exigen que los proveedores de salud tengan una autorización firmada por los pacientes para que podamos divulgar información de salud protegida con familiares, amigos y otras personas cercanas. Dicha información incluye, entre otros, fechas y horarios de citas médicas, tratamientos médicos (resultados de estudios de laboratorio, medicamentos, etc.) y obligaciones financieras, entre otros.

Autorizo que se divulgue información a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Número de teléfono: _____

_____ No autorizo que se divulgue mi información a ninguna persona.

Esta autorización estará en vigencia hasta que la revoque usted, su representante personal o cualquier otra persona física u organización autorizada por una orden judicial o ley. Usted puede solicitar que se retire dicha autorización presentando un pedido por escrito en nuestras oficinas, ya sea en persona, por fax o correo electrónico.

Firma: _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN DE DAMAR HEALTH SERVICES DE DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PACIENTE

Los empleados de Damar Services, Inc. se asegurarán de que todos los pacientes cuenten con los derechos especiales establecidos a continuación durante sus interacciones con los pacientes o terceros.

Usted tiene acceso a ciertos derechos al recibir los servicios médicos de Damar Services, Inc. Lo más importante es que usted conozca y entienda el tratamiento que recibirá. Antes de comenzar con el tratamiento, su proveedor de salud le explicará el motivo del tratamiento propuesto, sus beneficios y riesgos, y las alternativas a dicho tratamiento. El proveedor de salud se tomará el tiempo para responder a fondo todas sus preguntas antes de que usted brinde su consentimiento verbal. Dicho consentimiento reconoce su participación voluntaria y entendimiento del plan de tratamiento. Usted se reserva el derecho de solicitar un cambio de tratamiento, rechazarlo o interrumpirlo. Al firmar este formulario, usted le da a Damar Health Services el derecho a utilizar el número de teléfono provisto para recibir mensajes de texto.

Sus responsabilidades incluyen: Coordinar citas con su proveedor de salud y asistir a ellas, notificar a su proveedor de salud dentro los plazos establecidos en la política de cancelación de Damar Health Services, y pagar por los servicios que usted recibe.

Estándares profesionales. Usted tiene el derecho a recibir los servicios de acuerdo con los estándares de práctica profesional apropiados para sus necesidades, que están destinados y diseñados para que usted tenga una oportunidad razonable de mejoría. Esto incluye ser informado de las cualificaciones profesionales de su proveedor de salud. Los servicios provistos serán apropiados para la edad, el género, los apoyos sociales, la orientación cultural, las características psicológicas, la orientación sexual, la condición física y las creencias religiosas de cada persona.

Participación en el plan de tratamiento. Usted tiene el derecho a participar en el desarrollo y la revisión de su plan de tratamiento, incluidos los efectos conocidos por recibir o no dicho tratamiento y el tratamiento alternativo, según esté disponible. Usted se reserva el derecho a rechazar el tratamiento.

Entorno más adecuado. Usted tiene el derecho a recibir el tratamiento en el entorno más adecuado que responda a las necesidades de su tratamiento. Usted tiene el derecho a recibir servicios en un entorno seguro y de contención. Usted tiene el derecho a estar en un cuarto o área que cuente con salida.

Confidencialidad. Usted tiene el derecho de que su información personal y el tratamiento recibido permanezcan confidenciales. Salvo por autorización escrita o según las leyes (por órdenes judiciales, emergencia médica, sospecha de abuso o negligencia, denuncia de delito o amenaza de herir a alguien, etc.), no le informaremos a terceros fuera de esta institución que nuestro proveedor de salud le brinda atención médica, ni divulgaremos información que lo identifique como nuestro paciente. Si sospecha que se han violado dichos requisitos de confidencialidad, podrá presentar una denuncia ante las autoridades competentes según las normativas federales. Para acceder a referencias legales, vea: los artículos 16-14 y 16-4 del Código de Indiana (leyes escritas de Indiana), los artículos 290dd-3 y 290ee-3 del capítulo 42 del Código de Estados Unidos (leyes federales), y la parte 2 del capítulo 42 del Código de Regulaciones Federales de Estados Unidos (regulaciones federales).

