

Información del pacien	te (Presente su identi	ficación con foto y	su tarjeta de			ación)	
Nombre legal: Primero		Segundo		Apellido		Sufijo	
							II, III, etc.)
Nombre/apodo de pre					guro/licencia de c	onducir/ident	ificación estatal
	Mes	Día Año □	1 Mascu	ilino [	□ Femenino		
	/	/——/——  <sub>^</sub>	lúmero de Seg	uro Social			
Dirección			e/Unidad	Ciudad		Estado	C.P.
Direction		Αριο/3ιο	e, Officaci	Ciudau		LStado	C.F.
Teléfono móvil/celular	r Teléfono de c	asa Ema	ail				
( )	( )						
La mejor manera de co	ontactarme/dejarme	mensajes 🗆	Teléfono/	correo [	<b>Email/portal</b>	del □	US mail
(marque todas las que correspo	ondan):		de voz		paciente		
Pronombre de ☐Pregui	ntado pero 🗆	Él □ Ella	□ El	lx	□ Ze, Hir □	Otro 🗆	Rechazado
preferencia: descor	nocido						
Cómo describiría (el paci	ente) su identidad de g	énero	Orientación	sexual			
□ Femenino	□ Mujer t	ransgénero de	□ Lesbian	a o Gay	□ <b>A</b>	lgo más	
☐ Masculino		a mujer (MTF)		sexual (hete		refiero no reve	elarla
☐ Hombre transgénero	o de 🗆 Prefiero	no revelarlo			-	tra	
mujer a hombre (FTI							
Estado civil		e 🗆 Casado	□ Divorci	ado 🗆	Separado 🗆	Viudo	□ Otro
	hecho						
Idioma de   Birmar  preferencia:	no 🗆 Inglés 🗆	Francés   Alen  Guaj			□ Italiano □ □ Tigriña □	Español Sudanés	□ Otro
Condición de estudiante:	: 🗆 A tiempo cor	mpleto □ A tie	empo parcial		lo es estudiante		
Persona responsable d		•			io es estudiante		
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	ted mismo			Cónyuge 🗆	Otro		
itelacion. 🗆 USI	teu iiiisiiio 🗀 Pa	ule 🗆 Fait	eja □	Conyuge	Ollo		
Nombre Legal: Primero		Segundo		Apellio	lo	Sufijo	
				1 4			
						(Jr, Sr, II	, III, etc.)
Dirección		Apto/	/Ste/Unidad	Ciudad		Estado	C.P.
		• •	-				
# de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Relación 🗆 U	Jsted □	Padre 🗆	Pareja 🗆	Cónyuge	□ Otro
		n	nismo				
Información del seguro	0						
Nombre del seguro	<ul><li>Medicare</li></ul>	☐ Medicaid	□ Blue Cros	s 🗆 Mo	olina 🗆 Unite	d 🗆	Otro:
primario:			Blue Shie	ld	Health	ncare	
Nombre del titular de la	póliza:	Número de iden	tificación:		Fecha de nacim	niento del titul	ar de la póliza:
		Número de grup	o:			<u> </u>	
Relación:	□ Usted mismo	□ Padre	□ Parej	ja	□ Cónyu	ge   Otro:	
Nombre del seguro secur		□ Medicaid	□ Blue Cros	s ⊓ M	olina □ Unite	<u></u>	Otro:
uci segui o secui	ivieuicare	u iviculcalu	Blue Shie			:hcare	
Nombre del titular de la	póliza:	Número de iden			Fecha de nacim		ar de la póliza:
	•	Número de grup			/	'	
Relación:	□ Usted	□ Padre	□ Par	eia	□ Cónyuge	Otro:	
	mismo			- ,			
Información del emple		1	1			1	
IIIIOI IIIacioii dei eiiipie	ador						
Nombre del empleador:	eador						
	eador						

