

MR# _____



RECONOCIMIENTO DE LAS POLITICAS DE PRIVACIDAD

Mi firma confirma que he sido informado(a) de mis derechos a la privacidad en relación con mi información medica protegida, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA por sus ciclas en inglés).

He recibido una copia de Aviso de Practicas de Privacidad de la Clínica HUG que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información medica protegida. Se me ha dado el derecho de revisar y recibir una copia de dicho Aviso de Practicas de Privacidad. Entiendo que la Clínica HUG tiene el derecho de cambiar el Aviso de Practicas de Privacidad y que puedo ponerme en contacto con esta oficina en la dirección indicada abajo para obtener una copia actualizada del Aviso de Practicas de Privacidad.

GateWay Community College
HUG Clinic
555 N. 18TH Street Ste 301
Phoenix, AZ 85006

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinjan el uso o la divulgación de mi información privada para llevar a cabo el tratamiento o las operaciones de atención medica y entiendo que no están obligados a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si están de acuerdo, están obligados a cumplir con dichas restricciones.

No deseo conservar las políticas de privacidad para su revisión posterior

Nombre del Paciente (por favor escriba en letra de molde)

Fecha

MR#



COVID-19 Formulario de Educación del Paciente

- Al firmar este formulario atestiguo que he sido instruido sobre los esfuerzos de la Clínica HUG de Gateway para reducir el riesgo de propagación del COVID-19. Aquí hay una lista de lo que se está haciendo:
- Todo el personal y los estudiantes se autoevalúan todos los días al llegar a la Clínica. Si su autoevaluación es fallida no podrán volver hasta después de 10 días sin síntomas o con un comprobante de la prueba del COVID-19 negativa.
- Los pacientes y su invitado (si aplica) deben de llegar 15 minutos antes de su cita y llamar a recepción a su llegada.
- Cualquier persona que entre en el edificio deberá usar una máscara.
- El/la paciente y su invitado (si aplica) serán acompañados a la Sala No. 328 para ser evaluados por un estudiante/clínico.
- Si su evaluación es fallida, usted no podrá volver hasta que pasen 10 días sin síntomas o hasta que se nos facilite un comprobante de la prueba del COVID-19 negativa.
- Las sillas de la sala de espera están separadas por seis (6) pies.
- Los pacientes solo podrán traer consigo un invitado por visita para reducir la exposición al COVID-19. No hay excepciones.
- Por favor les pedimos de su paciencia para con nosotros durante estos momentos difíciles, ya que hacemos todo lo posible para proporcionar una atención de alta calidad, manteniendo a todos tan seguros como sea posible.

Nombre (con letra de molde): _____

Firma: _____

Fecha: _____



MR # _____

US	PULM	PT	OT
MASSAGE			

Formulario de Información del Paciente

_____ Nombre del Paciente (Apellido) (Nombre) (Inicial)		
_____ Dirección (Calle)		_____ (No. de Departamento)
_____ (Ciudad)	_____ (Estado)	_____ (Zona Postal)
_____ ()	_____ ()	
_____ No. de Teléfono Primario (Celular/Casa)		_____ Teléfono Adicional (Celular/Casa)
_____ Correo Electrónico del Paciente		
_____ Contacto de Emergencia (Nombre)		_____ () No. de Teléfono del Contacto de Emergencia
_____ Fecha de Nacimiento del paciente (mes/día/año)		_____ Edad

_____ Empleador		
_____ Dirección (Calle)		
_____ (Ciudad)	_____ (Estado)	_____ (Zona Postal)
_____ ()		
_____ No. de Teléfono del Trabajo	_____ No. de Licencia de Conducir	_____ Estado

_____ Nombre del Medico de Cabecera		_____ () No. de Teléfono
_____ Dirección (Calle)		
_____ (Ciudad)	_____ (Estado)	_____ (Zona Postal)

Marque aquí si su seguro médico es Meritain Health proporcionado por MCCC (solo para fines de seguimiento. No se le enviarán facturas al seguro médico).

Certifico que la información anterior es exacta:

Firma del paciente o padre/tutor legal

Fecha

MR# _____



FORMULARIO DE HISTORIAL MEDICAL PASADO

Nombre _____ Fecha _____

Edad _____ Alergias _____

Razón de su visita _____

Doctor de Cabecera _____

Estado Civil Casado/a/Nombre de su Pareja _____ Soltero/a Viudo/a

Quien vive con usted en casa _____

Ocupación _____ Empleador _____

Estado actual: Tiempo completo Tiempo parcial Retirado/a Discapacitado/a Desempleado/a

Marque todas aquellas que apliquen.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Trombosis Venosa Profunda/
Coágulos de Sangre | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Ocular/Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sustitución de la Coyuntura |
| <input type="checkbox"/> Consumo de Alcohol | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Objeto/Implantes de Metal | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Pérdida de la Memoria |
| <input type="checkbox"/> Cambios en un Lunar | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza/Migrañas | <input type="checkbox"/> Condición Neurológica |
| <input type="checkbox"/> Cambios de Sensación | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Circulatorio | <input type="checkbox"/> Ardor del Estómago | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Claustrofobia | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío/al Calor | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Síndrome de Raynaud |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Fiebre Reciente |
| <input type="checkbox"/> Crioglobulinemia | <input type="checkbox"/> Accidente Cerebro Vascular | <input type="checkbox"/> Infección Reciente |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Pies Hinchados | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide | <input type="checkbox"/> Consumo de Tabaco | <input type="checkbox"/> Pérdida o Aumento de Peso
Inesperado |
| <input type="checkbox"/> Falta de Respiración | | <input type="checkbox"/> Herida |
| <input type="checkbox"/> Uso de Esteroides | | |

MR#



Historial medico personal; lesiones graves e historial quirúrgico; enumere todas las operaciones anteriores (con fechas)

DIRECTIVAS AVANZADAS:

- Poder Notarial Duradero
- Orden de No Resucitacion
- Rechazo estas Directivas Avanzadas

Alergia al Látex si no Alergias Ambientales _____

MEDICAMENTO

MEDICINA	DOSIS	FRECUENCIA	MEDICINA	DOSIS	FRECUENCIA

RESPIRATORIO SOLAMENTE

Suplemento de oxígeno pulsado/continuo lpm _____

Alergias a medicamentos _____

Historia Pulmonar

- Apnea del Sueño/CPAP/Binivel Enfermedad Pulmonar Bronquitis Crónica Cáncer Pulmonar
- Fibrosis Pulmonar Intersticial Obstructiva Crónica Embolia Pulmonar Bronquiectasias
- Hipertensión Pulmonar Enfisema Asma
- Consumo de Tabaco Tipo: _____

Actual No Fumo Paquetes por día Por _____ años

Otro _____

Historial de exposición

- Amiantos Disolventes Polvo de Algodón Otros Polvos
- Minería Agricultura Humos de Pintura Otros Humos

Certifico que las preguntas anteriores han sido contestadas a mi leal saber y entendimiento.

Nombre del paciente (letra de molde)

Firma del paciente o Padre/tutor legal

Fecha

MR# _____



ACUERDO DE CONDICIONES DE ADMISION DE LA CLINICA HUG **RECONOCIMIENTOS**

_____ Reconozco, entiendo y estoy de acuerdo en dar el consentimiento general para el registro, las pruebas, la observación y el tratamiento realizado por los asistentes de los Terapeutas Físicos de MCCCDC, Sonógrafos, Terapia Respiratoria, Técnico Dietético y el estudiante de Coordinación de la unidad de salud bajo la supervisión de la facultad de MCCCDC, así como la evaluación por la facultad de MCCCDC con licencia. Este consentimiento se aplica a todas las visitas en la Clínica HUG.

_____ Yo afirmo que toda la información (incluida la demográfica y la salud) que yo o mi representante proporcionamos al personal de la Clínica HUG por escrito, electrónicamente y verbalmente es veraz y exacta.

_____ Entiendo y reconozco que la Clínica HUG no proporciona servicios médicos de emergencia. Libero a la Clínica HUG de cualquier responsabilidad derivada de la falta de atención de emergencia.

_____ Yo reconozco haber recibido el Aviso de Practicas de Privacidad de la Clínica HUG de Gateway Community College, así como de la Declaración de Derechos del Paciente y de la información general sobre las Directivas Anticipadas.

_____ Entiendo que la Clínica HUG no es responsable de los objetos de valor personales que traiga a la clínica.

_____ Doy mi consentimiento para que GWCC me grabe, fotografié o filme con fines de tratamiento o de operaciones internas de la Clínica HUG de GWCC, como la mejora de la calidad de la atención y la educación de los estudiantes y participantes.

_____ Entiendo que puedo revisar, con previa solicitud por escrito, mi propio historial médico de acuerdo con ARS 12-2293, 12-2294 y 12-2294.01

_____ Yo Reconozco, comprendo y estoy de acuerdo que los servicios prestados en la Clínica HUG son pro bono y, como tales, no se pueden utilizar más de 24 visitas o un período de un año fiscal. En ese momento, se puede colocar a un paciente en la lista de espera de pacientes para visitas futuras a fin de permitir que los servicios sean disponibles para otros miembros de la comunidad.

SIN-DESCRIMINACION: El acceso a los tratamientos disponibles que estén medicamente indicados se proporcionan sin importar la raza, el credo, la religión, el sexo, el origen nacional, las creencias políticas, la preferencia/orientación sexual y el estado mental o físico.

Nombre del Paciente (Por favor escribe con letra de molde)

Fecha

MR: _____



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL

YO, _____ POR LA PRESENTE AUTORIZO A:
NOMBRE DEL PACIENTE

1. _____
NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN TELÉFONO / FAX

DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO

A divulgar registros médicos a:

**HUG CLINIC AT GATEWAY COMMUNITY COLLEGE
555 N. 18th Street Ste 301
Phoenix, AZ 85006
Phone#: 602-286-8511
Email: hug@gatewaycc.edu**

Doy mi consentimiento para la divulgación de los siguientes registros médicos:

Proposito

Uno Mismo Cuidado Continuo Otro _____

Yo entiendo que la Clínica HUG no tiene ninguna responsabilidad por el uso de esta información distribuida por la parte que se libera. Yo libero a la Clínica HUG de toda responsabilidad que pueda surgir de este cumplimiento de divulgación de registros médicos.

Firma del Paciente

HUG PIN

Firma del Tutor Legal Para Pacientes Menores de 18 Años

Fecha

El plazo máximo para recuperar los registros es de 30 días según la normativa de HIPAA. El seguimiento de la verificación de la identidad o de la autorización puede ser a través de la certificación notarial, en persona con una identificación válida, formulario firmado por correo o tras la presentación del formulario de la Clínica HUG.