Acceso a registros. Usted tiene el derecho a examinar sus propios registros y, en la mayoría de las circunstancias, usted tiene el derecho a tener una copia de sus registros por su propia cuenta.

Libertad de religión. Usted tiene el derecho a practicar la religión que usted elija, así como el derecho a abstenerse de prácticas religiosas.

Derechos civiles o constitucionales. Usted tiene el derecho a ejercer derechos constitucionales, legales y civiles, con excepción de aquellos denegados o limitados por acciones judiciales. Ninguna persona que reciba servicios en un programa o actividad de Damar Services Inc Outpatient Clinic será excluida, ni se le denegarán beneficios, ni será objeto de discriminación de ningún otro tipo por motivos raciales, religiosos, étnicos, de color, de nacionalidad, de origen, de edad, de discapacidad o de preferencia sexual.

Comportamiento del consumidor. Todos los consumidores deberán comportarse de manera apropiada. En caso de violación de esta norma, se podrá limitar el servicio o interrumpirlo. En algunas ocasiones, se dará aviso a la policía. Las visitas y el personal de la institución no podrán: 1) portar bebidas intoxicantes ni sustancias ilegales, ni estar bajo su influencia; 2) robar, intentar robar ni dañar la propiedad de Damar Services, Inc ni la de sus visitas;

3) atacar física ni sexualmente a nadie; 4) portar armas de fuego ni otras armas peligrosas; 5) amenazar, intimidar, forzar ni interferir con otras personas; 6) falsificar la información brindada a Damar Services, Inc; 7) fumar dentro de cualquiera de las instalaciones de Damar Services, Inc. También se puede limitar el acceso a los servicios o interrumpirlos si el consumidor no se presenta a las citas programadas.

Restitución de servicios. Si sus servicios se han interrumpido, usted puede solicitar al director de enfermería que revise su situación y la restituya. El director de enfermería le informará si se restituirán los servicios y cómo, con base en las circunstancias de la interrupción de los servicios.

Protección contra abuso. Usted tiene el derecho a recibir cuidado humano y ser protegido contra cualquier daño. Todas las instancias de abuso o negligencia de adultos se deben denunciar a la Unidad de Servicios de Protección de Adultos llamando a la línea directa 1 -800-992-6978. Los casos de abuso y negligencia infantil se deben denunciar a la Oficina del Condado de Servicios de los Niños y la Familia o a la comisaría local. Existen otras dos agencias en Indiana que ayudan a los clientes a que aseguren su derecho a recibir atención adecuada, sin daños, y un tratamiento adecuado: la agencia de Servicios de Defensa de Indiana (también conocida como Servicios de Protección y Defensa de Indiana) con la que puede comunicarse llamando al 1 -800-622-4845, y los consumidores elegibles pueden comunicarse con la Organización de Servicios Legales (LSO, por sus siglas en inglés) llamando al 1 -800-382-2018.

Renuncias de derechos. En ningún momento la admisión a los servicios estará condicionada a que una persona renuncie a sus derechos. Sin embargo, usted se reserva el derecho a renunciar a cualquiera de sus derechos. Dicha renuncia debe ser voluntaria y consiente, debe presentarse por escrito y usted puede revocarla en cualquier momento.

Acceso a la información. Usted tiene el derecho a acceder a la información con tiempo suficiente para facilitarle la toma de decisiones.

Consentimiento informado. Usted tiene el derecho al acceso de un consentimiento informado, el rechazo o expresión de elección sobre: 1) la prestación de servicios, 2) divulgación de información confidencial, 3) o cualquier servicio concurrente.