	ulario de registro de	e Promise Healthcare		<b>promise</b> healthcare
Teléfono del	l trabajo:	Ocupa	ción:	
Condición de empleo:		□ A tiempo □ Servicio parcial activo	□ Fecha de jubilación:	☐ Sin empleo ☐ Independient
Contacto	de Emergencia/Relac	ciones/Rol		
Nombre Le	gal: Primero	Segundo	Apellido	Sufijo (Jr, Sr, II, III, etc.)
Dirección		Apto/Ste	e/Unidad Ciudad	Estado C.P.
Teléfono m	nóvil/celular	Teléfono de casa	Relación con el	naciente
( )		( )		
Condición	de vivienda y de tra	bajador		
Situación de de vivienda	e falta 🗆 Compartida			o me falta vivienda   Vivienda de apoy  esconocido permanente
	de trabajador migra	nte		permanente
Condicion	rac trabajaaor migra		es un trabajador agrícola	☐ Trabajador de temporada
Raza:	☐ Indio asiático		Otro isleño del Pacífico	☐ Indio americano/nativo de Alaska
Naza.	□ Chino		Guameño o chamorro	□ Blanco
	□ Filipino		Samoano	□ Más de una raza
	□ Japonés		Negro/afroamericano	☐ No reportada/prefiero no revelar la raza
Etnia:	□ Cubano	☐ Mexicano, Mexicano-an		Origen No Hispano, Latino/a o Español
Ethia:		☐ Otro Origen Hispano, La		No reportado/Prefiero no revelar la etnia
C =1! -! -! -:	□ Puertorriqueño		•	No reportado/Prenero no reveiar la etilia
	_	□ Sí □ No	0	
¿Como se e	enteró de nosotros? _			
Ingresos ac	tuales del hogar:	Semanal \$	Mensual \$	Anual \$
		rcionar beneficios financieros a lo	os clientes. Al proporcionar s	u comprobante de ingresos, PHC puede
Su com declara	ación de impuestos del	ouede ser, entre otros, sus último	s dos o tres talones de pago,	el formulario W-2 del año pasado, la
Su com declara docum Al firma un com	nprobante de ingresos pación de impuestos del entación aprobada por ar, entiendo que, de ac aprobante de ingresos p	ouede ser, entre otros, sus último año pasado o un asesor financiero de PHC. uerdo con mis ingresos, podría se para recibir estos beneficios denti	er elegible para la escala móv ro de los 30 días posteriores	il de PHC. Sin embargo, debo proporcionar a mi primera consulta.
Su com declara docum Al firm un com Entiend	nprobante de ingresos pación de impuestos del lentación aprobada por ar, entiendo que, de ac nprobante de ingresos p	ouede ser, entre otros, sus último año pasado o un asesor financiero de PHC. uerdo con mis ingresos, podría se para recibir estos beneficios denti	er elegible para la escala móv ro de los 30 días posteriores si no traigo la documentació	il de PHC. Sin embargo, debo proporcionar a mi primera consulta. n de ingresos dentro de los 30 días
Su com declara docum Al firm un com Entiend	nprobante de ingresos pación de impuestos del lentación aprobada por ar, entiendo que, de ac nprobante de ingresos paco que se me cobrará la iores a mi primera cons	ouede ser, entre otros, sus último año pasado o un asesor financiero de PHC. uerdo con mis ingresos, podría se para recibir estos beneficios denti	er elegible para la escala móv ro de los 30 días posteriores si no traigo la documentació	il de PHC. Sin embargo, debo proporcionar a mi primera consulta. n de ingresos dentro de los 30 días debido a la falta de pago.

Fecha

## Formulario de registro de Promise Healthcare

Formulario de autorización de HIPPA

Quién puede tener su información médica

Por favor, rellene este formulario. Nos indicará qué familiares y amigos tienen su permiso para tener su información médica.

