

SERVICIOS MÉDICOS PSIQUIÁTRICOS

PAQUETE PARA NUEVOS PACIENTES ADULTOS

Paquete Actualizado 07/18/25

Estimado paciente nuevo:

¡Bienvenido a Adapt Integrated Health Care! Nos complace involucrarnos en su salud.

En Adapt Integrated Health Care, no hay opciones incorrectas para la atención médica. Ya sea que busque atención médica, atención de la salud mental o tratamiento por abuso de sustancias, nuestros proveedores y personal trabajan juntos para satisfacer sus necesidades de atención médica. Recibimos a pacientes de todas las edades: niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

Como paciente de Adapt Integrated Health Care, usted y su proveedor trabajarán junto con otros profesionales de la salud para coordinar su atención médica. Este es su equipo de atención médica. La persona más importante del equipo es usted. Cuando tenga inquietudes relacionadas con su salud, su equipo de atención médica le ayudará a obtener los servicios que necesita, cuando los necesita.

Su equipo de atención médica mantendrá un registro completo de sus antecedentes médicos, estado de salud, medicamentos, resultados de pruebas, información de autocuidado y atención recibida de otros médicos. Al conocerlo, su equipo puede ayudarlo a entender sus necesidades de atención médica y proporcionarle la información que necesita para gestionar su salud.

Para comenzar, solo llame o visite nuestra oficina para programar su primera cita. En las siguientes páginas, encontrará información que lo ayudará a prepararse para su cita de paciente nuevo para atención médica, atención de la salud mental o tratamiento por abuso de sustancias. Nuestro personal lo ayudará a completar la documentación de paciente nuevo y discutirá con usted las opciones de facturación a seguros o de pago. Si quiere acelerar su primera visita, complete nuestro paquete para el paciente nuevo con anticipación. Puede imprimir los formularios en casa o solicitar que le envíen un paquete por correo. Le proporcionaremos un sobre de devolución con su dirección y sello.

Gracias por elegir Adapt Integrated Health Care como su hogar de atención médica.

Sinceramente,

Su equipo de Adapt Integrated Health Care

Información para pacientes nuevos

Ubicación de las clínicas, números telefónicos y horarios de atención

| | Teléfono | Horario | Fuera del horario |
|--|----------------|--|--|
| Atención primaria centrada en el paciente | | | |
| Clínica de atención primaria de Roseburg 621 W Madrone Street, Roseburg, OR 97470 | (541) 440-3500 | Lunes a jueves, 7am-6pm Viernes, 7am-5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i> | <i>Línea de atención de crisis de 24 horas</i> (541) 440-3500 |
| Clínica de atención primaria de Winston 671 SW Main Street, Winston, OR 97496 | (541) 492-4550 | | |
| Sedes de servicios de salud mental | | | |
| Coos County 400 Virginia Ave., Suite 201, North Bend, OR 97459 | (541) 751-0357 | Lunes a viernes, 8am-5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i> | <i>Línea de atención de crisis de 24 horas</i> (541) 266-6800 |
| Curry County 1403 Oregon St., Port Orford, OR 97465 <i>(por cita)</i> 29845 Airport Way, Gold Beach, OR 97444 615 5th St., Brookings, OR 97415 | (877) 408-8941 | Lunes a viernes, 8am-5pm <i>Cerrado 12-1 por almuerzo</i> <i>Cerrado sábados y domingos</i> | <i>Línea de atención de crisis de 24 horas</i> (877) 519-9322 |
| Douglas County 621 W Madrone Street, Roseburg, OR 97470 | (541) 440-3532 | Lunes a viernes, 8am-5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i> | <i>Línea de atención de crisis de 24 horas</i> (800) 866-9780 |
| Adapt servicios psiquiátricos-Roseburg 621 W Madrone, Roseburg, OR 97470 | (541) 229-8973 | | |
| Sedes de servicios tratamiento por abuso de sustancias | | | |
| Coos County 400 Virginia Ave., Suite 201, North Bend, OR 97459 | (541) 751-0357 | Lunes a viernes, 8am-5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i> | <i>Línea de atención de crisis de 24 horas</i> (541) 266-6800 |
| Curry County 29845 Airport Way, Gold Beach, OR 97444 615 5th St., Brookings, OR 97415 1403 Oregon St., Port Orford, OR 97465 <i>(por cita)</i> | (877) 408-8941 | Lunes a viernes, 8am-5pm <i>Cerrado 12-1 por almuerzo</i> <i>Cerrado sábados y domingos</i> | <i>Línea de atención de crisis de 24 horas</i> (877) 519-9322 |
| Douglas County 621 W Madrone Street, Roseburg, OR 97470 | (541) 492-0152 | Lunes a viernes, 8am-5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i> | <i>Línea de atención de crisis de 24 horas</i> (800) 866-9780 |
| Josephine County 356 NE Beacon Drive, Grants Pass, OR 97526 | (541) 474-1033 | Lunes, martes, jueves, y viernes, 8am-5pm <i>Miércoles cerrado 1pm-3pm</i> <i>Cerrado sábados y domingos</i> | <i>Línea de atención de crisis de 24 horas</i> (541) 474-5360 |

Portal del Paciente

Para la comunicación no urgente con su proveedor, le pedimos que se inscriba en el Portal del Paciente seguro en línea. El Portal del Paciente es una forma rápida y fácil de revisar su información de salud, programar citas y comunicarse con su proveedor. Como paciente nuevo, recibirá instrucciones sobre cómo registrarse al Portal del Paciente. Si tiene preguntas o necesita ayuda, hable con un miembro de su equipo de recepción

Resurtido de recetas

Cuando necesite resurtir una receta, llame a directamente a su farmacia, incluso si no quedan resurtidos. La farmacia se contacta con su equipo de atención médica y coordina las solicitudes de resurtido directamente con ellos. Espere 72 horas para que le resurtan las recetas.

Preguntas sobre la facturación

Si tiene preguntas sobre su extracto, póngase en contacto con la oficina de facturación a través del número de teléfono que aparece en su extracto.

Escala de precios móvil y aplicación de descuentos

Adapt Integrated Health Care es el proveedor elegido por la mayoría de los principales planes de seguro de salud y damos recibimos a pacientes con cobertura de Oregon Health Plan y Medicare. Si no está asegurado, ofrecemos un descuento en la tarifa según la escala móvil que depende del tamaño de la familia/hogar y los ingresos netos. Ninguna persona es rechazada por no poder pagar. Consulte nuestra Solicitud para descuentos financieros en este paquete para obtener más información.

Campus libre de tabaco y nicotina

Por la salud y la seguridad de nuestros pacientes y personal, Adapt Integrated Health Care es un campus libre de tabaco y nicotina. Esto significa que está prohibido fumar y utilizar productos de tabaco o nicotina en todo momento y en todas las instalaciones. Si desea dejar de consumir tabaco, hable con un miembro de su equipo de atención médica.

Política sobre animales de servicio

Solo se permiten dentro de la clínica los animales de servicio entrenados para realizar trabajos o tareas para una persona con discapacidad. Hable con un miembro de su equipo de atención médica para obtener más información (hay información disponible en https://www.ada.gov/service_animals_2010.htm).

Hogar de atención primaria centrado en el paciente

Somos un hogar de atención primaria centrado en el paciente. Obtenga más información en <https://www.oregon.gov/oha/HPA/dsi-pcpch/Pages/index.aspx>.