Copia de sus derechos. Cuando usted lo solicite, tiene el derecho a recibir una copia de la Declaración de los derechos del paciente.

Asesoría legal. Usted tiene el derecho a contactar a un asesor legal de su preferencia por su propia cuenta.

Defensa del consumidor, preguntas, inquietudes o quejas. Usted tiene el derecho de que respondan sus preguntas y de presentar quejas con respecto a los servicios que recibe o la violación de sus derechos. Asimismo, tiene el derecho de que dichas quejas se escuchen y resuelvan a la brevedad. Si tiene una queja o reclamo, puede contactarse con el director de enfermería llamando al 317-856-5201. El director de enfermería se comunicará con usted dentro de los 5 días para hablar sobre la queja y actualizarlo sobre el estado de la investigación. Toda queja debe presentarse ante su proveedor de salud primero, y luego al director de enfermería.

Adaptaciones. Usted tiene el derecho a solicitar que la información llegue a través del medio de comunicación primario que usted haya elegido. He recibido una copia de la Declaración de los derechos y las obligaciones del paciente de servicios médicos de Damar Services.

Si marco esta casilla, autorizo que Damar Health Services envíe mensajes de texto al número de teléfono brindado.

_____ Fecha _____
Firma del paciente o fecha del tutor legal

Damar Services, Inc.
Resumen: Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso es un resumen de cómo su información de salud puede utilizarse y divulgarse, y cómo usted puede acceder a dicha información. Puede solicitar a Damar Services, Inc. una copia completa de este aviso de privacidad en cualquier momento. Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con Damar llamando al 317-455-2366.

La ley le exige a Damar Services, Inc. que su información de salud sea privada y que le informe a usted sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad.

Es posible que utilicemos y divulguemos su información para las siguientes situaciones:

- Realizar el tratamiento
- Realizar pagos
- Realizar operaciones comerciales
- Divulgar con los socios empresariales
- Realizar investigaciones
- Realizar tratamientos alternativos
- Brindar servicios relacionados con la salud
- Divulgar con las personas involucradas en su atención médica
- Realizar pagos por su atención médica

La ley exige que su información se divulgue en los siguientes casos:

- Prevención de una amenaza grave contra la salud o la seguridad
- Donación de órganos y tejidos
- Militares y veteranos
- Demandas y disputas
- Servicios protegidos para el presidente y otros
- Compensación de los trabajadores
- Cumplimiento de la ley
- Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias
- Actividades de seguridad e inteligencia nacional
- Reclusos/Presos

Sus derechos con respecto a su información personal de salud:

- El derecho a inspeccionarla
- El derecho a enmendarla
- El derecho a la divulgación de información
- El derecho a solicitar restricciones
- Los derechos a solicitar comunicaciones confidenciales
- El derecho a recibir una copia de este aviso

*Otros usos y divulgaciones de la información de salud no especificada en esta aviso o ley se realizarán solo con su consentimiento escrito. Usted puede solicitar una copia completa de este aviso en cualquier momento. Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante Damar Services, Inc. llamando al 317-548-7221.

***He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Damar Services y comprendo que puedo solicitar la versión completa de este aviso de privacidad en cualquier momento.**

Firma del cliente o el tutor legal

Fecha



Política financiera

Le damos la bienvenida a Damar Health Services y le agradecemos por elegirnos para sus necesidades médicas. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad a usted, sus hijos y su familia. Con el fin de reducir posibles malentendidos, nuestra oficina ha adoptado la siguiente política financiera.

Seguro

Presentaremos los reclamos a aquellos planes con quienes tenemos un acuerdo contractual siempre y cuando tengamos información y tarjetas de seguro válidas. Confirmaremos la elegibilidad antes de la cita, pero familiarizarse con los beneficios y las limitaciones de su plan, tales como el deducible, el copago y el coaseguro antes de la cita, será beneficioso para usted. **Exigiremos que los copagos y los saldos de pago propios se abonen al momento del servicio para las consultas en la oficina.** Si en su plan de salud se especifica que algún servicio “no está cubierto”, es su obligación realizar el pago completo.