## Consentimiento de menores para el tratamiento

Nombre completo del menor:	Fecha de nacimiento:
Hay un médico, enfermero practicante o asistente médico, dentista, higi disponible, según los horarios, para brindar atención médica primaria, at	, , ,
nutricionales.	terición dental, servicios psicosociales y consultas

Los servicios disponibles pueden incluir, entre otros:

- Exámenes físicos, evaluaciones de salud y/o exámenes de detección de problemas de salud
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas
- Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas
- Educación y promoción de la salud: se ofrecerán talleres de promoción/prevención en materia de salud.
- Inmunizaciones

- Promoción del bienestar, incluyendo cesación tabáquica, nutrición y/o control de peso.
- Atención de salud reproductiva, incluyendo exámenes ginecológicos, educación, pruebas y tratamiento de ETS, educación sobre el VIH/SIDA, asesoramiento/pruebas y servicios anticonceptivos.
- Pruebas de laboratorio que incluyen exudado faríngeo, hematología completa, pruebas de mononucleosis, etc.
- Servicios de consejería de salud mental
- Examen y tratamiento odontológico
- Derivaciones a otras agencias para obtener servicios que no se ofrecen en el Centro de Salud Escolar Urbana (USBHC)

### **CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES**

Al firmar a continuación, certifico y afirmo que:

El niño mencionado anteriormente tiene mi consentimiento para recibir los servicios ofrecidos por Promise Healthcare por parte de sus proveedores. He sido informado y entiendo el alcance de los servicios que se pueden proporcionar. También entiendo que un padre, tutor legal o menor a quien la ley de Illinois le permita dar su consentimiento en su propio nombre tiene derecho a rechazar cualquier servicio de atención médica. También entiendo que, aunque se me alienta a estar presente para las citas, no es obligatorio, y que, al firmar a continuación, autorizo a Promise Healthcare para que brinden a mi hijo los servicios que sean mejor para él.

Además, entiendo que, según la ley de Illinois, un menor que tenga más de 12 años posee la misma capacidad que un adulto para consentir el recibir ciertos servicios de salud y no se requiere el permiso de los padres para dichos servicios.

Entiendo que, si mi hijo tiene 12 años o más y recibe servicios de salud mental/abuso de sustancias Promise Healthcare, él/ella/ellx puede recibir hasta ocho sesiones de terapia sin mi consentimiento. Por ley, un niño menor de 12 años no podrá recibir servicios de salud mental/abuso de sustancias sin el consentimiento de los padres.

Este consentimiento surtirá efecto a partir de la fecha de la firma durante un año a menos que lo cancele por escrito o en el momento en que el menor cumpla dieciocho (18) años o se emancipe de otra manera.

momento en que el menor cumpla dieciocho (18) años o se emancipe de otra manera.	
Nombre completo escrito del padre/tutor:	
Relación con el menor:	
Si/cuando no estoy disponible, autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a acompañar a esfavor, indique el (los) nombre(s) completo(s) y la relación con el niño):	ste niño a su(s) cita(s), si corresponde (por
Firma del padre/tutor:	Fecha:
Firma del paciente (12 años o más):	Fecha:



## Quién puede tener su información médica

Nombre del paciente:			Fecha de nacimiento:		
ACERCA DE	ESTE FORM	ULARIO:			
<ul> <li>Permite que las personas mencionadas a cont</li> <li>Informa a las personas mencionadas a continu sobre su ubicación, salud o muerte</li> </ul>	uación o a u	na organización d	e socorro er		
ESTAS PERSONAS PUEDEN	I TENER MI I	NFORMACIÓN MI	ÉDICA		
1. NOMBRE:		Relación con u	ısted:		
# de teléfono:	Dirección:				
Ciudad:			Estado:	Código postal:	
2. NOMBRE:		Relación con u	ısted:		
# de teléfono:	Dirección:				
Ciudad			Estado:	Código postal:	
3. NOMBRE:		Relación con u	ısted:		
# de teléfono:	Dirección:				
Ciudad			Estado:	Código postal:	
POR FAVOR FIRME AQUÍ:					
Al firmar a continuación, permito que Promise Healthcare hable acerca de o revele mi información médica a las personas mencionadas anteriormente.  Marque todo lo que apruebe:					
Firma del paciente/padre/tutor:	Fecha	de hoy			
Su permiso vence en un año a menos que sea cancela	ado por esc	ito			
INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL A SER REVEL					
Entiendo que los registros solicitados anteriormente p	oueden cont	ener información	médica con	fidencial que para	

conversar al respecto se requiere mi consentimiento específico. Autorizo específicamente a Promise Healthcare para que hable sobre o revele mi información médica a las personas mencionadas anteriormente.