Somos una instalación considerada FTCA

Este centro de salud recibe fondos del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HSS) de los EE. UU. y tiene un estatus considerado por el Servicio de Salud Pública de los EE. UU. (PHS) con respecto a ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos los reclamos por negligencia médica, para sí mismo y sus personas cubiertas. Obtenga más información en <https://bphc.hrsa.gov/ftca/about/index.html>.

Cómo prepararse para su primera visita de servicios médicos psiquiátricos

En Adapt Integrated Health Care, los proveedores de atención primaria, los especialistas en medicina del comportamiento y los trabajadores de servicios comunitarios le proporcionarán los servicios que necesita, cuándo los necesita, lo cual incluye la atención médica de especialidad para pacientes con diabetes, dolor crónico, problemas de consumo de alcohol y sustancias y otros problemas de salud complejos. En su primera cita, podrá hablar con su equipo de atención médica sobre sus necesidades y opciones de tratamiento.

Cómo prepararse para su primera cita médica

- Llegue 30 minutos antes de su cita.
- Lleve una identificación con foto (un documento de identidad actual emitido por el estado o el gobierno federal), por ejemplo, una licencia de conducir, una tarjeta de identificación o un pasaporte.
- Lleve su tarjeta del seguro a todas las citas.
- Esté preparado para pagar su copago si lo requiere su plan de seguro.
- Haga una lista completa de todos los medicamentos que toma actualmente (incluidas las vitaminas y los suplementos), o traiga los envases a su cita o traiga una impresión de sus medicamentos actuales de su farmacia.
- Prepárese para hablar de sus principales preocupaciones de salud con su proveedor; se pueden programar citas de seguimiento después de su visita inicial.

Citas: Programación/Reprogramación/Cancelación

Llame al consultorio de su proveedor tan pronto como pueda. Solicitamos un aviso de 24 horas previas a la visita cancelada. Esto nos da tiempo para ofrecerle el turno a otro paciente.

Citas de acceso libre

Nuestra clínica de atención médica primaria y de salud mental ofrece *Programación de acceso libre*, también conocida como citas en el día. Para conocer más sobre las citas en el día, llame a su clínica de atención primaria o al consultorio de salud mental.

Nuestros servicios de atención primaria

Atención médica.

- Cuidado preventivo.
- Cuidados agudos.
- Planificación familiar.
- Salud del hombre y la mujer.
- Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Atención de enfermedades crónicas.
- Atención de la diabetes.
- Vacunas.
- Pruebas de laboratorio y rayos X (CHI Mercy).
- Remisiones a atención especializada.

Salud infantil

- Exámenes de atención médica preventiva infantil.
- Salud del adolescente y adulto joven.
- Exámenes físicos deportivos.

Servicios de medicina del comportamiento

- Orientación de salud mental.
- Orientación sobre el consumo de sustancias.
- Psicoterapia individual y grupal.
- Tratamiento asistido por medicamentos.
- Control del dolor.
- Manejo de enfermedades crónicas.
- Abandono del tabaco

Servicios médicos psiquiátricos

- Manejo de medicamentos.
- Psicoterapia individual.
- Manejo de medicamentos pediátricos

REGISTRO DE PACIENTE ADULTO NUEVO

| INFORMACIÓN DEL PACIENTE | | | |
|---|--|---|--|
| Apellido: | | Nombre: | |
| Fecha de nacimiento: | | Edad: | |
| N.º de seguro social: | | N.º de licencia de conducir: | |
| Domicilio: | | Ciudad: | |
| Dirección postal (si es diferente): | | Ciudad: | |
| Teléfono (indique su teléfono principal): | | | |
| <input type="checkbox"/> Teléfono de la casa: _____ | | <input type="checkbox"/> Teléfono celular: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Teléfono para mensajes: _____ | | <input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico: _____ | |
| Ocupación del paciente: _____ | | | |
| Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____ | | | |
| Estado laboral (marque uno): <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Estacional/temporal | | | |
| <input type="checkbox"/> Trabajador independiente | | | |
| <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Militar activo <input type="checkbox"/> Discapacitado | | | |
| Estado de estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> No es estudiante | | | |
| Tutor legal o representante del paciente: Si el paciente tiene un tutor legal o representante, proporcione esa información (<i>se requiere prueba en caso de tutor legal, representante, poder notarial médico, etc.</i>). | | | |
| Nombre del tutor legal o representante: _____ Fecha de nacimiento: _____ | | | |
| N.º de seguro social: _____ Teléfono: _____ | | | |
| INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS (<i>Proporcione copias de sus tarjetas de seguro</i>) | | | |
| Nombre del seguro principal: | | | |
| N.º de grupo: | | N.º de póliza: | |
| Nombre del titular de la póliza (TP): | | Fecha de nacimiento del TP: | |
| N.º de seguro social del TP: | | Relación del TP con el paciente: | |
| Nombre del seguro secundario (si aplica): | | | |
| N.º de grupo: | | N.º de póliza: | |
| Nombre del titular de la póliza (TP): | | Fecha de nacimiento del TP: | |
| N.º de seguro social del TP: | | Relación del TP con el paciente: | |

Díganos si alguna de las siguientes situaciones aplica al paciente (*marque todas las que correspondan*):

- El paciente es un empleado actual de Adapt.
 Un familiar directo del paciente es empleado de Adapt.
 El paciente tiene una relación cercana con un empleado de Adapt.

Si ha marcado alguna de las afirmaciones, proporcione el nombre del empleado y el departamento.

Nombre del empleado: _____ Departamento: _____

Nombre del empleado: _____ Departamento: _____

Fuente de la referencia: Coordinador de divulgación Amigo Familiar Medios de comunicación/periódico
 Radio Televisión Facebook Anuncio digital Correo directo Cartelera

INFORMACIÓN DEL PACIENTE/CLIENTE

Adapt es una organización sin fines de lucro comprometida a atender las necesidades de nuestra comunidad. Esta información nos permitirá acceder a ayudas adicionales para seguir ayudando a residentes sin seguro y desatendidos, y a identificar a pacientes que puedan calificar para programas o servicios especiales. La información pasará a formar parte de su registro confidencial de paciente. Ninguna información revelada en esta sección afectará su acceso a la atención ni a los programas gubernamentales en los que pueda participar.

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado legalmente Pareja de hecho

¿El paciente es un veterano? Sí No **¿Hijo dependiente de un veterano?** Sí No

¿Cónyuge/pareja de hecho de un veterano? Sí No Se desconoce

¿Está sin hogar? Sí No

Si la respuesta es "Sí", especifique: En riesgo de quedarse sin hogar Niño en riesgo de quedarse sin hogar
 Actualmente con hogar (estuvo sin hogar en los últimos 12 meses) Albergue desconocido para personas sin hogar
 Vive en un albergue
 Sin hogar, viviendo temporalmente con otros Vivienda de apoyo permanente Hotel de ocupación individual
 Calle, campamento, puente Vivienda transitoria Veterano en riesgo de quedar sin hogar

Estado de vivienda del paciente: Vehículo Inestable Temporal Estable/permanente
 Centro de recuperación Otro

Vivienda pública (Sección 8/HUD): Sí No

Migrante/estacional: Migrante Estacional Ninguno

Afiliación tribal actual del paciente: No aplica

Tribu Paiute de Burns Tribu Cow Creek Band de Umpqua Tribus Confederadas de Grant Ronde
 Tribus indias Coquille Tribus Confederadas de Coos/Lower Umpqua/Siuslaw Tribus Confederadas de Umatilla
 Tribus Confederadas de Warm Springs Otro (*especifique*)

