

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 #

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) _____		

Certifico que la información anterior es exacta:

Firma del paciente o padre/tutor legal

Fecha

Para pacientes regresando: declaro que la información escrito arriba es verdadera y actualizado.
Iniciales del/la paciente _____ 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"/> Pérdida de la Memoria |
| _____ | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Condición Neurológica |
| <input type="checkbox"/> Cambios en un Lunar | _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Cambios de Sensación | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza/Migrañas | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Circulatorio | _____ | <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Claustrofobia | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón | _____ |
| <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío/al Calor | <input type="checkbox"/> Ardor del Estómago | <input type="checkbox"/> Síndrome de Raynaud |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Fiebre Reciente |
| <input type="checkbox"/> Crioglobulinemia | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Infección Reciente |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide | <input type="checkbox"/> Accidente Cerebro Vascular | <input type="checkbox"/> Pérdida o Aumento de Peso
Inesperado |
| <input type="checkbox"/> Falta de Respiración | <input type="checkbox"/> Pies Hinchados | <input type="checkbox"/> Herida |
| <input type="checkbox"/> Uso de Esteroides | <input type="checkbox"/> Consumo de Tabaco | |

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 Obstructiva Crónica
- Bronquitis Crónica
- Cáncer Pulmonar
- Fibrosis Pulmonar Intersticial
- 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

Para pacientes regresando: declaro que la información escrito arriba es verdadera y actualizado.

Iniciales del/la paciente _____ Fecha _____

MR# _____



Encuesta Demográfica y de Salud:

En la Clínica HUG estamos comprometidos con la diversidad, la equidad y la inclusión. Consideramos los datos como una herramienta esencial para poner en práctica este compromiso.

Los datos recopilados nos ayudarán a comprender cómo reflejamos las comunidades a las que servimos, a dotar a nuestro personal de datos fundamentales para atender mejor las necesidades de nuestras comunidades y a realizar un seguimiento de nuestros progresos con nuestro consejo, nuestros beneficiarios y nuestras comunidades.

1. ¿Cuál de las siguientes categorías incluye su edad?

- 17 o mas joven 21 - 29 40 - 49 60 - 69
- 18 - 20 30 - 39 50 - 59 70 - 79

2. ¿Cuál es su código postal? _____

3. ¿Cuál es su sexo? Mujer Hombre Otro

4. ¿Cuánto ganaron en total todos los miembros de su hogar el año pasado?

- \$0 to \$24,999 \$25,000 o mas

¿Esta inscrito en un programa de asistencia gubernamental? (SNAP, AHCCCS, CHIP, ect)

4. ¿Tiene seguro médico? Si No

Si tiene seguro médico, ¿por qué busca servicios en HUG?

- ¿El precio de los copagos/coseguro del plan actual es demasiado caro?
- Se quedó sin seguro para el resto del año.
- Otro: _____

5. ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? Seleccione una respuesta.

- Latinx - Persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza.
- Blanco - Persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o el Norte de África.
- Negro o afroamericano - Persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico - Persona originaria de cualquiera de los pueblos originarios de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
- Asiático - Persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio.

Nativo americano o nativo de Alaska - Persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central), y que mantiene una afiliación tribal o un vínculo comunitario.

Dos o más razas: persona que auto declara pertenecer a más de una categoría racial.

6. ¿Habla en casa un idioma distinto al inglés? Sí No

Para las personas que hablan un idioma distinto al inglés. ¿Qué idioma habla? _____

7. Norma de datos para el estado de discapacidad:

- ¿Es usted sordo o tiene serias dificultades para oír? Sí No
- ¿Es usted ciego o tiene serias dificultades para ver? Sí No
- Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones? Sí No
- ¿Tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras? Sí No
- ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse? Sí No
- Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer mandados solo, como ir a la consulta del médico o de compras? Sí No

8. ¿Ha servido alguna vez en el ejército estadounidense o es Veterano retirado? Sí No

Las preguntas en las encuestas de población no son obligatorias para los servicios de la Clínica HUG, pero se utilizan para evaluar si estamos trabajando para lograr nuestra misión para los esfuerzos de alcance comunitario

_____ *Para Uso de la Oficina Solamente* _____

Inputted into Google Forms (admin to sign/date): _____

Patient declination _____

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.