#### Formulario de autorización Salud mental/conductual Iniciales: Fecha: Registros de abuso de alcohol/drogas Iniciales: \_Fecha: \_\_\_\_\_ Genética Iniciales: Fecha: Atención reproductiva Iniciales: Fecha: Iniciales: \_\_\_ VIH/SIDA/Enfermedades de transmisión sexual Fecha: Tenga en cuenta: La información médica que se indica a continuación acerca de un Paciente de 12 a 17 años de edad (paciente menor de edad) está restringida de la siguiente manera: El uso de drogas/alcohol, la salud reproductiva, SIDA/VIH o el control de la natalidad/enfermedades de transmisión sexual/agresión sexual, así como cualquier información de salud generada como resultado del consentimiento independiente legalmente autorizado del Paciente Menor para el tratamiento, requiere la firma del Paciente Menor de Edad para esta conversación. La información sobre salud mental o discapacidades del desarrollo está disponible después de la firma del Paciente Menor, siempre que el Paciente Menor haya sido informado y no se oponga a la revelación. De lo contrario, la ley de Illinois solo permite la disponibilidad de información limitada sobre la salud mental o discapacidades del desarrollo para el padre o tutor del Paciente Menor de edad Firma del paciente/padre/tutor: Fecha de hoy Su permiso vence en un año a menos que sea cancelado por escrito

Por favor, rellene este formulario. Nos indicará qué familiares y amigos tienen su permiso para tener su información médica.

## Formulario de registro de Promise Healthcare

#### Aviso de Prácticas de Privacidad



Este aviso describe cómo se puede usar y revelar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente. Este aviso aplica para todos los centros de Promise Healthcare.

#### Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

#### Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico.

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos pedirle que haga la solicitud por escrito.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable según el costo.

#### Pedirnos que corrijamos su expediente médico.

- Puede pedirnos que corrijamos la información médica sobre usted que piense que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos el por qué por escrito en el plazo de 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales.

 Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a un teléfono

de su casa o de la oficina) o que enviemos el correo a una dirección diferente.

Diremos que "sí" a todas las solicitudes razonables.

#### Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos.

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información médica respecto a tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectaría la atención que reciba.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con fines de pago o nuestras operaciones con la empresa de su seguro médico.
- Diremos que "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

# Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información.

- Puede solicitar una lista (conteo) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha de solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las revelaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras revelaciones (como las que nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe de un año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable según el costo si solicita otro dentro de 12 meses.

#### Obtener una copia de este aviso de privacidad.

 Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

#### Elegir a alguien que actúe por usted.

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y que puede actuar por usted antes de que tomemos cualquier acción.

#### Presentar una queja si considera que sus derechos son violados.

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información que se encuentra en la última página de este aviso.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877- 696- 6775, o ingresando a la página www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/ complaints/.

• No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

#### Sus elecciones

Para cierta información médica puede decirnos las elecciones que realizó sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

#### En estos casos, usted tiene el derecho y la elección de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre.
   Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos proceder a compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

# En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- La mayoría de las notas de salud mental que se comparten

#### En el caso de la recaudación de fondos:

 Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no

lo contactemos de nuevo.

#### Otros usos y revelaciones

¿Cómo usamos o compartimos su información médica normalmente? Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras: Para tratarlo.

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. Ejemplo: Un médico que lo atiende por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.
- Podemos usar y compartir su información médica para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Ejemplo: Usamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.
- Podemos usar y compartir su información médica para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades. Ejemplo: Le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.
   Los ejemplos utilizados en este Aviso de Prácticas de Privacidad son solo ilustrativos y no pretenden ser una lista completa.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?
Estamos autorizados u obligados a compartir su información de otras maneras, por lo general, de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: https://www.hhs.gov/hipaa/for- individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html.

#### Ayuda con problemas de salud y seguridad pública.

- Podemos compartir información médica sobre usted en ciertas situaciones tales como:
- Prevención de enfermedades
- Ayuda con las retiradas de productos
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona

# Formulario de Registro de Promise Healthcare Investigar.

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.
   Cumplir con la ley.
- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos

si quiere ver que estamos cumpliendo con las leyes de privacidad federales.

#### Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.

 Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de

obtención de órganos.

#### Trabajar con un médico forense o un director funerario.

• Podemos compartir información médica con un médico forense o director funerario cuando muere una persona.

# Abordar indemnizaciones por accidentes laborales, la aplicación de la ley y otras

#### solicitudes del gobierno.

- Podemos usar o compartir información médica sobre usted:
- Para reclamos de indemnizaciones por accidentes laborales
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la lev
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

#### Responder a demandas y acciones legales.

 Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden de un tribunal

una orden administrativa, o en respuesta a una citación.

Las protecciones de privacidad de la ley federal y las protecciones de privacidad de la ley estatal de la HIPAA generalmente no impiden ni anulan otras leyes que brindan a las personas mayores protecciones de privacidad. Si alguna ley estatal o federal aplicable exige que le proporcionemos más protecciones de privacidad, entonces debemos seguir esa ley además de la

Algunos tipos de información médica pueden tener protección adicional bajo la ley federal o estatal. Por ejemplo, algunos resultados de pruebas genéticas, registros de salud mental, resultados de pruebas de VIH/SIDA, registros educativos y programas de tratamiento de abuso de alcohol y sustancias con asistencia federal están sujetos a restricciones especiales sobre nuestro uso y revelación en virtud de diversas leyes.

#### Nuestras responsabilidades

- Por ley, estamos obligados a preservar la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera

que no sea la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

#### Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios aplicarán para toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en

Página | 5 2023



nuestro sitio web.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad, comuníquese con el Funcionario de Privacidad de Promise Healthcare al 217-356-1558

## Formulario de aceptación del Aviso de Privacidad

Al Illinal a continuació	on, acepto que ne recibido y leido el Aviso de Practicas de Privacidad.
Nombre del paciente	
Firma del paciente	
Fecha:	

#### Declaración de Derechos del Paciente

Promise Healthcare trabaja con usted para superar sus expectativas. Respetamos sus derechos al acceso a la atención médica, la equidad y la seguridad, y su privacidad es nuestra prioridad. Sus derechos, sus responsabilidades y nuestros compromisos con usted son detallados a continuación.

#### Usted tiene derecho a:

- Recibir atención respetuosa independientemente de su sexo, edad, raza, religión, color, nacionalidad, orientación sexual o cualquier otra característica personal, incluida su fuente principal de pago.
- Ser tratado con consideración en cuanto a sus necesidades emocionales, espirituales y culturales.
- Estar totalmente informado sobre los servicios disponibles en Promise Healthcare, incluyendo la atención fuera del horario de atención y de emergencia y las tarifas de todos los servicios.
- Esperar una continuidad razonable de la atención y tener un proveedor que administre su atención.
- Solicitar una segunda opinión cuando lo crea necesario.
- Conocer los nombres y cargos de las personas involucradas en su atención por medio de una etiqueta con su nombre oficial o una presentación personal.
- Tener una selección razonable de proveedores e información sobre sus opciones. Puede cambiar de proveedor si no está satisfecho con su atención mediante nuestro procedimiento para cambiar de proveedor. Por favor, pida ayuda en la recepción.
- Buscar ayuda, como una silla de ruedas o un intérprete, para obtener atención de manera más fácil.
- Recibir la información sobre su salud de una manera que pueda comprender, participar en las decisiones sobre su atención y dar su consentimiento informado antes de que se realice cualquier procedimiento según la ley de Illinois.
- Estar al tanto de cualquier resultado imprevisto.
- Participar plenamente en el proceso de toma de decisiones sobre su atención. Puede hacer que participen padres, tutores, miembros de la familia, parejas de unión civil u otras personas que elija.
- Rechazar un tratamiento recomendado, en la medida permitida por la ley, y ser informado de los riesgos asociados y las posibles consecuencias de negarse a recibir tratamiento.
- Esperar que su expediente médico sea mantenido de forma confidencial. Para obtener más información sobre su derecho a la privacidad, revise las declaraciones de su HIPAA y del Aviso de Privacidad.
- Preguntar y recibir una explicación de los cargos realizados por Promise Healthcare, incluso si están cubiertos por un seguro.
- Realizar una directiva anticipada para la atención al final de la vida. Por favor, informe a su equipo de atención médica si está interesado en obtener más información sobre las directivas anticipadas.
- Expresar cualquier queja o inquietud a través de nuestro formulario de quejas/comentarios para pacientes.

#### Como parte de nuestro contrato con usted, nos comprometemos a:

- Brindarle un tratamiento ético por parte de proveedores de atención médica atentos y calificados.
- Proporcionar servicios que estén disponibles para usted según los necesite.
- Proporcionar cobertura de emergencia y disponibilidad de proveedores de guardia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana al llamar al número de nuestra oficina. Cuando la oficina esté cerrada, el proveedor puede consultar con usted por teléfono.

- Siempre tratar con usted de manera honesta y abierta.
- Proporcionarle ayuda financiera de acuerdo con una escala de tarifas móviles. Esto depende de sus ingresos.
- Proporcionarle una explicación confidencial y detallada de su factura de servicios.
- Participar en medidas para garantizar siempre la seguridad del paciente.

#### Usted tiene la responsabilidad de:

- Llegar a tiempo para las citas programadas y decirnos si va a llegar tarde. Si llega tarde, no podemos garantizar su cita. Llámenos con al menos 24 horas de anticipación si necesita cancelar o reprogramar.
- Avisarnos con al menos 48 horas de anticipación cuando usted o un miembro de su familia necesiten medicamentos o una receta.
- Seguir todas las reglas y normativas publicadas en Promise Healthcare.
- Hablar y comportarse respetuosamente con el personal de Promise Healthcare y otros pacientes.
- Respetar la privacidad y confidencialidad de los demás pacientes.
- Apagar los teléfonos celulares en las áreas clínicas.
- Proporcionarnos toda la información necesaria para que podamos mantener un expediente preciso de usted. Esto incluye informar sobre cualquier cambio en su dirección, número de teléfono, estado de las directivas anticipadas y, si es necesario, condición económica.
- Pagar sus facturas en el momento del servicio, incluidos los copagos y los deducibles, u organizar un plan de pago si es necesario.
- Proporcionar información honesta y completa sobre sus inquietudes de salud, historial médico anterior,
   medicamentos y cambios inesperados en su salud para que podamos brindarle el más alto nivel de atención.
- Proporcionarnos registros médicos a pedido.
- Hacer preguntas si no entiende alguna información o instrucciones que le demos.
- Desarrollar un plan de tratamiento con su equipo de atención y seguirlo lo mejor que pueda. Ser honesto acerca de lo que ha podido hacer (o no hacer) cuando lo vean en el seguimiento. Si no puede seguir un plan de tratamiento, haremos todo lo posible para ayudarlo a averiguar cómo cambiar el plan o corregir el problema, si es posible.
- Supervisar a los niños que están bajo su cuidado.
- Tenga en cuenta: Hacer declaraciones de acoso, ofensivas o intimidatorias o amenazas de violencia podría resultar en su expulsión de Promise Healthcare. Si lo expulsan de una de nuestras oficinas, se lo considera expulsado de todos los sitios de Promise.

## Historial de salud del paciente

Este cuestionario se utiliza para recopilar información sobre su historial de salud actual. Además de proporcionarle a su equipo de atención médica información clínica importante, este cuestionario también nos ayuda a cumplir con los requisitos especiales establecidos por Medicare y otros seguros médicos.

Información del paciente:		
Nombre:	Fecha de nacimiento://	Sexo al nacer:   Masculino   Femeni
¿Cuál es su idioma principal?		
Alergias: ¿Ha tenido urticaria, sarpullido en la piel, pi menciónelas a continuación:	oblemas respiratorios u otras reacciones al	érgicas a los medicamentos? □ Sí □ No En caso afirmativo,
Nombre del medicamento: Desc	riba la reacción alérgica:	
$\xi$ Hay medicamentos, aparte de aquellos a Sí $\square$ No	los que es alérgico, que preferiría no tomar	debido a efectos secundarios desagradables previos?
En caso afirmativo, especifique:		
Ha tenido una reacción alérgica a: ¿Yodo	o al contraste para rayos X? □ Sí □ No ¿Láte	x o goma (guantes, condones, globos)? □ Sí □ No
¿Mariscos? 🗆 Sí 🗆 No     ¿Picaduras de abe	ja o avispa? □ Sí □ No     ¿Cinta adhesiva? □	Sí □ No Otras alergias (especificar):
Indique cualquier alergia alimentaria: 🗆 N	inguna	
Altura:Peso: ¿Cam	bio de peso reciente? □ No □ Sí Aumer	nto delbs. Pérdida delbs.
Si es mujer, ¿está embarazada? □ Sí □ No	Fecha de la última vacuna antigripal:	<del></del>
Historial médico anterior:		
Marque si tiene o ha tenido alguno de los si	guientes:	
□ Reflujo gástrico	□ Desmayos	□ Lupus
☐ Adicción al alcohol	☐ Enfermedad de la vesícula biliar	□ Migrañas
□ Anemia	□ ERGE	□ Infección miocárdica
□ Angina de pecho	□ Glaucoma	□ Trastorno neurológico
□ Ansiedad	□ VIH positivo/SIDA	□ Trasplante de órganos
□ Artritis	<ul><li>☐ Hepatitis C</li><li>☐ Enfermedad/Cirugía Cardíaca</li></ul>	□ Osteoartritis
□ Asma		□ Osteoporosis
<ul> <li>☐ Fibrilación auricular</li> <li>☐ Trastorno autoinmune</li> </ul>	□ Soplo cardíaco	□ Marcapasos
☐ Trastorno autominune ☐ Tratamiento con bisfosfonatos	<ul><li>☐ Hepatitis A</li><li>☐ Hepatitis B</li></ul>	<ul> <li>□ Atención psiquiátrica</li> <li>□ Úlcera péptica</li> </ul>
□ Coágulos de sangre	□ Hepatitis C	□ Radioterapia
☐ Hipertrofia prostática benigna	☐ Enfermedad del intestino irritable	□ Fiebre reumática
□ Accidente cerebrovascular	☐ Reemplazo de articulaciones	□ Enfermedad renal
□ Accidente cerebrovascular  □ EPOC	□ Hiperlipidemia	☐ Trastorno convulsivo/epiléptico
□ Cáncer o tumor	☐ Hiperinjuerna ☐ Hipertensión/presión arterial alta	☐ Frastomo Convuisivo/Epineptico
□ Enfermedad de las arterias coronarias	□ Problemas renales	□ Derrame cerebral
□ Enfermedad de las arterias corollarias	☐ Discapacidad de aprendizaje	□ Enfermedad tiroidea
□ Depresión	□ Enfermedad hepática	□ Tuberculosis
□ Diabetes	□ Presión arterial baja	□ Otra (especifique)

☐ Enfermedad pulmonar

☐ Trastorno alimentario

	Nomb	ore:	Fecha de	nacimiento:	/	_/
Historial quirúrgico:						
Por favor, marque todo lo q	ue corresponda:					
□ Angioplastia □ Angioplastia c/stent □ Apendicectomía □ Artroscopia □ Cirugía de espalda □ Derivación coronaria □ Túnel carpiano □ Extracción de cataratas □ Colecistectomía	Año  Colectomía Colostomía Bypass gástrico Reparación de hernia Reemplazo de cadera Reemplazo de rodilla LASIK Biopsia de hígado ORIF (reducción abier fijación interna)	rta y	□ Resección del in □ Tiroidectomía □ Amigdalectomía □ TURP □ Vasectomía □ Otra (especifiqu	testino delgado	Año	
¿Ha estado hospitalizado en	los últimos 10 años? □ Sí □ No					
<u>Año</u>	<u>Lugar</u>	<u>Enferm</u>	<u>edad/lesión</u>	<u>Médico</u>		
			na afección médica? r			
Alcohol:	e se premedique unices de las citas cado	iologicus debido d d	na areceron mearca.	3. 2.110		
¿Bebe alcohol? □ Sí □ No ¿	Qué tipo de alcohol?		¿Cuánto bebe	e en una semana r	normal?	
¿Cuándo bebió por última v	ez? mado más de 4 bebidas en un día si es n	Si ha dejado de l	oeber, ¿cuándo dejó d	le hacerlo?		——— Cuántas
Consumo de marihuana:						
¿En los últimos 12 meses ha	consumido marihuana? □ Sí □ No ¿Cor	າ qué frecuencia cor	sume marihuana?			_
Consumo de sustancias:						
cristalina), alucinógenos, éx	a consumido alguna sustancia ilegal, por tasis/MMDA? □ Sí □ No ¿Con qué frecu alucinógenos, éxtasis/MMDA?	uencia ha consumid		· ·		
¿En los últimos 12 meses ha	abusado de los medicamentos recetado	os? □ Sí □ No ¿	Con qué frecuencia ha	a abusado de los r	nedicamen	tos rece

Padre    Madre   Sí   Madre   Sí   Madre   Sí   Madre   Madre   Sí   Madre   Madre   Sí   Madre   Madre   Madre   Sí   Madre   Madre	Fecha	Fecha de nacimiento://		
Padre    Madre				
Madre    Hermanos   Género	Vivo/falle	ecido Si falleció, ¿a qué ec		
Hermanos Género    M   F	- C′ - N-			
Hermanos Género    M   F	□ Sí □ No			
M   F   Sí     M   F   Sí     Hijos   Género     M   F   Sí     Marque si algún miembro de la familia ha tenido alguno de los siguientes y quién en la familia lo tuvo.    Anemia   Enfermedad de las arterias   Enfermedad del intestin coronarias     Angina de pecho   Enfermedad de Crohn   Enfermedad hepática     Ansiedad   Depresión   Migrañas   Infección miocárdica     Artritis   Diabetes   Infección miocárdica     Asma   Enfermedad de la vesícula biliar   Osteoartritis     Fibrilación auricular   ERGE   Osteoporosis     Hipertrofia prostática benigna   VIH   Úlcera péptica     Coágulos de sangre   Hepatitis C   Enfermedad renal     Cáncer   Hiperlipidemia   Trastorno convulsivo     Accidente cerebrovascular   Hipertensión   Enfermedad tiroidea     EPOC   Otra (especifique)     Indique a continuación todos los medicamentos que está tomando actualmente y quién los recetó	□ Sí □ No			
Hijos Género   M   F				
Hijos Género    M   F	□ Sí □ No			
Antecedentes familiares:  Marque si algún miembro de la familia ha tenido alguno de los siguientes y quién en la familia lo tuvo.  Anemia	□ Sí □ No			
Antecedentes familiares:  Marque si algún miembro de la familia ha tenido alguno de los siguientes y quién en la familia lo tuvo.  Anemia				
Antecedentes familiares:  Marque si algún miembro de la familia ha tenido alguno de los siguientes y quién en la familia lo tuvo.    Anemia	□ Sí □ No			
Marque si algún miembro de la familia ha tenido alguno de los siguientes y quién en la familia lo tuvo.    Anemia	□ Sí □ No			
Indique a continuación todos los medicamentos que está tomando actualmente y quién los recetó	epática árdica enal vulsivo roidea			
Medicamentos: Médico que prescribe:	os recetó:			
	scribe:			