



ACV Health

An Outreach of Advent Christian Village

Bienvenido a Nuestra Practica

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Middle Initial: _____

Direccion: _____

Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____

Telephone (Casa): _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electronico: _____ Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Eda: _____ M F

Ethnic group: Blanco Asiatico Afroamericano
 Hispano/Latino Multi-Racial Nativo Hawaiano

Idioma Preferido: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Ocupacion: _____

Contacto de Emergencia Nombre: _____

Telefono: _____ Relacion: _____

Haga una lista de las hospitalizaciones por enfermedades mayores o operaciones quirúrgicas (use hojas adicionales si es necesario)

Tipo de Enfermedad / Operación	Año	Medico	Hospital

Nombre de todos los medicamentos (con receta y de venta libre)

Nombre del Medicamento	Doses	Direcciones

Historia Medica

Pasada:

Ha tenido alguna de los siguientes condiciones de salud en los ultimos 6 meses? :

Alcoholism o Habitos de drogas	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Soplo Cardiaco	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Anemia	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Presion Alta	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Angina	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Problemas de Riñon o Vejiga	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Artritis, Gota o Reumatismo	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Enfermedad de Higado	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Asma o Enfisema	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Cancer	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Enfermedad del Pancreas	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Cataratas	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Problemas de Circulacion	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Enfermedad de la Postata	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Enfermedad Pulmonar Cronica	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Insuficiencia cardiac congestiva, O otras condiciones del corazon	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Concusiones o Epilepsia	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si

Depresion/Enfermedad Emociona

no si

Diabetes

no si

Fracturas

no si

Enfermedad de la Vesicula

no si

Glaucoma

no si

Derrame Cerebral
Tuberculosis (Requerimiento activo Hospitalizacion)

no si

no si

Ulceras (Pepticas o Duodenales)

no si

Otras: _____

Immunizaciones:

Vacuna contra la gripa No Si Fecha si se conoce: _____

Vacuna de Neumonía No Si Fecha si se conoce: _____

Tetanos No Si Fecha si se conoce: _____

Zostavax No Si Fecha si se conoce: _____

Historia Social

Usted Fuma No Si

En caso afirmativo: Cuantos Cigarrillos fuma cada dia? _____

Fuma todos los dias? No Si

Que tan pronto despues de despertarte fumas tu primer cigarrillo? _____

Esta interesadi en dejar de fumar? No Si

Si es un ex fumador: Cuanto tiempo desde que no fuma?

Menos de un mes 3-6 Mes 1-5 año Mas de 10 años

1-3 Mes 6-12 Mes 5-10 año

Ha tomado alguna bebida alcoholic durante el año pasado? No Si

En caso afirmativo: Con que frecuencia tomo una bebida durante el año pasado?

Mensual o Menos 2-3 veces por semana

2-4 veces por mes Todos los dias

Si la respuesta es si: Cuantas bebidas tomaste en un dia tipico?

1 or 2 5 or 6 10 o mas

3 or 4 7 to 9

Si la respuesta es si: con que frecuencia tomo mas de seis bebidas en una ocasion?

Nunca Menos que mensualmente Diario o casi Diario

Mensualmente Semanal

Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses? No Si
Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual? No Si
Si su respuesta es si: Clamidia Gonorrea Sifilis Herpes

Tienes poco interés o placer en hacer cosas? No Si
Tienes sentimientos de estar deprimido/a o sin esperanzas? No Si

Tienes alguna Directiva Avanzada?(Como: Testamento, Directivas Anticipadas, DNR) No Si

Si No: Te gustaría discutirlo hoy? No Si



TENGA EN CUENTA: Si llega más de 15 minutos tarde a una cita, la cita deberá ser reprogramada para otro día.



Firma de Paciente _____ Fecha _____

Firma de Proveedor _____ Fecha _____

Obediente de HIPAA

Asignacion de Beneficios del Seguro

Por la presente autorizo el pago directo de servicios a Copeland Clinic/ACV Community Services, LLC por los servicios prestados. Entiendo que mi seguro sera facturado por mi cortesía y acepto que soy financieramente responsable por mis servicios y tratamientos recibidos.

LIBERACION DE INFORMACION

Por la presente doy mi consentimiento para la divulgación de mis registros y cualquier información necesaria para el pago de reclamaciones y el procesamiento. Por la presente autorizo la divulgación de mis registros médicos a especialistas para la atención y el tratamiento continuos.

MEDICARE/MEDICAID

Certifico que la información que doy es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.

DECLARACIÓN DE RECONOCIMIENTO DE HIPAA / AVISO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Reconozco que me pueden entregar una fotocopia del Aviso de privacidad si lo solicito.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO— ACV / COPELAND CLINIC

Por la presente doy mi consentimiento por escrito para el tratamiento de los servicios prestados por ACV / Copeland Clinic y acepto voluntariamente los procedimientos de diagnóstico y los servicios de atención médica, servicios médicos, tratamientos quirúrgicos, tratamientos de Rayos X, inyecciones que pueden administrarse o realizarse bajo las Instrucciones generales de un médico, los asistentes del médico o los designados por el médico. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías en cuanto al resultado de los tratamientos o exámenes en la clínica.

RECONOCIMIENTO: Al firmar a continuación, certifico que he leído, entiendo y acepto el contenido de este formulario

Una fotocopia de estas asignaciones será tan válida como el original.

Firma del Paciente

Fecha

Consentimiento de Prescripcion Electronica

La prescripción electrónica se define como la capacidad de un médico para enviar electrónicamente una receta precisa, sin errores y comprensible directamente a una farmacia desde el punto de atención. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar recetas electrónicamente es un elemento importante para mejorar la calidad de la atención al paciente. La prescripción electrónica reduce en gran medida los errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (MMA) de 2003 enumeró las normas que deben incluirse en un programa de prescripción electrónica. Éstos incluyen...

- **Formulario y transacciones de beneficios:** le brinda al recetador información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos
- **Transacciones del historial de medicamentos:** le brinda al médico que receta información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando para minimizar la cantidad de eventos adversos de medicamentos
- **Llene la notificación de estado:** le permite al médico que receta recibir un aviso electrónico de la farmacia que le informa si la receta del paciente se ha recogido, no se ha recogido o se ha llenado parcialmente.

Al firmar el formulario de consentimiento, usted acepta que el Centro Médico Copeland puede solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y / o de terceros que pagan beneficios de farmacia para fines de tratamiento

Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado para que el Centro Médico Copeland me inscriba en el programa E-Prescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente

Escriba el nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Firma de Paciente

Fecha

Relación con el paciente

Medical Insurance Information Form

Health Insurance

Name of Insured Party (Subscriber Name): _____

Relationship to Patient: _____ DOB: _____

Insured Party's Social Security Number: _____

Primary Insurance Company's Name: _____

Policy ID #: _____

Group # for Plan: _____

Secondary Insurance Company's Name: _____

Policy ID #: _____

Group # for Plan: _____

Patient/Guardian Signature