



NEW HEIGHTS CLINIC

Sharing a message of hope through healthcare.

Aviso al paciente

La misión de la Clínica new Heights es proporcionar atención médica de calidad a los que no tienen seguro de salud y que no pueden pagar por su cuidado de salud.

La Clínica New Heights es una clínica médica Gratuita sólo a tiempo parcial y que el personal casi en su totalidad son voluntarios. Esto crea algunas limitaciones a nuestros servicios. Deseamos que nuestros pacientes estén plenamente conscientes de nuestras limitaciones y que puedan entender la responsabilidad que tienen de su cuidado de salud. Por favor, lea atentamente este documento y firmelo.

- ❖ Entiendo que la clínica New Heights está abierta sólo a tiempo parcial y no puedo responder a, problemas médicos inmediatos urgentes.
- ❖ Entiendo que necesito notificar a la clínica antes del mediodía del día antes de mi cita para confirmar mi asistencia. Soy consciente de que las citas que no están confirmadas serán canceladas y un paciente que esté esperando recibirá mi espacio de la cita.
- ❖ Yo entiendo que todos los servicios prestados en la **clínica New Heights son absolutamente gratis**. Soy consciente de que voy a ser responsable de los gastos asociados con pruebas, procedimientos o consultas que se requieren en las instalaciones o fuera de las clínicas. Puedo explorar opciones de pago con aquellas instalaciones.
- ❖ Soy consciente de que es mi responsabilidad el obtener los medicamentos recetados por el médico. La Clínica New Heights hará todo lo posible para ayudar a los pacientes a obtener medicamentos. A veces las muestras están disponibles para su distribución a los pacientes, pero soy consciente de que no hay garantía de disponibilidad de la muestra. La clínica New Heights no prescribe sustancias controladas (narcóticos).
- ❖ Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar a la clínica new Heights al menos 2 semanas antes de necesitar una renovación de su medicamento
- ❖ Entiendo que la clínica New Heights es incapaz de garantizar que se verá el mismo médico en cada visita del paciente. Sin embargo, se hará todo lo posible para programar a los pacientes con los proveedores que están familiarizados con su cuidado de salud
- ❖ Yo entiendo que cada vez que visite la clínica new Heights se hace un registro de la visita. Típicamente, este registro contiene síntomas, exámenes, resultados de análisis, diagnósticos, tratamiento y un plan para el cuidado o tratamiento futuro. Aunque este registro físicamente es propiedad de la clínica New Heights, la información me pertenece a mí y. Tengo derecho a lo siguiente:
 - Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgación de información.
 - Revisar y obtener una copia de mi expediente.
 - Solicitud de comunicación de mi información de salud a ubicaciones alternativas.
 - Revocar mi autorización para USAR o revelar información de salud.

Aviso al Paciente de la Responsabilidad Limitada de la Clínica gratis en el acta federal de reclamaciones Federal Tort

Esto es para notificarle que bajo la ley federal sobre el funcionamiento de las clínicas gratuitas, la Ley Federal Tort Claims (FTCA), (Ver 28 USC §§ 1346 (b), 2401) b), 2671-80) proporciona el único recurso por los daños causados por lesiones personales, incluyendo la muerte, resultante forma el desempeño de las funciones de medicina, cirugía, odontología o relacionadas por cualquier practicante clínica de salud voluntario libre que el Departamento de Salud y Servicios Humanos ha considerado que ser un empleado del Servicio de Salud Pública. Esta cobertura FTCA negligencia médica se aplica a los profesionales de la salud voluntarios de la clínica gratuita que se consideren, que han proporcionado un servicio requerido o autorizado bajo el Título XIX de la Ley de Seguridad Social (es decir, el Programa de Medicaid) en un sitio clínica gratuita o mediante programas fuera del sitio o eventos realizados por la clínica gratuita (Ver 42 USC§ 233 (a), (o)). **Esta ley Federal y otras leyes estatales y federales incluyendo la Ley Federal de Protección Voluntaria del 1997 pueden cubrir ciertos profesionales de la salud clínica gratuita que prestan servicios de atención médica a los pacientes en esta clínica gratuita.**

Yo entiendo lo anterior y estoy de acuerdo en cumplir con las políticas de la Clínica New Heights.