Tome en cuenta que todas las compañías y planes de seguros no pagan lo mismo. Si usted no está de acuerdo con la manera en que su proveedor de seguro procesó el reclamo por sus servicios, debe contactarse con su compañía de seguro para hablar sobre dicha decisión. La presente oficina no se responsabiliza por disputar las decisiones tomadas por su aseguradora con respecto a su cobertura.

Formas de pago

Damar Health Services acepta efectivo, cheques y tarjetas de débito. Todo pago que nuestra institución financiera devuelva puede estar sujeta a cargos adicionales por parte de Damar Health Services y su entidad bancaria. *Usted no podrá usar esa forma de pago en el futuro.*

Pago del saldo de la cuenta

Si usted necesita establecer un plan de pagos para el saldo de la cuenta, nuestro personal puede ayudarlo.

Los pacientes recibirán su tratamiento en Damar Health Services independientemente de su capacidad financiera para pagar los servicios prestados.

He leído esta política y estoy de acuerdo con ella.

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Firma: _____



FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Damar Health Services, Inc.
 5715 Decatur Blvd., Indianapolis, IN 46241
 Teléfono: 317-856-5201

PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA			
Proveedor primario:		<input type="checkbox"/> Pediatría <input type="checkbox"/> Adulto/Familiar	Número de teléfono:
Domicilio:		Último encuentro:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Información del especialista (nombre y especialidad médica)		Última cita:	Número de teléfono:
Atención primaria:			
Especialista:			
Especialista:			
Especialista:			
Especialista:			
Psicología/Comportamiento:			

HISTORIAL FAMILIAR					
<u>Condición médica</u>	<u>Nombre de la persona</u>	<u>Condición médica</u>	<u>Nombre de la persona</u>	<u>Condición médica</u>	<u>Nombre de la persona</u>
Enfermedad cardíaca		Hipertensión arterial (HTA)		Diabetes (DM)	
Lípidos		Tipo de cáncer:		Condición genética:	
Salud psiquiátrica		Otra condición médica:			

ANTECEDENTES MÉDICOS		
¿El paciente ha sido hospitalizado alguna vez?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso positivo, indique cuándo:		
¿El paciente ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso positivo, indique cuándo:		
Para menores de 18 años: ¿El paciente ha recibido tratamiento alguna vez para las siguientes condiciones médicas?		
<input type="checkbox"/> TDA/TDAH	<input type="checkbox"/> Infecciones auditivas	<input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Eccema	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Problemas de alimentación	<input type="checkbox"/> Problemas urinarios (UTI incluidas)
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trastorno genético	<input type="checkbox"/> Reacciones a vacunas
<input type="checkbox"/> Contusión	<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Otro (detalle a continuación)
<input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Trastorno autoinmunitario	
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Sarpullidos	
Para mayores de 18 años: ¿El paciente ha recibido tratamiento alguna vez para las siguientes condiciones médicas?		
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Impedimento visual
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Impedimento auditivo	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Problemas de intestinos/vejiga
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/AIT	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Úlceras estomacales	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Reflujo ácido	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta
<input type="checkbox"/> Trastorno autoinmunitario	<input type="checkbox"/> Otro (detalle a continuación)	
<input type="checkbox"/> Trastorno genético		
<input type="checkbox"/> Problemas renales		
<input type="checkbox"/> Problemas hepáticos		

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE		
Nombre	Dosis	Motivo por el que toma el medicamento
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
ALERGIAS:		
Farmacia de preferencia:		

DIAGNÓSTICOS ACTUALES	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Nombre del paciente (Si es menor de 18 años, nombre del padre/madre/tutor legal)

Firma del paciente (Si es menor de 18 años, nombre del padre/madre/tutor legal)

Fecha: _____