¿Recibe beneficios en efectivo del TANF? Sí No

Fuente de ingresos (*marque una*): Salarios Asistencia pública Jubilación/pensión/SSI Discapacidad/SSDI
 Otro (*especifique*):

Nivel escolar más alto completado por el paciente:

INGRESOS FAMILIARES/DEL HOGAR

Marque el monto más cercano a su ingreso mensual del hogar para el número total de personas en su hogar:

| Número de personas en el hogar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Los ingresos del hogar son menores a | <input type="checkbox"/> 1,568 | <input type="checkbox"/> 2,129 | <input type="checkbox"/> 2,689 | <input type="checkbox"/> 3,250 | <input type="checkbox"/> 3,810 | <input type="checkbox"/> 4,370 |
| Los ingresos del hogar son menores a | <input type="checkbox"/> 1,882 | <input type="checkbox"/> 2,555 | <input type="checkbox"/> 3,227 | <input type="checkbox"/> 3,900 | <input type="checkbox"/> 4,572 | <input type="checkbox"/> 5,245 |
| Los ingresos del hogar son menores a | <input type="checkbox"/> 2,196 | <input type="checkbox"/> 2,980 | <input type="checkbox"/> 3,765 | <input type="checkbox"/> 4,550 | <input type="checkbox"/> 5,334 | <input type="checkbox"/> 6,119 |
| Los ingresos del hogar son menores a | <input type="checkbox"/> 2,510 | <input type="checkbox"/> 3,406 | <input type="checkbox"/> 4,303 | <input type="checkbox"/> 5,200 | <input type="checkbox"/> 6,096 | <input type="checkbox"/> 6,993 |
| Si los ingresos del hogar son superiores a todos los montos listados, marque la casilla correspondiente al tamaño de su hogar. | <input type="checkbox"/> |

Si hay más de 6 personas en su hogar, ¿cuántas personas hay en total? _____

¿Cuál es el ingreso mensual de su hogar? _____

Prefiero no proporcionar mi información financiera.

Firma del paciente

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta/Relación con el paciente: _____

* En caso de que un representante legal distinto de un padre o madre de un menor firme esta autorización, se debe adjuntar la documentación que acredite la autoridad legal (por ejemplo, Poder Notarial de Atención Médica o Formulario de Representante de Atención Médica Notariado).

Las siguientes preguntas le gustaría que nos dijera cuál es su raza, grupo étnico, idioma y niveles de discapacidad para que podamos encontrar y abordar las diferencias de salud y servicios.

Fecha de hoy: _____

Primer nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Raza y grupo étnico

1. ¿Cómo identifica usted su raza, grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia?

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su **identidad racial o étnica**? Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

Hispano(a) y Latino(a/x)

- Centroamericano(a)
- Mexicano(a)
- Sudamericano(a)
- Hispano(a) o latino(a/x) de otro origen

Indígena de Hawái y Isleño(a) del Pacífico

- Chamoru (chamorro(a))
- Marshalés(a)
- Comunidades de la región de Micronesia
- Nativo(a) de Hawái
- Samoano(a)
- Nativo(a) de otras Islas del Pacífico

Blanca

- De Europa del Este
- Eslovaco(a)
- De Europa Occidental
- Otro grupo étnico blanco

Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska

- Indígena estadounidense
- Nativo(a) de Alaska
- Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)
- Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Negro(a) y afroestadounidense

- Afroestadounidense
- Afrocaribeño(a)
- Etíope
- Somalí
- Africano(a) de otro origen (negro)
- Otro grupo étnico negro

De Oriente Medio/del Norte de África

- De Oriente Medio
- Del Norte de África

Asiática

- Indígena asiático(a)
- Camboyano(a)
- Chino(a)
- Comunidades de Myanmar
- Filipino(a)
- Hmong
- Japonés(a)
- Coreano(a)
- Laosiano(a)
- Del sur de Asia
- Vietnamita
- Otros asiáticos

Otras categorías

- Otra (*indique*)
- No sé
- No deseo responder

3. Si marcó **más de una** de las categorías anteriores, ¿hay **una** que usted crea que sea su **principal** identidad racial o étnica?

- Sí. Encierre en un círculo su principal identidad racial o étnica.
- No tengo solo una identidad racial o étnica principal.
- No. Me identifico como birracial o multirracial.
- N/A. Solo marqué una de las categorías anteriores.
- No sé
- No deseo responder

Idioma (*Hay interpretes disponible gratis*)

4a. ¿Qué idioma o idiomas **usa usted en su hogar?** _____

Pase a la pregunta 7 si respondió solo inglés

4b. Al comunicarnos con usted en persona, por teléfono o virtualmente, ¿qué idioma prefiere? _____

4c. ¿En qué idioma desea que le **escribamos?** _____

5a. Al comunicarnos con usted ¿necesita o desea un intérprete?

- Sí No No sé No deseo responder

5b. Si necesita o desea un intérprete, ¿qué (clase/tipo) de intérprete prefiere?

- Intérprete de lengua hablada Intérprete de sordos para sordociegos y otras barreras adicionales, o ambos
 Intérprete de lengua de señas estadounidense (ASL) Intérprete de lengua de señas de contacto (PSE)
 Otros (*por favor, mencione*): _____

Pase a la pregunta 7 si no usa otro idioma que no sea el inglés o la lengua de señas

6. ¿Cuán bien habla usted el inglés?

- Muy bien Bien No bien Nada No sé No deseo responder

Sus respuestas a las siguientes preguntas son confidenciales. Usamos esta información para encontrar diferencias entre la salud y los servicios para las personas con o sin dificultades realizando sus funciones diarias. (**Por favor, escriba "no sé" si no sabe cuándo contrajo esta condición, o "no deseo responder" si no quiere responder a la pregunta*)

| Sí | *Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? | No | No sé | No deseo responder | No sabe qué se le pregunta en esta pregunta |
|----|--|----|-------|--------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

7. ¿Es usted **una persona sorda** o tiene una **dificultad seria para oír?**

8. ¿Es usted **una persona ciega** o tiene una **dificultad seria para ver** aunque lleve puestos espejuelos o lentes?

Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 5 años

9. ¿Tiene una **dificultad seria para caminar o subir las escaleras?**

10. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene una **dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones?**

11. ¿Tiene **dificultad para vestirse o bañarse?**

12. ¿Tiene una **dificultad seria para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?**

13. Cuando usa su idioma habitual (**de costumbre**), ¿tiene una **dificultad seria para comunicarse, por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás?**

Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 15 años

14. Debido a una condición **física, mental o emocional**, ¿tiene una **dificultad para hacer diligencias o mandados solo(a)**, tal como ir al consultorio de un médico o ir de compras?

15. ¿Tiene **serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones, controlando su comportamiento o padece de delirios o alucinaciones?**

ATENCIÓN PRIMARIA
ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE ADULTO

| | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|
| Nombre del paciente: | Fecha de nacimiento: | Edad: | Masculino / Femenino |
| Proveedor médico actual: | | Motivo de la transferencia de atención: | |
| Farmacia de preferencia: | | | |

SALUD ACTUAL

Problemas médicos actuales:

MEDICAMENTOS: Mencione TODOS los medicamentos que esté tomando, incluidas las vitaminas, las hierbas, los remedios caseros.

| Nombre del medicamento | Concentración (mg) | Instrucciones | Motivo por que lo toma |
|--|--------------------|---------------|------------------------|
| Aspirina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Verificado por (Inicial del personal de Adapt):

ALERGIAS: o reacciones a medicamentos, entorno, animales, alimentos, etcétera.

| Alergia | Síntomas o reacciones |
|---------|-----------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Verificado por (Inicial del personal de Adapt):

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD

¿Consume o alguna vez consumió tabaco? Actualmente En el pasado Nunca

¿Cuántas veces ha tomado 4 tragos de alcohol o más en un día durante el año pasado? Ninguna 1 o más

Un trago =  12 oz de cerveza  5 oz de vino  1,5 oz de licor (1 shot)

¿A veces usa drogas de manera recreativa, incluyendo la marihuana o medicamentos recetados? No Sí

En las últimas 2 semanas, ¿lo ha preocupado alguna de las siguientes?

a) Poco placer o interés en hacer cosas No Sí

b) Sentirse triste, deprimido o desesperanzado No Sí

Nombre del paciente:
Fecha de nacimiento:
ANTECEDENTES MÉDICOS (marque con una X todas las que apliquen)

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tumor cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vista | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diverticulitis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) | <input type="checkbox"/> Diverticulosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERD, por sus siglas en inglés) |
| <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Otitis media (infección del oído) | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> Sangrado gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Hepatitis _____ |
| <input type="checkbox"/> Linfoma | <input type="checkbox"/> Lunares displásicos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de ovarios | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza crónicos | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de páncreas | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda crónico | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Migrañas | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de piel | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Tumor (benigno) | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal |
| <input type="checkbox"/> Tumor (maligno) | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Piedras en el riñón |
| <input type="checkbox"/> Otro cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Bipolaridad | <input type="checkbox"/> Trastorno urinario |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca (CHF, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Trastorno autoinmune | <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (DVT, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo I | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo II | <input type="checkbox"/> Trastorno del desarrollo | <input type="checkbox"/> Transfusión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Problemas endócrinos | <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Trastornos de la coagulación |
| <input type="checkbox"/> Infarto al miocardio (MI, por sus siglas en inglés) (ataque al corazón) | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo (alto) | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo (bajo) | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio | |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | <input type="checkbox"/> Infecciones por estafilococo resistente a la metilicina (MRSA, por sus siglas en inglés) |

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS (marque con una X todas las que correspondan)

| | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reparación de hernias | <input type="checkbox"/> Bypass vascular periférico | <input type="checkbox"/> Reparación del mango de los rotadores D/I | <input type="checkbox"/> Histerectomía |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Colocación de stents vasculares periféricos | <input type="checkbox"/> Reparación del ligamento cruzado anterior (ACL, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Extirpación de ovario D/I |
| <input type="checkbox"/> Cirugía gástrica | <input type="checkbox"/> Reparación de aneurisma | <input type="checkbox"/> Sustitución total de cadera D/L | <input type="checkbox"/> Cesárea |
| <input type="checkbox"/> Resección del intestino delgado | <input type="checkbox"/> Cirugía de la carótida | <input type="checkbox"/> Sustitución total de rodilla D/L | <input type="checkbox"/> Laparoscopia |
| <input type="checkbox"/> Resección de colon | <input type="checkbox"/> Extirpación de venas | <input type="checkbox"/> Sustitución total del hombro | <input type="checkbox"/> Suspensión de vejiga |
| <input type="checkbox"/> Extirpación del apéndice | <input type="checkbox"/> Cirugía de pulmón | <input type="checkbox"/> Cirugía del túnel carpiano D/L | <input type="checkbox"/> Cirugía de cuello de la matriz |
| <input type="checkbox"/> Tumorectomía de mama | <input type="checkbox"/> Cirugía de esófago | <input type="checkbox"/> Cirugía de próstata (debido a un cáncer) | <input type="checkbox"/> Cirugía lumbar |
| <input type="checkbox"/> Mastectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de juanetes | <input type="checkbox"/> Cirugía de la próstata para la hiperplasia prostática benigna (BPH, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas |
| <input type="checkbox"/> Aumento de mamas | <input type="checkbox"/> Corrección del dedo en martillo | <input type="checkbox"/> Cirugía para la incontinencia urinaria | <input type="checkbox"/> Cirugía de párpados |
| <input type="checkbox"/> Bypass de la arteria coronaria | <input type="checkbox"/> Reparación de fractura de extremidad superior | <input type="checkbox"/> Extirpación del riñón | <input type="checkbox"/> Reasignación de sexo M a F |
| <input type="checkbox"/> Colocación de stent en la arteria coronaria | <input type="checkbox"/> Reparación de fractura de extremidad inferior | <input type="checkbox"/> Cirugía de vejiga | <input type="checkbox"/> Reasignación de sexo F a M |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de las válvulas del corazón | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía | <input type="checkbox"/> Colocación de tubos en el oído | |
| <input type="checkbox"/> Craneotomía | <input type="checkbox"/> Artroscopia | | |
| <input type="checkbox"/> Otro | | | |

ANTECEDENTES SOCIALES

| | | |
|--|-------------------|---------------------|
| Ocupación: | Lugar de trabajo: | Nivel de estudios: |
| Vive con: | Estado civil: | Nombre del cónyuge: |
| Cantidad de hijos: | Sobrenombre: | Religión: |
| Lengua materna: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otra (especifique): _____ | | |
| Género/Preferencia de género (<i>marque uno</i>) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no decir | | |
| <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/Femenino a masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/Masculino a femenino | | |

| Nombre del paciente: | | | | | Fecha de nacimiento: | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES | | | | | | | | | | | | |
| Indique con una X los familiares que han tenido alguna de las siguientes afecciones: | | | | | | | | | | | | |
| Afección | Madre | Padre | Hermana | Hermano | de la madre Madre | de la madre Padre | de la madre Hermana | de la madre Hermano | del padre Madre | del padre Padre | del padre Hermana | del padre Hermano |
| Alcoholismo | <input type="checkbox"/> |
| Anemia | <input type="checkbox"/> |
| Anginas | <input type="checkbox"/> |
| Artritis | <input type="checkbox"/> |
| Ansiedad | <input type="checkbox"/> |
| Asma | <input type="checkbox"/> |
| Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad hemorrágica | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer de cuello de la matriz | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> |
| Depresión | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| Trastornos del crecimiento/ desarrollo | <input type="checkbox"/> |
| Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> |
| Hipertensión | <input type="checkbox"/> |
| Colesterol alto | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer de pulmón | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades pulmonares/ respiratorias | <input type="checkbox"/> |
| Melanoma/Cáncer de piel | <input type="checkbox"/> |
| Migrañas | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporosis | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer de ovarios | <input type="checkbox"/> |
| Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> |
| Alergias graves | <input type="checkbox"/> |
| Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer uterino | <input type="checkbox"/> |
| Trastornos relacionados al peso | <input type="checkbox"/> |
| Otro tipo de cáncer | <input type="checkbox"/> |
| Otros problemas médicos | <input type="checkbox"/> |
| No tiene/no conoce los antecedentes familiares | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

| CONSUMO DE TABACO | |
|---|--|
| ¿Consumo tabaco actualmente?: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> En el pasado <input type="checkbox"/> En la actualidad Cantidad por día: | |
| Tipo de consumo de tabaco: <input type="checkbox"/> Cigarrillo <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Sin humo (masticable) <input type="checkbox"/> Vaporizador <input type="checkbox"/> Pipa | |
| ¿Ha intentado dejar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Método que intentó: Exposición pasiva al humo de tabaco <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | |
| CONSUMO DE ALCOHOL | |
| Consumo actual de alcohol: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> En el pasado <input type="checkbox"/> En la actualidad Cantidad promedio de tragos por día: | |
| Tipo de alcohol: | |
| ¿Alguna vez estuvo en tratamiento por un problema con el alcohol? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> En el pasado | |
| ABUSO DE SUSTANCIAS | |
| Consumo: <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Metanfetaminas <input type="checkbox"/> Cannabis/Marihuana <input type="checkbox"/> Sustancias de inhalación <input type="checkbox"/> Tranquilizantes/benzodiazepinas <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Narcóticos (opiáceos/narcóticos/heroína) <input type="checkbox"/> Alucinógenos <input type="checkbox"/> Otro | |
| ¿Con qué frecuencia lo consume? <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente | |
| Motivo del consumo | |
| OTRO | |
| Consumo actual de cafeína: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo: <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Refrescos <input type="checkbox"/> Bebidas energéticas <input type="checkbox"/> Otra: | |
| ¿Hace ejercicio habitualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuántas veces por semana? Tipo de ejercicio: | |
| Uso del cinturón de seguridad: <input type="checkbox"/> 100 % del tiempo <input type="checkbox"/> 50 % del tiempo <input type="checkbox"/> 25 % del tiempo <input type="checkbox"/> Nunca | |
| Exposición al sol: <input type="checkbox"/> Frecuente <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> ¿Utiliza protector solar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Cree que tiene riesgo de contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, explique por qué: | |
| EXÁMENES DE ATENCIÓN PREVENTIVA | |
| Marque con una X cada una de las pruebas que realizó e indique la fecha aproximada, los resultados y el lugar donde se realizó. | |
| <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou Fecha: Resultados: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Lugar: | |
| <input type="checkbox"/> Examen de colon Fecha: Tipo: <input type="checkbox"/> Colonoscopia <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia <input type="checkbox"/> Hemocultivo de heces Resultados: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Cantidad de pólipos extirpados Lugar: | |
| <input type="checkbox"/> Examen de mama Fecha: Resultados: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Lugar: | |
| <input type="checkbox"/> Radioabsorciometría de doble energía (densidad ósea) Fecha: Resultados: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Lugar: | |
| <input type="checkbox"/> Análisis del antígeno prostático (PSA, por sus siglas en inglés; a nivel de la próstata) Fecha: Resultados: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Lugar: | |
| Traiga la información del historial de inmunización/vacunas a su primera cita. | |
| SALUD DE LA MUJER | |
| ¿Está embarazada ahora o está planeando quedarse embarazada en el próximo año? <input type="checkbox"/> Embarazada actualmente <input type="checkbox"/> No planea quedar embarazada en el próximo año <input type="checkbox"/> Planea quedar embarazada | |
| Escriba una X junto a la opción que corresponda. | |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Acetato de medroxiprogesterona Fecha de la última inyección: |
| <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas bilateral Fecha: | <input type="checkbox"/> Preservativos |
| <input type="checkbox"/> Oclusión tubárica histeroscópica Fecha: | <input type="checkbox"/> Método del calendario |
| <input type="checkbox"/> Implante/Nexplanon Fecha: | <input type="checkbox"/> Celibato |
| <input type="checkbox"/> DIU Tipo: <input type="checkbox"/> Mirena <input type="checkbox"/> Paragard <input type="checkbox"/> Skyla Fecha: | <input type="checkbox"/> Menopausia natural Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Diafragma | <input type="checkbox"/> Menopausia quirúrgica Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivos orales/hormonales <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Parche <input type="checkbox"/> Anillo | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| Edad de inicio de la menstruación: | Edad de inicio de la menopausia: ¿Es sexualmente activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

ANTECEDENTES DE EMBARAZOS

Total de embarazos: Partos: Abortos: Abortos espontáneos:

INSTRUCCIONES POR ADELANTADO VIGENTES

- Ninguno
 Testamento vital
 Poder notarial duradero
 Apoderado para la atención médica
 Orden médica para el soporte vital (POLST, por sus siglas en inglés)

*****SOLO PARA USO OFICIAL*****

Revisado por el proveedor: _____ Fecha: _____

Registros solicitados para los análisis para: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA SOLICITUD DE DESCUENTO FINANCIERO

Guarde esta página para consultarla cuando desee.

Si quiere solicitar el descuento, complete la siguiente página y envíela a Adapt antes de la fecha límite.

Adapt es una organización sin fines lucrativos privada que proporciona servicios médicos asequibles y de calidad. Todos los pacientes pueden solicitar un descuento en la escala móvil; la elegibilidad se basa en el tamaño y los ingresos del hogar. No se rechaza a *nadie* debido a la falta de fondos. Todos los pacientes recibirán un extracto mensual si hay un saldo pendiente en su cuenta. Todos los saldos vencen dentro de los 30 días de la fecha del extracto. Si no puede pagar su saldo completo, llame a la oficina de facturación de Adapt para hacer arreglos acerca del pago.

- Complete todo este formulario y proporcione todos los documentos solicitados para ser considerado para un descuento en la escala móvil. Solo se darán descuento a los pacientes que califiquen y proporcionen una verificación.
- Tiene **14 días desde la fecha del servicio** para completar y devolver este formulario para participar en un descuento en su visita. De lo contrario, su descuento comenzará en la fecha de devolución.
- Adapt no aplicará descuentos retroactivos.
- Una vez procesada su solicitud, recibirá una carta por correo en la que se le notificará el descuento al que puede optar.
- Todos los descuentos serán válidos durante un año, momento en el que se le pedirá que presente una verificación actualizada. **Si sus circunstancias económicas o de vida cambian antes de esa fecha, está obligado a notificarlo a Adapt.** Esta información puede ajustar su descuento.
- Si corresponde, la información provista en esta solicitud puede usarse para determinar si califica para un descuento en los servicios proporcionados por Mercy Outpatient Lab & Imaging solicitados por Adapt Primary Care. Para ser considerado para un descuento de Mercy Medical Center, debe haber solicitado el OHP. La información en este formulario puede ser solicitada CHI Mercy Health y se les proporcionará con fines de auditoría.

Documentos requeridos: Para obtener un descuento de escala móvil, asegúrese de incluir en su solicitud copias de los siguientes documentos de *TODOS los miembros de la familia*. **Si uno o más de estos documentos no corresponden a su hogar, no los tenga en cuenta.**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comprobantes de pago más recientes (últimos 30 días). | <input type="checkbox"/> Carta de adjudicación de la indemnización por accidente de trabajo. | <input type="checkbox"/> Si no tiene ingresos, una carta que explique sus medios de vida o un formulario de autoatestación de ingresos completo (disponible a petición del interesado). |
| <input type="checkbox"/> Verificación de desempleo. | <input type="checkbox"/> Órdenes judiciales de cualquier demanda. | <input type="checkbox"/> Verificación de los cupones de alimentos. |
| <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos federales más reciente (si es autónomo). | <input type="checkbox"/> Prueba de las ganancias de juegos de azar (premios de lotería). | <input type="checkbox"/> Becas escolares. |
| <input type="checkbox"/> Cartas de adjudicación del seguro social o de la discapacidad. | <input type="checkbox"/> Prueba de pagos de anualidades. | |
| <input type="checkbox"/> Carta de concesión de la pensión. | <input type="checkbox"/> Recibos de bienes vendidos o servicios prestados. | |
| <input type="checkbox"/> Carta de concesión de pensión alimentaria. | | |

Definiciones

Hogar: personas que viven en la misma vivienda y ponen en común sus recursos.

Ingresos: todo dinero recibido, tributable o no, proveniente de cualquier fuente. Se incluirá cualquier dinero por bienes vendidos o servicios prestados, becas de ayuda a la escolarización, ingresos por jubilación, ingresos empresariales, pagos del seguro social o por discapacidad, prestaciones del seguro de desempleo, indemnizaciones por acuerdos de cualquier demanda, se consideren o no “daños económicos”, pagos de seguros de vida, pagos de rentas vitalicias, ganancias de juegos de azar y cualquier otro dinero recibido con el fin de ayudar a los gastos del hogar. No se contabilizarán los préstamos ni el crédito disponible.

Si está solicitando un descuento de escala móvil, también puede calificar para el Plan de Salud de Oregón (OHP, por sus siglas en inglés). Si quiere solicitar el OHP y necesita asistencia gratuita para solicitarlo, pida hablar con un trabajador social de elegibilidad.

¿Ha solicitado el Plan de Salud de Oregón? **S N** Si la respuesta es afirmativa, fecha de la solicitud:
 ¿Se lo aprobaron? **S N**

¿Tiene otro seguro? **S N** Si la respuesta es afirmativa, ¿qué seguro? _____ Iniciales del miembro del personal de Adapt: _____

PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DE ESTA CUENTA A CONTINUACIÓN.

Nombre de la parte responsable: _____ Relación con el paciente: _____

SSN Opcional (últimos 4): XXX-XX-____ DOB: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de facturación: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Proporcione información de todos los miembros del hogar. (Consulte la definición de hogar en la página 1)

| Miembro del hogar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Nombre | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | | | | |
| Relación con el paciente | ÉL MISMO | | | | | |
| Ingresos mensuales brutos procedentes de lo siguiente: | Facilite la documentación justificativa de cada fuente de ingresos indicada. | | | | | |
| Sueldo/Salario | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Desempleo | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Seguro social | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Discapacidad | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Pensión | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Jubilación | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Manutención de niños | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Compensación para los trabajadores | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Venta de bienes | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Otro _____ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| TOTAL | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |

TOTAL de ingresos brutos mensuales del hogar: _____ Cantidad **TOTAL** de miembros del hogar: _____

Si los ingresos de su hogar son nulos, ponga sus iniciales aquí: _____ y proporcione una breve explicación de su situación financiera y situación de vida actuales: _____

Por la presente autorizo a los representantes de Adapt a realizar las consultas necesarias para verificar la información proporcionada en este formulario o a divulgar cualquier información relacionada con mis visitas al consultorio a cualquier compañía de seguros o a terceros para buscar la liquidación de esta cuenta. Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada es verdadera y completa. Entiendo que si cualquier información es incorrecta no puedo ser elegible para cualquier consideración futura de las tarifas reducidas y que cualquier tarifa de descuento puede ser revertida y se pueden modificar las cuentas en consecuencia.

Firma del paciente/Parte responsable: _____ **Fecha:** _____

*******SOLO PARA USO OFICIAL*******

Fecha de solicitud: _____ Fecha de vencimiento: _____

En función de la información proporcionada, el paciente mencionado anteriormente es elegible para un descuento del ____ %.

En función de la información proporcionada, el paciente no es elegible para un descuento en este momento.

Información verificada por: Recibos de pago Declaración de impuestos Otro _____

Miembro del personal que completa el formulario: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE DE LAS POLÍTICAS DE LA AGENCIA

Proveedores de servicios auxiliares y personal

Entiendo que, de forma ocasional, otras personas pueden observar o facilitar mi atención, incluidos, entre otros, estudiantes de la profesión médica y profesionales administrativos o de atención médica en orientación o capacitación.

Servicio de transcripción médica/IA (servicios de transcripción)

Entiendo que se puede utilizar un servicio profesional de transcripción médica o un servicio de transcripción mediante IA (servicios de transcripción) durante mi visita para ayudar a mis proveedores con la documentación, sin costo para mí. Entiendo que el servicio de transcripción puede ser virtual. También entiendo que los servicios de transcripción médica siguen un código de ética profesional que garantiza que toda la información médica discutida con mis proveedores y otro personal de la clínica se mantendrá confidencial.

Servicios de telemedicina

Su proveedor puede ofrecerle visitas de telemedicina. Las visitas de telemedicina se llevan a cabo de manera segura dentro del entorno protegido del expediente médico electrónico. Puede rechazar la participación en una visita individual de telemedicina informándole a la persona que programa la cita que no quiere tener una visita de telemedicina. Es posible que algunos proveedores y servicios solo estén disponible a través de servicios de telemedicina. La visita se registra en un expediente médico electrónico, de la misma manera que se haría en una visita física.

Certificación de discapacidad y adaptaciones especiales

Entiendo que el centro de salud limita los servicios prestados a aquellos que son de naturaleza clínica. Cualquier solicitud de servicios administrativos adicionales, como certificación de discapacidad y adaptaciones especiales, que requiera una determinación de discapacidad deberá ser proporcionada por un proveedor médico o de salud conductual en otro lugar. El papeleo para la incapacidad a corto plazo o FMLA/OFLA realizado por un proveedor de Adapt puede completarse y estará sujeto a un cargo administrativo de \$25. La razón de esta política es evitar que el desempeño de funciones administrativas interfiera con la atención al paciente.

Responsabilidad financiera y consentimiento para facturación

Todos los clientes tienen la responsabilidad de pagar la totalidad de los servicios. Entiendo que es mi responsabilidad consultar con mi compañía de seguros para verificar la cobertura de los servicios. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible, copago, coseguro, servicios no cubiertos o servicios que mi compañía de seguros considere no médicamente necesarios. Los copagos y el coseguro se cobrarán en el momento del servicio. También puedo elegir que no se facture a mi seguro por una visita específica y, en ese caso, seré responsable del costo total sin descuento de los servicios que se me proporcionen en esa visita. Entiendo que si mi cheque es devuelto por fondos insuficientes (NSF) o si se emite sobre una cuenta cerrada, se me aplicará un cargo de procesamiento de \$25. Entiendo que si no realizo mis pagos programados o no hago arreglos de pago con el departamento de facturación de Adapt, mi cuenta podría ser asignada a una agencia de cobros externa.

Cesión de beneficios del seguro

Entiendo que esto sirve como una cesión directa de mis beneficios médicos de Medicare, Medicaid, de otra compañía gubernamental o de cualquier compañía de seguros comercial/privada, para que sean pagados a Adapt. Si recibo pagos directamente de mi compañía de seguros, acepto llevarlos a Adapt como pago a mi cuenta.

Información de laboratorio:

- Las pruebas realizadas en la clínica son facturadas como cortesía a las compañías de seguros por Adapt.
- Las muestras recolectadas y enviadas a laboratorios externos serán facturadas por el laboratorio que las realice. Algunos centros disponen de Mercy y Cordant en el mismo centro para la conveniencia del paciente, pero estos no forman parte de Adapt.

Cargos basados en tarifas para citaciones civiles

Para las citaciones emitidas por un asunto civil, Adapt facturará al abogado u otro solicitante (demandante o demandado) una tarifa fija de \$1000 por clínico por día. Se facilitará una factura al solicitante, que deberá pagarse antes de la fecha de la comparecencia. Las exenciones por motivos de ingresos, por ejemplo, pueden estudiarse caso por caso.

Derivaciones

Entiendo que puedo elegir recibir pruebas diagnósticas o tratamientos/servicios de atención médica en un centro distinto al recomendado por mi profesional de atención médica. Entiendo que si decido realizarme la prueba diagnóstica, el tratamiento de atención médica o el servicio en un centro distinto del recomendado por mi profesional de atención médica, seré responsable de determinar el alcance de la cobertura o la limitación de esta, según corresponda. Ningún profesional de la salud puede denegar, limitar o retirar una derivación por el simple hecho de que yo decida realizarme la prueba diagnóstica o el tratamiento de atención médica o servicio en un centro distinto del recomendado por el profesional de atención médica.

Mensajes telefónicos, de texto y de correo electrónico

Podemos ponernos en contacto con usted en relación con su atención médica utilizando los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico que nos proporcione. Esto puede incluir el uso de un sistema automatizado de marcación telefónica, mensajes de voz pregrabada o sintética, mensajes de texto o correo electrónico. Cuando nos pongamos en contacto con usted de esta manera, se le dará la oportunidad de optar por no recibir comunicaciones similares en el futuro. Nuestros mensajes pueden incluir, entre otras cosas, información sobre recordatorios de citas, planificación de altas, facturación, recordatorios sobre recetas, oportunidades de investigación, nuestros productos y servicios, alternativas de tratamiento, su salud en general y notificaciones reguladoras proporcionadas en lugar del correo de primera clase. Debido a que los mensajes de texto y los correos electrónicos no están cifrados, existe el riesgo de que otra persona pueda leer o acceder a estos mensajes. Por lo tanto, tomamos medidas para limitar la cantidad de información de salud protegida que contienen. Si no desea recibir este tipo de mensajes de texto o correos electrónicos, comuníquese con nosotros y le haremos firmar nuestro formulario de exclusión. También puede optar por no recibir mensajes de texto de Adapt en cualquier momento respondiendo STOP a cualquier mensaje de texto recibido.

Directivas anticipadas

Confirmando que, en el momento de la admisión, Adapt ofrece la oportunidad de completar o proporcionar copias de cualquier documento de directivas anticipadas. Si recibo servicios de alguno de los programas de salud conductual certificados por el estado de Adapt, el personal me proporcionará información sobre el Formulario de Declaración de Tratamiento de Salud Mental de Oregón, su propósito y los datos de contacto de una persona que pueda responder a preguntas adicionales.

Registro de votantes

Entiendo que el personal ofrecerá la oportunidad de registrarse para votar durante la admisión.

Aviso de prácticas de privacidad

Entiendo que es política de Adapt ofrecer a los pacientes una copia impresa y la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA.

Derechos del paciente

Además del Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA, entiendo que es política de Adapt ofrecer a los pacientes una copia impresa y la oportunidad de revisar lo siguiente al ser admitidos en cualquiera de los programas de salud conductual certificados por el estado de Adapt:

- Política sobre derechos individuales
- Política y formulario de quejas
- Políticas sobre prestación de servicios

Información importante para el cliente

Para proporcionar o pagar por los servicios de salud: Si Adapt Integrated Health Care está actuando como proveedor de sus servicios de salud o pagando por esos servicios bajo el Plan de Salud de Oregón o el Programa de Medicaid, usted puede optar por no firmar este formulario. Esa opción **no afectará** negativamente su capacidad para recibir servicios **de salud, a menos que los servicios** de salud sean únicamente para el propósito de proporcionar información médica a otra persona y la autorización sea necesaria para realizar esa divulgación. (Algunos ejemplos serían valoraciones, pruebas o evaluaciones).

Su decisión de no firmar **puede afectar** el pago de sus servicios si esta autorización es necesaria para el reembolso por parte de aseguradoras privadas u otras agencias no gubernamentales.

Este formulario es voluntario. Adapt Integrated Health Care no puede condicionar la prestación de tratamiento, el pago o la inscripción en programas de atención médica financiados por el gobierno a la firma de esta autorización, excepto como se describe anteriormente. Sin embargo, se le debe proporcionar información precisa sobre cómo la decisión de no autorizar la divulgación de información podría afectar negativamente la coordinación de los servicios. Si decide no firmar, es posible que se le refiera a un solo servicio que pueda ayudarle a usted y a su familia sin el intercambio de información.

Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Esta autorización es voluntaria y tiene por objeto confirmar sus indicaciones.

Redivulgación:

Un consentimiento por escrito para utilizar o divulgar registros para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica puede estar sujeto a redivulgación por parte del receptor y ya no estar protegido por esta sección.

Este consentimiento no puede combinarse con un consentimiento para el uso y la divulgación de registros (o testimonio que transmita información contenida en un registro) en una investigación o procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo.

Ayuda para usar este formulario:

Términos usados: El intercambio mutuo permite que la información circule de ida y vuelta entre Adapt Integrated Health Care, y la persona u organización mencionada en la autorización.

Asistencia: Siempre que sea posible, un miembro del personal de Adapt Integrated Health Care debe completar este formulario con usted. Asegúrese de entender el formulario antes de firmarlo. No dude en hacer preguntas sobre el formulario y lo que permite. Puede sustituir su firma por una marca o pedir a una persona autorizada que firme en su nombre.

Menores: Si es menor de edad, puede autorizar la divulgación de información sobre salud mental o consumo de sustancias si tiene 14 años o más; para la divulgación de cualquier información sobre enfermedades de transmisión sexual o anticonceptivos, sin importar su edad; para la divulgación de información médica general, si tiene 15 años o más.

Atención especial: Para la información sobre VIH/SIDA, salud mental, pruebas genéticas o tratamiento por consumo de alcohol/drogas, la autorización debe identificar claramente la información especial que puede ser divulgada.

Al leer y firmar este formulario, acepto mis derechos y responsabilidades como paciente y otorgo mi consentimiento para el tratamiento y los servicios prestados por Adapt. Además, al firmar este formulario, certifico que no oculté información sobre cobertura de seguro existente en el momento de este servicio y que no existe ninguna otra cobertura de seguro además de la que he proporcionado. Acepto total responsabilidad por todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro. He autorizado a Adapt a divulgar toda la información necesaria a mi compañía de seguros para realizar el pago. He leído y entiendo la información anterior, y autorizo que el pago de los beneficios del seguro se realice directamente a Adapt por los servicios proporcionados, incluyendo mi información sobre el tratamiento por el consumo de sustancias como parte del consentimiento único para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

Relación con el paciente: _____

Firma del paciente

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

Intentamos obtener el reconocimiento por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y otras políticas de la agencia en este documento, pero no se pudo obtener el reconocimiento debido a que:

- La persona se negó a firmar
- Las barreras de comunicación impidieron obtener el reconocimiento
- Una emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
- Otros (especifique): _____

Firma del personal de Adapt: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO CON AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (ROI) PARA COMPARTIR INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTOS, PAGOS Y OPERACIONES

Consentimiento para tratamiento médico

Otorgo mi consentimiento para recibir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo, entre otros, pruebas diagnósticas, análisis de laboratorio, inyecciones, operaciones menores y extirpación/eliminación de tejidos, según lo considere aconsejable o necesario el proveedor de atención médica que me atienda.

Consentimiento para servicios de salud conductual

Otorgo mi consentimiento para recibir servicios de salud conductual según sea apropiado para ayudar con mi tratamiento médico, incluyendo, entre otros, la evaluación y el tratamiento de afecciones de salud mental o abuso de sustancias.

Divulgación de información y consentimiento único para tratamientos, pagos y operaciones sanitarias

Confirmando que se me proporcionó el Aviso de prácticas de privacidad de Adapt y que cualquier uso o divulgación de información no permitida por la ley requerirá mi autorización. Autorizo a Adapt a proporcionar a mis compañías de seguros, por correo, fax, de forma electrónica o verbal, cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos y facturar los servicios prestados. Algunos departamentos de Adapt están sujetos a protecciones federales adicionales de la privacidad para los programas de tratamiento por consumo de sustancias. Si mis servicios incluyen información protegida bajo el Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2 como parte de un programa de tratamiento de consumo de sustancias, al firmar a continuación, autorizo a **Adapt Integrated Health Care** a usar y divulgar mi información de salud protegida, *incluidos todos los registros y los registros de un programa* de tratamiento por consumo de sustancias, a mis **proveedores de atención, planes de salud, pagadores terceros y personas que colaboren en la operación de este programa**, con fines de tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.

Divulgación

Cualquier registro que se divulgue bajo este consentimiento puede ser divulgado nuevamente por esa entidad sin su consentimiento por escrito, en la medida en que las regulaciones de la HIPAA permitan dicha divulgación.

Vencimiento

Este consentimiento actúa como un intercambio mutuo de información hacia y desde las entidades mencionadas. Esta autorización de consentimiento único para todos los usos y divulgaciones para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica puede ser actualizada según lo necesite la organización, en cuyo momento se requerirá una firma nueva. Este consentimiento termina cuando se termine la prestación de los servicios, y se hayan completado todas las comunicaciones programáticas y la coordinación de atención requeridas.

Derecho de revocación

Entiendo que puedo revocar esta autorización **por escrito** en cualquier momento. Entiendo que la revocación de esta autorización **no** afectará ninguna acción que Adapt Integrated Health Care haya tomado en virtud de esta autorización antes de recibir mi notificación de revocación. Tampoco afectará a ninguna información que ya se haya divulgado.

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

Relación con el paciente: _____

Firma del paciente

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

PERMISOS PARA COMUNICACIÓN DE ADULTOS

| | |
|--|-----------------------------|
| Nombre legal completo del paciente: | Fecha de nacimiento: |
|--|-----------------------------|

Respetamos su derecho a decirnos quién quiere que participe en su tratamiento o le ayude con cuestiones relacionadas con el pago. En algunas situaciones, puede ser necesario y apropiado que hablemos sobre su información de salud protegida con otras personas.

Adapt Integrated Health Care puede dejar mensajes de voz para los siguientes fines (marque todo lo que corresponda)

- Información general sobre su atención
 Facturación
 NADA de mensajes de ningún tipo

Número de teléfono a utilizar: Número de preferencia en el expediente **ÚNICAMENTE** Otro número: _____

Díganos con quién podemos comunicarnos en relación con su atención y especifique qué tipo de información podemos compartir (marque todo lo que corresponda)

Nombre del contacto

Relación

Número de teléfono

- Hablar sobre TODO tipo de información (esta no es una autorización para divulgar registros)
 Administración de citas
 Recoger artículos de la clínica, incluidos medicamentos, recetas impresas, correspondencia, etc.
 Otro (especifique): _____

Nombre del contacto

Relación

Número de teléfono

- Hablar sobre TODO tipo de información (esta no es una autorización para divulgar registros)
 Administración de citas
 Recoger artículos de la clínica, incluidos medicamentos, recetas impresas, correspondencia, etc.
 Otro (especifique): _____

Nombre del contacto

Relación

Número de teléfono

- Hablar sobre TODO tipo de información (esta no es una autorización para divulgar registros)
 Administración de citas
 Recoger artículos de la clínica, incluidos medicamentos, recetas impresas, correspondencia, etc.
 Otro (especifique): _____

La autorización puede modificarse o revocarse por escrito en cualquier momento. Permanecerá en vigor hasta ese momento. Al firmar a continuación, declaro que este documento me fue entregado en un idioma que comprendo, ya sea por escrito o que me fue leído en su totalidad. Si firmo este documento en nombre de otra persona, declaro que otorgo mi consentimiento en nombre del paciente.

Firma del paciente

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta/Relación con el paciente: _____



American Sign Language

Point to your language. An interpreter will be called. There is no cost to you. It is your right.



Chinese

中文

请指出您的语言。我们将为您安排一位口译员。您无需支付任何费用。这是您的权利。

Spanish

Español

Señale su idioma. Se llamará a un intérprete. No tendrá ningún costo para usted. Es su derecho

French

le français

Indiquez votre langue. Un interprète sera appelé. Cela ne vous coutera rien. C'est votre droit

Korean

한국어

당신의 언어를 가리켜 주세요. 통역사가 호출될 것입니다. 비용은 들지 않습니다. 이것은 당신의 권리입니다

Japanese

日本語

「ご自身の言語を指さしてください。通訳が呼ばれます。費用はかかりません。これはあなたの権利です。」

German

Deutsch

Zeigen Sie auf Ihre Sprache. Eine Dolmetscherin wird gerufen. Es entstehen Ihnen keine Kosten. Es ist Ihr Recht

Mon-Khmer, Cambodian

ខ្មែរ

សូមចង្អុលទៅភាសារបស់អ្នក។ នរណាម្នាក់នឹងត្រូវបានហៅមកបកប្រែ។ អ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃអ្វីឡើយ។ នេះជាសិទ្ធិរបស់អ្នក។

Persian

فارسی

به زبان خود اشاره کنید. یک مترجم فراخوانده خواهد شد. این برای شما هیچ هزینه‌ای ندارد. این حق شماست

Romanian

română

Arătați spre limba dumneavoastră. Va fi chemat un interpret. Nu veți avea niciun cost. Este dreptul dumneavoastră

Russian

Русский язык

Укажите на свой язык. Будет вызван переводчик. Это бесплатно для вас. Это ваше право

Cushite

Kushiyaad

Farta ku fiiq luqaddaada. Turjubaan ayaa laguugu yeeri doonaa. Kharash kugu ma baxayo. Waa xuquuqdaada

Thai

ภาษาไทย

ชี้ไปที่ภาษาของคุณ จะมีการเรียกหาล่าม คุณไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ นี่คือนิติของคุณ

Ukrainian

українська мова

Вкажіть на свою мову. Буде викликано перекладача. Це безкоштовно для вас. Це ваше право

Vietnamese

Tiếng Việt

Chỉ vào ngôn ngữ của bạn. Một thông dịch viên sẽ được gọi. Bạn sẽ không phải trả bất kỳ chi phí nào. Đây là quyền của bạn

Arabic

العربية

أشر إلى لغتك. سيتم استدعاء مترجم. لن تتحمل أي تكلفة. هذا من حقك



Point to your language.
An interpreter will be called.