Yo doy my consentimiento para recibir servicios en la Clínica New Heights, que pueden incluir la evaluación, los procedimientos de diagnóstico de rutina, medicamentos

Y el tratamiento médico, como el médico tratante / Enfermero / asistente médico considera que es necesario para mi

La atención. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se han dado garantías a

Mi en cuanto al resultado de los examen o tratamientos en esta clínica.

Firma

Fecha

Original to chart
Copy to patient



NEW HEIGHTS CLINIC Informacion del paciente

Nuevo Fecha _____
 visto el año pasado
 visto hace más de un año

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ sexo _____
 apellido primer segundo

Idioma Primario que habla el paciente _____ Necesita interprete Si no

Direccion _____
 Calle Ciudad Estado codigo

de telefono _____
 Casa Trabajo Mensaje

Seguro social _____ Numero de personas _____ Ingresos mensuales _____

Contacto de emergencia _____

Padre o Guardian _____

Informacion _____
 Nombre Relacion

Direccion _____
 Calle Ciudad Estado Codigo

Telefono _____
 Casa Trabajo mensaje

Proveedor médico anterior o actual _____

Porfavor marque las respuestas que aplique al paciente arriba mencionado

Condado de Residencia	Estado Civil	Patrimonio étnico	Seguro de Salud
Clark <input type="checkbox"/>	soltero (14 para arriba) <input type="checkbox"/>	Blanco (no Hispano) <input type="checkbox"/>	Si No
Cowlitz <input type="checkbox"/>	Nino (14 para abajo) <input type="checkbox"/>	Negro/Afroamerica <input type="checkbox"/>	Que Clase?
Skamania <input type="checkbox"/>	casado <input type="checkbox"/>	Asiático / Islas del Pacifico <input type="checkbox"/>	
Multnomah <input type="checkbox"/>	separado <input type="checkbox"/>	Nativo americano (indio) <input type="checkbox"/>	
otro <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Hispano / Español <input type="checkbox"/>	
	Viudo <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
	Otro <input type="checkbox"/>		

Paciente /Guardian Situacion Laboral	Fuentes de ingresos del hogar (Paciente o miembro de la familia)	¿Cómo se enteró acerca de nuestra clínica?
Tiempo completo (comp más de 25 empleados) <input type="checkbox"/>	salario <input type="checkbox"/>	amigo/pariente <input type="checkbox"/>
Tiempo completo (comp menos de 25 empleados) <input type="checkbox"/>	Welfare/Asistencia Pública <input type="checkbox"/>	Deptm de salud <input type="checkbox"/>
Tiempo parcial <input type="checkbox"/>	Desempleo <input type="checkbox"/>	Periódico / folleto <input type="checkbox"/>
Desempleados <input type="checkbox"/>	seguro social <input type="checkbox"/>	Hospital <input type="checkbox"/>
Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/>	SSI-Federal <input type="checkbox"/>	Escuela <input type="checkbox"/>
Servicio temporal <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
	Otro <input type="checkbox"/>	

Doy mi consentimiento para dicho tratamiento medico que pueda ser aconsejable por cualquiera de los proveedores de servicios medicos de la clinica New Heights

X _____

Firma del paciente (o sus padres si el paciente es menor de 14 años de edad)

Fecha

Clinica New Heights Cuestionario de Salud para adultos Fecha de hoy: Date _____

Nombre: _____ Estado(a) Civil: __ soltero(a) __ casado(a) __ Separado(a) _____
 _____ Divorciado(a)

Fecha de nacimiento: _____ edad: _____ Educacion: _____ Grado _____ Preparatoria _____ Vocacional

ACTUALIDAD

Enumerar los problemas médicos que otros médicos le han diagnosticado: _____

ALERGIAS: Medicamentos, comida, Latex?
 (enumerar el producto y la reacción que tuvo)

MEDICAMENTOS

Incluya la frecuencia y la dosis si los conoce. Incluya medicamentos sin receta, vitaminas, anticonceptivos. _____

HISTORIA SOCIAL

Tobacco: Cigarrillo PKS por día _____ Número de años _____ Años que lo dejó _____
 ninguno puro

Alcohol Promedio # de bebidas al día _____ semanal _____ anual _____ Ninguno _____
 ¿Usted tiene un problema con la bebida u otras drogas? si No talvez
 ¿Qué drogas recreativas utiliza? _____

