

Autorización de Tratamiento

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Sí el paciente es un menor de edad, favor de llenar la siguiente información.

Nombre de la madre _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre de el padre _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Por medio de este document doy mi consentimiento a la provision de cuidado, diagnóstico y/o tratamiento por La Clínica de Cristo, de Fort Collins, CO., y por este medio reconozco que tal consentimiento permanecerá en vigor a menos que y hasta que yo anule tal consentimiento por escrito.

Por este medio reconozco y confirm que soy mentalmente capaz de dar el consentimiento informado a las provisiones del cuidado, diagnóstico y/o tratamiento y no estoy sujeto a coacción o bajo ninguna influencia indebida.

Firma del paciente o persona autorizada

Fecha

Relación sí no es el paciente

***Sí este documento está firmado por alguien que no sea el paciente, entonces el paciente tendrá que estar presente.**

**Acuse de Recibo -
Documentos Paciente Nuevo**

**He recibido una copia de los documentos de la Clínica de Cristo de los
Derechos y Responsabilidades del Paciente y del Aviso de Prácticas de
Privacidad.**

X _____ **Paciente** _____ **Fecha/Hora**

X _____ **Testigo** _____ **Fecha/Hora**



A Free Community Medical Clinic

DERECHOS PACIENTES Y RESPONSABILIDADES

La Clínica de Cristo está completamente equipada con personal voluntario. Es un servicio de asistencia médica totalmente gratis. Usted no debe pagar nada. Creemos que cada persona está creada a la imagen de Dios. Todos somos iguales a los ojos de Dios. Nuestra asistencia es una expresión de nuestro amor hacia Jesús. Con su muerte en la cruz, Jesús pagó el precio para que tengamos una relación con Él y vida eterna. Es nuestro deseo asistirle con su salud de la mejor manera posible con los recursos que tenemos. Intentamos asistir a la persona de manera completa. Es decir, no simplemente físicamente, pero también emocionalmente, mentalmente, socialmente y espiritualmente. Como paciente, es importante entender que podemos ayudarle mejor con su enfermedad cuando le consideramos como una persona completa.

Todos los servicios en la Clínica de Cristo son gratis. No pagamos por servicios fuera de la clínica- en hospitales, laboratorios, ni oficinas de doctores, ni otros proveedores de servicios de salud.

Consideramos un privilegio el servirle en la Clínica de Cristo.

Derechos del Paciente

La Clínica de Cristo ha adoptado la siguiente declaración de derechos del paciente. Como mínimo, todos los pacientes pueden esperar lo que la siguiente lista incluye:

- Será tratado con respeto, cortesía, consideración y en un ambiente seguro.
- Será informado de su derechos como paciente antes del cuidado o interrumpiendo el cuidado. El paciente puede designar un representante para recibir esta información si así lo desea.
- Le ofreceremos un rezo y/o una orientación espiritual. La aceptación de la asistencia médica gratis y los servicios de la Clínica de Cristo no le obligan a aceptar el rezo o la orientación espiritual.
- Recibirá calidad de cuidado sin tener en cuenta edad, sexo, raza, religión, incapacidad, orientación sexual, diagnóstico, antecedentes académicos o económicos.
- Participará activamente en el desarrollo y procedimiento de su plan de cuidado (aspectos físicos, espirituales, emocionales, mentales y sociales), y también participará activamente en el proceso de decisión, incluyendo el derecho de rechazar cuidado.
- Mantendremos siempre su intimidad y privacidad personal.
- Su tratamiento, conversaciones y archivos relativos a su cuidado permanecerán confidenciales.
- Será libre de todas las formas de abuso, acoso y coacción.
- Será libre de aislamiento o restricciones que no sean médicamente necesarias.
- Será informado de resultados de cuidado, incluso resultados probables.
- Recibirá información en cuanto a su cuidado (diagnóstico, plan de tratamiento, riesgos, beneficios y pronóstico) de manera que pueda entender.

Responsabilidades del Paciente

La Clínica de Cristo espera que todos sus pacientes :

- Proveen información completa y exacta acerca de sus molestias actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicaciones y otros asuntos sobre su salud.
- Comuniquen si no entiende claramente su cuidado médico/espiritual, plan de tratamiento y lo que se espera de él o ella.
- Examinen y entiendan los reglamentos de la clínica sobre los derechos del paciente y sus responsabilidades.
- Pidan aclaración si no entiende la polizas, formularios, preguntas, procedimiento, diagnóstico, tratamiento, pronóstico o recomendación.
- Acepten las consecuencias por rechazar voluntariamente la recomendación del médico.
- Respeten el personal de la Clínica de Cristo y su propiedad.
- Reconozcan el impacto que su estilo de vida pueda tener en su salud personal y acepten las consecuencias de los resultados si no sigue el cuidado, servicio o plan de tratamiento.

Notificación de Prácticas Privadas

Este aviso describe cómo la información acerca de usted puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información.

Por favor, lea cuidadosamente.

Como paciente de la clínica de Cristo parte de su información de salud es recopilada y mantenida en esta clínica. Por ley se requiere mantener su privacidad y la seguridad de su información de salud y a proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad.

Este aviso describe cómo su información de salud puede ser usada y compartida, y explica sus derechos de privacidad.

La clínica está obligada a seguir los términos y condiciones del presente aviso. Sin embargo, podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en el futuro, y esos cambios pueden afectar toda la información médica mantenida por la clínica. Si nuestras prácticas de privacidad cambian, se le enviará por correo un nuevo aviso.

USOS PERMITIDOS Y EL INTERCAMBIO DE SU INFORMACION DE SALUD

Tratamiento: usaremos y compartiremos su información de salud para asegurar que le proveen tratamiento médico y servicios. Por ejemplo, la clínica de Cristo puede compartir su información de salud con un doctor u hospital que le da la asistencia médica.

Pago: usaremos y compartiremos su información de salud para pagar su tratamiento médico. La clínica de Cristo es una clínica médica gratis, entonces usted no recibirá ninguna cuenta por el cuidado que nosotros le proveemos.

Operaciones de asistencia médica: usaremos y compartiremos su información de salud para operaciones de la clínica necesarias para asegurarnos que nuestros clientes reciben un servicio de calidad. Por ejemplo la clínica de Cristo puede compartir su información de salud con un contratista exterior para examinar al hospital y los archivos de los doctores para evaluar el cuidado que usted recibió.

Comunicaciones en el futuro: podemos usar su información de salud para enviarle información sobre programas y opciones de asistencia médica.

Requisitos legales: nosotros compartiremos su información de salud cuando sea requerido por la ley federal o estatal.

Para evitar daños: podemos utilizar o compartir su información médica para prevenir algún problema grave a su salud y seguridad y a la seguridad de los demás.

Investigación: bajo ciertas circunstancias, podemos compartir su información médica para fines de investigación. Todos los proyectos de investigación deben ser aprobados, y el proyecto debe mantener su información confidencial.

Salud pública: podemos compartir su información médica con agencias de salud pública para prevenir o controlar la propagación de enfermedades.

Actividades de supervisión de salud: podemos compartir su información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades pueden incluir, por ejemplo, auditorías, investigaciones e inspecciones.

Demandas y disputas: podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa válida.

PATIENT COPY



A Free Community Medical Clinic

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: consistentes con la ley aplicable, podemos compartir su información médica a un médico forense, examinador médico o director de funeraria, para que puedan cumplir sus funciones. La información sobre su salud también puede ser compartida para asegurar la donación de órganos y tejidos.

Compensación a Trabajadores: podemos compartir su información de salud con los programas que ofrecen beneficios de los accidentes de trabajo o enfermedad.

Seguridad nacional y actividades de inteligencia: podemos compartir su información de salud a funcionarios federales autorizados para las actividades relacionadas con seguridad nacional e investigaciones especiales.

Presos: Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, nosotros podemos compartir su información de salud a la institución correccional o a el oficial de la ley para los efectos de cuidado de su salud y de seguridad.

Otros usos o el intercambio de información sobre su salud será realizado sólo con su autorización por escrito.

SUS DERECHOS DE INFORMACION DE SALUD

Derecho de ver y conseguir una copia de su información de salud: usted puede ver y obtener una copia de su información de salud y archivos de facturación haciendo una solicitud por escrito al departamento de archivos médicos de la clínica de Cristo en esta dirección. Sólo podemos proporcionar aquellos archivos que fueron creados para o de parte de la clínica de Cristo. Usted no puede ver o conseguir una copia de cualquier nota de psicoterapia o información preparada únicamente para el uso en una demanda judicial, civil, criminal, o administrativa.

El derecho de solicitar que corriamos su información de salud: si usted cree que la información de salud que le hemos proporcionado es incorrecta o incompleta, usted puede solicitar enmendar la información haciendo una solicitud por escrito al director médico de la clínica de Cristo. En ciertos casos, la clínica puede negar su solicitud de enmendar su información.

Derecho a una lista de divulgaciones de su información médica: usted tiene el derecho a pedir una lista de aquellos casos en los que hemos compartido su información de salud. Y solo para casos que no sean de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, o para cuando usted haya autorizado específicamente a la clínica para compartir su información. Su solicitud debe ser por escrito y dirigida al director médico de la clínica.

Derecho de solicitar que su información de salud sea comunicada en una manera confidencial: usted puede solicitar, por escrito al director de la clínica de Cristo que su información de salud sea proporcionada de una manera confidencial, como el envío del correo a una dirección además de su casa.

La clínica cumplirá solicitudes razonables.

El derecho de solicitar que no usemos o compartamos su información de salud: usted tiene el derecho de solicitar que no usemos o compartamos su información de salud para tratamiento, pago, u operaciones de asistencia médica, o a personas involucradas en su cuidado excepto cuando este expresamente autorizado por usted, cuando sea requerido según la ley, o en una emergencia. Su solicitud deberá ser por escrito al director médico, y consideraremos su solicitud, pero legalmente no se requiere que nosotros la aceptemos.

Derecho a una copia de la notificación: usted puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento.

PATIENT COPY



A Free Community Medical Clinic

Para obtener más información o para reportar algún problema: Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad, desea información adicional acerca de algo en este aviso o desea presentar una queja porque cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede comunicarse con el director médico a:

Christ Clinic
3920 S. Shields
Fort Collins, CO 80525
970 481-2390

También puede presentar una queja con el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos:

Secretary
U.S. Department of Health and Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20201

CHRIST CLINIC CANNOT RETALIATE AGAINST YOU IN ANY WAY IF YOU FILE A PRIVACY COMPLAINT

This notice is effective as of September 3, 2012.

PATIENT COPY

Reconocimiento de cobertura médica no continua

La Clínica de Cristo es un centro médico comunitario de atención gratis provisto de personal voluntario que tiene sesiones cada lunes por la tarde de seis a nueve de la noche. Todas las visitas de los pacientes son por cita solamente.

La Clínica de Cristo provee cuidado de salud sólo durante esas horas. La clínica no proporciona cobertura médica en otras ocasiones. No hay ningún médico que pueda atender su llamada fuera de esas horas.

Por lo tanto, en caso de emergencia no llame a la clínica pero llame al 911. Si usted tiene un problema urgente que no puede esperar hasta su próxima cita, póngase en contacto con un centro de atención de urgencia y siga las instrucciones.

Firmando esta forma, entiendo que no hay ninguna asistencia médica disponible del personal de la clínica de Cristo excepto durante citas previstas los lunes por la tarde. Llamaré al 911 si es una emergencia y me pondré en contacto con un Centro de atención Urgente para problemas que no pueden esperar hasta mi siguiente cita.

Firma _____

Fecha _____

PROGRAMA GRATUITO DE CLINICA FEDERAL TORT CLAIMS ACT (FTCA)

Advertencia a Pacientes

Para ser proporcionado al paciente antes de proveer servicios de asistencia médica, excepto en casos de emergencia cuando la advertencia puede ser proporcionada después de la urgencia como sea necesaria o a un padre o tutor legal cuando el paciente carece de la responsabilidad legal de su cuidado conforme a la ley Estatal.

Esta nota es para notificarle que conforme a la ley Federal acerca de la operación de clínicas gratuitas, el Federal Tort Claims Act (FTCA), (Ver 28 U.S.C. §§ 1346(b), 2401(b), 2671-80) proporciona le remedio exclusivo para daño personal, incluyendo muerte, resultante del ejercicio de funciones médicas, quirúrgicas, dentales, o relacionadas por cualquier practicante voluntario de asistencia médica, miembro de junta, funcionario, trabajador o contratista independiente de la clínica gratuita de quien el Departamento de Salud y Servicios Humanos considere empleado del Servicio Público de Salud . Esta cobertura de negligencia médica de FTCA se aplica a practicantes voluntarios de asistencia médica, miembro de junta, funcionario, trabajador o contratista independiente quiénes han proporcionado un servicio requerido o autorizado bajo el Título XIX del Acto de Seguridad Social (ejemplo: Programa Medicaid) en una clínica gratuita o a través de programas externos o eventos realizados por la clínica gratuita (Ver 42 U.S.C. § 233(a), (o)).

La susodicha ley Federal y otras leyes Estatales y Federales incluyendo el Acto de Protección de Voluntario Federal de 1997 pueden cubrir ciertos profesionales de asistencia médica de clínica gratuita que proporcionan servicios de asistencia médica a pacientes en esta clínica gratuita.

Constatado:

(Firma del paciente)

(Nombre paciente, imprimido legiblemente)

Fecha



A Free Community Medical Clinic

Historial Paciente

Fecha: ___/___/___

Nombre _____ Sexo: ___ Hombre ___ Mujer

Dirección _____ Ciudad _____ Código _____

Teléfono _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____ Relación _____

La Clínica de Cristo proporciona servicio a pacientes sin tener en cuenta el estado de seguros médicos. En caso de necesitar una especialidad médica, un seguro médico podría ser requerido. Por favor indique si usted tiene seguro médico. ___ Sí ___ No

Nombre del Doctor de Familia o Clínica: _____

Fecha última de visita médica: ___ Fecha del último examen: ___ Está en tratamiento? Sí/No

Tipo de problemas médicos actualmente tratados: _____

Alergias a Medicación: ___ Sí ___ No Lista: _____

Otras alergias _____

Medicaciones: Indique lo que toma actualmente o ha tomado en los últimos 30 días. Incluya píldoras anticonceptivas y también medicaciones que no necesiten receta médica.

No tomo nada. Lista abajo:

Nombre de la medicación	Dosis	Frecuencia	Doctor	¿Por cuánto tiempo?	¿Con o Sin Receta Médica?

Embarazada: ___ S or ___ N Dando Pecho: ___ S or ___ N Primer día de su último período: _____

HISTORIAL MEDICO: POR FAVOR INDIQUE SI HA TENIDO CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE:

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| ___ SIDA | ___ Bronquitis | ___ Problemas de nervios | ___ Sangrado anormal |
| ___ VIH | ___ Mareos | ___ Problemas de corazón | ___ Problemas vesícula biliar |
| ___ Cancer | ___ Cataratas | ___ Enfermedad de hígado | ___ Dolores de cabeza |
| ___ Ataque de apoplejía | ___ Ictericia | ___ Presión arterial baja | ___ Cálculos renales |
| ___ Asma | ___ Diabetes | ___ Convulsion/Epilepsia | ___ Abuso Alcohol/Drogas |
| ___ Anemia | ___ Hepatitis | ___ Hipertensión arterial | ___ Problemas psiquiátricos |
| ___ Ulcera | ___ Neumonía | ___ Artritis grave | ___ Gonorrea/Sífilis |
| ___ Herpes Genital | ___ Colitis | ___ Heces con sangre | ___ Tiroide/Bocio |
| ___ Fiebre Reumática | ___ Glaucoma | ___ Ataque cardíaco | ___ Infección urinaria |
| ___ Problemas Nerviosos | ___ Hemorroides | ___ Enfisema | ___ Tuberculosis |
| ___ Lupus | ___ Enfermedad de sangre | ___ Soplo cardíaco | ___ Sudores nocturnos |
| ___ Pérdida de Peso | ___ Fumar | ___ Defecto congénito | ___ Depresión |

Fumador ___ No ___ Sí ¿Cuántos paquetes por día? _____ ¿Por cuantos años? _____

Cirugías pasadas/Heridas/Hospitalizaciones y fechas: _____

¿Qué problema de salud tiene hoy para que necesita ayuda?