Cafeina Ninguna Cafe Te Cola tazas por día

Ejrcicio Sedentario ejercicio mediano ejercicio vigoroso ocasional ejercicio vigoroso regularmente
 (poco ejercicio) (subir escaleras, caminar) (trabajo o recreación, menos de 4 x / sem) (trabajo o recreación superior a 4x /sem)

Antecedentes religioso _____
 ¿Es la fe o la religión o la espiritualidad una parte importante de tu vida? si No como? _____

Historia Medica

CIRUGÍAS			OTRAS HOSPITALIZACIONES:		
año	operación	Hospital	año	Problema	Hospital
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

HISTORIA FAMILIAR: Edad en la Problemas de salud significativos

Relación	Edad	muerte	o la causa de la muerte
~Padre	_____	_____	_____
~Madre	_____	_____	_____
~Hermanos	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
~ Niños	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
~ Abuelos	_____	_____	_____

Familiares	_____
Sida	_____
Diabetes	_____
Cáncer	_____
Presión arterial alta	_____
Asma/Fiebre del Heno	_____
Accidente cerebrovascular(Stroke)	_____
Enfermedad Mental	_____
Tuberculosis	_____
Obesidad	_____
Artritis	_____

FAVOR LLENE, FIRME Y PONGA FECHA EL REVERSO DE LA FORMA →

<p>Historia de trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Desempleado</p> <p><input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desabilitado</p> <p>A partir de su trabajo más reciente, la lista el tipo de trabajo que usted ha hecho:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Tipo de trabajo</td> <td style="width: 50%;">Número de años</td> </tr> <tr> <td>1 _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2 _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3 _____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Tipo de trabajo	Número de años	1 _____	_____	2 _____	_____	3 _____	_____	<p>EXPOSICIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> Los gases y polvo <input type="checkbox"/> radiación</p> <p><input type="checkbox"/> Plomo o mercurio <input type="checkbox"/> ruidos fuertes</p> <p><input type="checkbox"/> Asbestos Carbón <input type="checkbox"/> levantar cosas pesadas</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p>
Tipo de trabajo	Número de años								
1 _____	_____								
2 _____	_____								
3 _____	_____								

OTROS PROBLEMAS

<p>Compruebe si tiene o ha tenido alguno de estos síntomas en un grado inusual o significativo:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> dolor de cabeza</td> <td><input type="checkbox"/> cambio en las Heces</td> <td><input type="checkbox"/> Prob con el coito</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desmayo</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrea</td> <td><input type="checkbox"/> Convulsiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mareo</td> <td><input type="checkbox"/> estreñimiento</td> <td><input type="checkbox"/> asma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problemas del oído</td> <td><input type="checkbox"/> Hemorroides</td> <td><input type="checkbox"/> Ulceras</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sinusitis</td> <td><input type="checkbox"/> dolor en el pecho</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nariz congestionada</td> <td><input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón</td> <td><input type="checkbox"/> Colitis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alergia</td> <td><input type="checkbox"/> hinchazón de los tobillos</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ronquera</td> <td><input type="checkbox"/> aumento de la orina</td> <td><input type="checkbox"/> Anemia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dificultad para ver</td> <td><input type="checkbox"/> en la noche</td> <td><input type="checkbox"/> trastorno de la sangre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dificultad para oír</td> <td><input type="checkbox"/> Dolor de piernas al caminar</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas del corazón</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> tos</td> <td><input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones</td> <td><input type="checkbox"/> Soplo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> silbidos</td> <td><input type="checkbox"/> Dolor de espalda</td> <td><input type="checkbox"/> Fiebre reumática</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> pleuresia</td> <td><input type="checkbox"/> entumecimiento</td> <td><input type="checkbox"/> agrandamiento del corazón</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dificultad para respirar</td> <td><input type="checkbox"/> entumecimiento</td> <td><input type="checkbox"/> Presión arterial alta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> cuando esta acostado</td> <td><input type="checkbox"/> Sofocos</td> <td><input type="checkbox"/> flebitis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> sudores nocturnos</td> <td><input type="checkbox"/> nervioso</td> <td><input type="checkbox"/> diabetes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> dolor de pecho</td> <td><input type="checkbox"/> deprimido</td> <td><input type="checkbox"/> enfermedad de la tiroides</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> toser sangre</td> <td><input type="checkbox"/> dificultad para dormir</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad renal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> dificultad para tragar</td> <td><input type="checkbox"/> disminución del apetito</td> <td><input type="checkbox"/> Tracto Urinario</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Indigestión</td> <td><input type="checkbox"/> Cambio de peso</td> <td><input type="checkbox"/> Infecciones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acidez</td> <td><input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse</td> <td><input type="checkbox"/> esterilidad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> dolor de estomago</td> <td><input type="checkbox"/> Dolor al orinar</td> <td><input type="checkbox"/> impotencia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> vomitar sangre</td> <td><input type="checkbox"/> Sangre en la orina</td> <td><input type="checkbox"/> frigidez</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sangre en las heces</td> <td><input type="checkbox"/> Orina frecuente</td> <td><input type="checkbox"/> Oscuro heces (negro)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Cambio en los hábitos intestinales</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> cambio en las Heces	<input type="checkbox"/> Prob con el coito	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> estreñimiento	<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> Problemas del oído	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Nariz congestionada	<input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Colitis	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> hinchazón de los tobillos	<input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/> Ronquera	<input type="checkbox"/> aumento de la orina	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Dificultad para ver	<input type="checkbox"/> en la noche	<input type="checkbox"/> trastorno de la sangre	<input type="checkbox"/> Dificultad para oír	<input type="checkbox"/> Dolor de piernas al caminar	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> tos	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Soplo	<input type="checkbox"/> silbidos	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> pleuresia	<input type="checkbox"/> entumecimiento	<input type="checkbox"/> agrandamiento del corazón	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> entumecimiento	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> cuando esta acostado	<input type="checkbox"/> Sofocos	<input type="checkbox"/> flebitis	<input type="checkbox"/> sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> nervioso	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> dolor de pecho	<input type="checkbox"/> deprimido	<input type="checkbox"/> enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> toser sangre	<input type="checkbox"/> dificultad para dormir	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> disminución del apetito	<input type="checkbox"/> Tracto Urinario	<input type="checkbox"/> Indigestión	<input type="checkbox"/> Cambio de peso	<input type="checkbox"/> Infecciones	<input type="checkbox"/> Acidez	<input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse	<input type="checkbox"/> esterilidad	<input type="checkbox"/> dolor de estomago	<input type="checkbox"/> Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> impotencia	<input type="checkbox"/> vomitar sangre	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> frigidez	<input type="checkbox"/> Sangre en las heces	<input type="checkbox"/> Orina frecuente	<input type="checkbox"/> Oscuro heces (negro)		<input type="checkbox"/> Cambio en los hábitos intestinales		<p>SIDA:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Le preocupa es posible que tenga el SIDA?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Ha tenido una transfusión de sangre entre 1978-1983?</p> <p><input type="checkbox"/> a usado geringas callejeras en usted?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Eres homosexual o bisexual?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Ha tenido intimidad con alguien conocidos por tener el SIDA?</p>
<input type="checkbox"/> dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> cambio en las Heces	<input type="checkbox"/> Prob con el coito																																																																										
<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Convulsiones																																																																										
<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> estreñimiento	<input type="checkbox"/> asma																																																																										
<input type="checkbox"/> Problemas del oído	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Ulceras																																																																										
<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar																																																																										
<input type="checkbox"/> Nariz congestionada	<input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Colitis																																																																										
<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> hinchazón de los tobillos	<input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado																																																																										
<input type="checkbox"/> Ronquera	<input type="checkbox"/> aumento de la orina	<input type="checkbox"/> Anemia																																																																										
<input type="checkbox"/> Dificultad para ver	<input type="checkbox"/> en la noche	<input type="checkbox"/> trastorno de la sangre																																																																										
<input type="checkbox"/> Dificultad para oír	<input type="checkbox"/> Dolor de piernas al caminar	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón																																																																										
<input type="checkbox"/> tos	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Soplo																																																																										
<input type="checkbox"/> silbidos	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática																																																																										
<input type="checkbox"/> pleuresia	<input type="checkbox"/> entumecimiento	<input type="checkbox"/> agrandamiento del corazón																																																																										
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> entumecimiento	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta																																																																										
<input type="checkbox"/> cuando esta acostado	<input type="checkbox"/> Sofocos	<input type="checkbox"/> flebitis																																																																										
<input type="checkbox"/> sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> nervioso	<input type="checkbox"/> diabetes																																																																										
<input type="checkbox"/> dolor de pecho	<input type="checkbox"/> deprimido	<input type="checkbox"/> enfermedad de la tiroides																																																																										
<input type="checkbox"/> toser sangre	<input type="checkbox"/> dificultad para dormir	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal																																																																										
<input type="checkbox"/> dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> disminución del apetito	<input type="checkbox"/> Tracto Urinario																																																																										
<input type="checkbox"/> Indigestión	<input type="checkbox"/> Cambio de peso	<input type="checkbox"/> Infecciones																																																																										
<input type="checkbox"/> Acidez	<input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse	<input type="checkbox"/> esterilidad																																																																										
<input type="checkbox"/> dolor de estomago	<input type="checkbox"/> Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> impotencia																																																																										
<input type="checkbox"/> vomitar sangre	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> frigidez																																																																										
<input type="checkbox"/> Sangre en las heces	<input type="checkbox"/> Orina frecuente	<input type="checkbox"/> Oscuro heces (negro)																																																																										
	<input type="checkbox"/> Cambio en los hábitos intestinales																																																																											

¿Qué otros médicos a visto? _____	
¿Cuándo fue su último examen completo? _____	
¿Ha tenido alguna reciente:	
exámenes de sangre	si <u> </u> cuándo? <u> </u> ¿dónde? <u> </u> No <input type="checkbox"/>
EKG	si <u> </u> cuándo? <u> </u> ¿dónde? <u> </u> No <input type="checkbox"/>
Radiografía del pecho?	si <u> </u> cuándo? <u> </u> ¿dónde? <u> </u> No <input type="checkbox"/>

Solo Para Mujeres

Historia de sus periodos menstruales	¿Tiene problemas menstruales?	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
istia de sus periodos mentruales _____	<input type="checkbox"/> períodos pesados	Otros problemas menstruales: _____	
La frecuencia de los períodos? _____	<input type="checkbox"/> períodos irregulares	_____	
Fecha de la última PAP? _____	<input type="checkbox"/> períodos menstruales dolorosos	_____	
Número de embarazos: _____	<input type="checkbox"/> manchar	_____	
cuantos partos? _____		_____	

Firma del paciente _____ Fecha _____

Forma revisada por _____ Fecha _____



Mensaje de confidencialidad

Hay ocasiones en las que necesitamos comunicar un informe o mensaje A ustedes y no logramos ponernos en contacto con usted en su casa. Para ponerse en contacto con usted en una manera oportuna y al mismo tiempo mantener una estricta confidencialidad, solicitamos la siguiente información:

Si no podemos comunicarnos con usted en su número de teléfono de su casa, podemos comunicarnos con usted en el trabajo? Sí _____ No _____ # _____

Podemos ponernos en contacto con usted por su teléfono celular?

Si _____ No _____ # _____

¿Podemos dejar un mensaje en su buzón de voz o contestador automático?

Si _____ No _____

Además de usted, ¿hay algún familiar o amigo con el que nos permitiría hablar de su información médica:

Si _____ No _____

NOMBRE DEL CONTACTO	RELACIÓN	TELÉFONO #
---------------------	----------	------------

NOMBRE DEL CONTACTO	RELACIÓN	TELÉFONO #
---------------------	----------	------------

SU NOMBRE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA



Mensaje de confidencialidad

Hay ocasiones en las que necesitamos comunicar un informe o mensaje A ustedes y no logramos ponernos en contacto con usted en su casa. Para ponerse en contacto con usted en una manera oportuna y al mismo tiempo mantener una estricta confidencialidad, solicitamos la siguiente información:

Si no podemos comunicarnos con usted en su número de teléfono de su casa, podemos comunicarnos con usted en el trabajo? Sí _____ No _____ # _____

Podemos ponernos en contacto con usted por su teléfono celular?

Si _____ No _____ # _____

¿Podemos dejar un mensaje en su buzón de voz o contestador automático?

Si _____ No _____

Además de usted, ¿hay algún familiar o amigo con el que nos permitiría hablar de su información médica:

Si _____ No _____

NOMBRE DEL CONTACTO	RELACIÓN	TELÉFONO #
---------------------	----------	------------

NOMBRE DEL CONTACTO	RELACIÓN	TELÉFONO #
---------------------	----------	------------

SU NOMBRE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA