

FECHA: _____

TRUECARE™

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA TRATAMIENTO

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de seguro social
Nombre Segundo Nombre Apellido	mm/dd/aa	MF	- -
Dirección (<input type="checkbox"/> la misma que la del garante)	Número de teléfono (<input type="checkbox"/> el mismo que el del garante)		

ACUSE DE RECIBO DEL PAQUETE DE BIENVENIDA DE TrueCare

Entendemos que la información sobre usted y su salud es confidencial, y estamos comprometidos a proteger su información médica. Como paciente, se le requiere revisar y firmar este formulario de consentimiento antes de recibir atención médica. Su autorización permite al personal de TrueCare utilizar su información de salud para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Puede encontrar información adicional sobre la protección de su información médica en el Aviso de Prácticas de Privacidad incluido en este paquete o en nuestro sitio web de TrueCare.

Los artículos incluidos en el Paquete de Bienvenida están disponibles para su consulta en el sitio web de TrueCare, www.truecare.org. Los Paquetes de Bienvenida se proporcionan a los nuevos pacientes; sin embargo, si desea uno o tiene alguna pregunta, solicite ayuda a nuestro personal de recepción.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, o se me ha puesto una copia a disposición.

TRATAMIENTO, RECHAZO DE TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Yo, (el/la paciente, la parte responsable o el/la cuidador/a autorizado/a), autorizo a TrueCare y a su personal clínico asignado a administrar y realizar todos los tratamientos médicos, diagnósticos, quirúrgicos u otros servicios que se consideren aconsejables o necesarios para mi atención médica. Esta atención podrá brindarse presencialmente o a través de una modalidad de salud virtual. Entiendo que tengo derecho a rechazar el tratamiento en cualquier momento. Puedo hacerlo firmando un formulario de *RECHAZO DE TRATAMIENTO*. Asimismo, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información de salud necesaria para el tratamiento, el pago y otras operaciones relacionadas con la atención médica.

Menor (Paciente que tiene <18 años de edad), enumere a ambos padres o tutores legales:

Nombre completo de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo del padre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Otro, Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Yo, (el/la paciente, la parte responsable o el/la cuidador/a autorizado/a), autorizo a TrueCare y a su personal clínico a comunicarse conmigo a través de mi cuenta de MyChart, proporcionándome resúmenes de visitas y resultados de laboratorio electrónicamente, así como enviando y recibiendo mensajes seguros. Entiendo que la comunicación a través de la web se ofrece como opción y que puedo optar por no registrarme en MyChart.

COMUNICACIÓN

Yo, (el/la paciente, la parte responsable o el/la cuidador/a autorizado/a), autorizo a TrueCare, a su personal clínico y a cualquier afiliado o agente de TrueCare a contactarme a mí o a otras personas identificadas a continuación como miembros de mi grupo de apoyo de salud a través de nuestros teléfonos celulares y/o teléfonos residenciales, utilizando mensajes pregrabados, mensajes con voz artificial, sistemas automáticos de marcación telefónica, mensajes de texto, mensajes SMS u otra tecnología asistida por computadora. Entiendo que mi proveedor de servicios telefónicos puede cobrar por dichas comunicaciones y que pueden aplicarse las tarifas estándar de mensajes y datos. Entiendo que no estoy obligado/a a otorgar este consentimiento como condición para recibir servicios médicos. Si no deseo recibir comunicaciones en la dirección o número telefónico indicado anteriormente, solicitaré a un miembro del personal de TrueCare que me proporcione un formulario de *SOLICITUD DE CAMBIO DE PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN*.

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA VÍA TELESALUD

Yo, (el/la paciente, la parte responsable o el/la cuidador/a autorizado/a), entiendo que tengo el derecho de acceder a los servicios mediante una visita presencial, cara a cara, o a través de telesalud. Entiendo que TrueCare ofrece servicios de traducción y servicios de transporte para los servicios recibidos a través de TrueCare. El uso de la telesalud es voluntario, y puedo retirar mi consentimiento o dejar de recibir servicios a través de telesalud en cualquier momento, sin que esto afecte mi capacidad para acceder a servicios cubiertos en el futuro. Entiendo que tengo la opción de recibir servicios de manera presencial o a través de telesalud. Si elijo recibir servicios de TrueCare ahora o en el futuro mediante telesalud, entiendo que pueden existir limitaciones y riesgos potenciales en comparación con una visita presencial. Si tengo preguntas adicionales relacionadas con los servicios de telesalud, entiendo la importancia de abordarlas con un miembro del personal de TrueCare.

USO DE GRABACIÓN DE AUDIO

TrueCare puede realizar grabaciones de audio de las palabras dichas durante su visita con el fin de generar el expediente médico, actualizar su historial clínico y proporcionarle información sobre posibles diagnósticos y planes de tratamiento. Estas herramientas basadas en inteligencia artificial (IA) sirven como apoyo tanto para el/la paciente como para el/la proveedor/a de atención médica; sin embargo, la decisión clínica final será tomada por el/la proveedor/a utilizando su propio juicio profesional. Usted puede rechazar la grabación de audio y el uso de herramientas basadas en IA para la generación de notas en cada visita. La información recopilada durante el encuentro clínico mediante estas herramientas basadas en IA puede ser utilizada por el/la proveedor/a y pasar a formar parte del expediente médico del/de la paciente. Dicha información se almacena en cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), según fue modificada por la Ley HITECH, y de conformidad con sus reglamentos de implementación y otras leyes estatales y federales aplicables. Esta información también puede utilizarse para las operaciones de atención médica de TrueCare con el fin de mejorar el modelo de inteligencia artificial para su población de pacientes.

FECHA: _____

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD (Opcional)

Como parte de su equipo de atención médica, es posible que necesitemos comunicarnos con usted en relación con su salud. Nos gustaría invitarle a incluir a miembros de su familia y/o a otras personas como parte de su grupo de apoyo de salud. Las personas que usted designe estarán autorizadas a hablar sobre su información de salud, incluyendo, entre otros, información sobre citas, resultados de laboratorio, instrucciones de medicamentos e información sobre referencias, y podrán ser contactadas para dar seguimiento en caso de que no logremos comunicarnos con usted. Por favor proporcione información precisa de cualquier persona designada como parte de su grupo de apoyo de salud. Las personas designadas deberán presentar una identificación oficial válida con fotografía cuando se encuentren en una clínica.

Para solicitar una copia en papel, por favor complete el *FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE A LA INFORMACIÓN DE SALUD*.

Apellido (s), Nombre (s)	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Información del contacto		Relación con el paciente	* Información de salud confidencial
		Teléfono #	DIRECCIÓN		
		Teléfono #			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		DIRECCIÓN			
		Teléfono #			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		DIRECCIÓN			

****El permiso para *compartir información de salud sensible* incluye información sobre tratamiento de salud mental, resultados de pruebas de VIH y tratamiento por consumo de alcohol o drogas.**

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Mi firma a continuación confirma que entiendo el Consentimiento para Tratamiento de TrueCare.

Firma del/de la paciente /padre, madre, o tutor/a legal

Fecha:

Relación con el/la paciente: _____

** Una copia de los documentos legales debe escanearse y guardarse en el expediente del/de la paciente.*

Solo para uso de TrueCare

Se obtuvo el consentimiento verbal durante la consulta virtual. Al firmar a continuación, confirmo que he revisado cada sección con el paciente y que obtuve su consentimiento verbal para firmar en su nombre.

Nombre del personal de TrueCare (en letra de imprenta) _____ Firmar _____ Fecha _____

La siguiente información se requiere anualmente para cada paciente. Tenga en cuenta que toda la información es confidencial.

Información del paciente

Apellido	Nombre	MI	Fecha de nacimiento
----------	--------	----	---------------------

Información del Fiador (parte responsable):

Relación del paciente con el fiador: *OBLIGATORIO <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Madre / Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro:	
¿Es el fiador un paciente de TrueCare? *OBLIGATORIO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está empleado el fiador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tamaño familiar, incluyéndome a mí _____	Ingreso anual del hogar \$ _____

Si el fiador no es el paciente, por favor rellena la siguiente sección:

Apellido	Nombre	MI	Fecha de nacimiento
SSN	Sexo (de Nacimiento) <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
<input type="checkbox"/> La dirección y el/los # teléfono son los mismos que el paciente			
Dirección	Apt./Unidad	Ciudad	Estado
Por favor, de elegir el teléfono principal <input type="checkbox"/> Hogar () <input type="checkbox"/> Celular () <input type="checkbox"/> Trabajo ()			

Indique a otros pacientes de TrueCare que usen el mismo Fiador

NOMBRE DEL PACIENTE (Nombre/Apellido)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Relación del fiador con el paciente

Asignación de prestaciones

Por la presente autorizo la divulgación de información médica o cualquier otra información necesaria a mi(s) aseguradora(s) o a su agente para satisfacer el procesamiento de reclamaciones. También autorizo el pago de beneficios médicos a TrueCare por los servicios prestados.

Fiador/Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(Padre, Tutor, Poder Notarial o Cuidador). *La copia de los documentos legales debe ser escaneada en la cuenta del paciente.

[Solo TrueCare]: Consentimiento verbal obtenido durante una visita virtual o consentimiento escrito mediante documentación legal.

El personal revisó cada sección con el paciente y obtuvo el consentimiento verbal o escrito para firmar en nombre del paciente. **Iniciales del personal ()**

Documentación obtenida y escaneada en la historia clínica del paciente: **Formulario CA 6910 Presentado OR**

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Historia Médica
(Adulto, Adolescente, Planificación Familiar)
FECHA _____

¿Si necesitamos comunicarle el resultado anormal de su examen, le podemos llamar/escribir a su casa? Sí No
¿De no ser así, con quien podemos comunicarnos? Nombre _____ Teléfono: _____
¿En caso de una emergencia médica pueden llamar a: Nombre _____ Teléfono: _____
Relación _____ ¿Ellos saben que usted es paciente de la clínica? Sí No

HISTORIA FAMILIAR

¿Algún familiar ha tenido problemas de los siguientes?

Sí	No	¿Quién?		Sí	No	¿Quién?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Anemia falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Defectos de nacimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ataque al corazón antes de los 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ataque al corazón después de los 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	¿Su madre tomo DES para prevenir un malparto (aborto natural) durante el embarazo con usted?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Derrames cerebrales antes de los 50				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Derrames cerebrales después de los 50				

HISTORIA MÉDICA

Sí	No	¿Cuándo?		Sí	No	¿Cuándo?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de o Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas del hígado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Vacuna contra Hepatitis B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Coágulos de sangre en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de los riñones/vejiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de próstata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de la vesícula biliar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Anemia/Problemas en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Rubéola
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Jaquecas/migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Clamidia/Gonorrea/Sífilis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Epilepsia/convulsión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Herpes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Asma/Problemas de pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	VIH
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de los senos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Infecciones vaginales frecuentes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ansiedad o problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de la matriz/Fibromas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Depresión severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Papanicolaou anormal o Colposcopia

¿Alguna vez ha tenido una cirugía? Sí No ¿Cuáles? _____
¿Toma medicamentos regularmente? Sí No ¿Cuáles? _____
¿Fuma cigarrillos? Sí No ¿Cuántos cigarrillos? _____
¿Toma alcohol? Sí No ¿Cuánto alcohol? _____
¿Tiene alergias a alguna medicina? Sí No ¿Cuáles? _____
¿Es usted alérgico a productos de látex? Sí No ¿Usa drogas? Sí No ¿Qué tipo de drogas? _____

¿Necesita ayuda con actividades de todos los días? _____ ¿Si sí, con cuales actividades? _____

MUJERES Solamente:

¿Primer día de su última regla? _____
¿Qué edad tenía cuando empezó a menstruar? _____
Tiene su regla cada _____ días

Tiene Cólicos menstruales Tensión premenstrual
Sus reglas son irregulares regulares
Sus reglas son ligeras moderadas pesadas
¿Tiene manchado entre reglas? Sí No
Fecha del último Papanicolaou: Resultado Normal: Sí No

HISTORIA DE EMBARAZOS

Número total de embarazos _____
Número de nacimientos vivos _____
Número de malpartos o abortos naturales _____
Número de abortos provocados _____
¿Está planeando quedar embarazada? _____
Si lo planea, ¿cuándo? _____
¿Está tomando ácido fólico? _____

HISTORIA ANTICONCEPTIVA

¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección en los últimos dos meses? _____
¿Qué método anticonceptivo está usando? _____
¿Tiene algún problema con este método? _____
¿Se la ha olvidado alguna pastilla o inyección, usar el diafragma o condón, o se la ha roto un condón en los últimos 2 meses? Sí No
Marque todos los métodos que haya usado: ¿Tuvo problemas con otros métodos? Sí No
 Pastillas Parche Nuva Ring Aparato intrauterino Diafragma
 Condones Inyección Crema Espuma y condones Ninguno

HISTORIA SEXUAL

¿A qué edad tuvo contacto sexual por primera vez? _____
Número de compañeros(as) sexuales en los últimos dos años _____
Sus compañeros (as) sexuales han sido del: mismo sexo sexo opuesto ambos sexos
¿Ha tenido una pareja sexual que utilizó drogas inyectables o tuvo relaciones sexuales con la persona del mismo sexo? Sí No
¿En alguna ocasión ha sido golpeada, cacheteada, pateada, empujada o lastimada físicamente por un conocido? Sí No
¿En alguna ocasión ha sido forzada a un acto sexual no deseado? Sí No

Clinician: _____

Date: _____



Patient ID sticker

Date/Fecha: _____

TrueCare™ TUBERCULOSIS RISK ASSESSMENT

Patient: refers to you or your child depending upon who is visiting the doctor.

High Risk Country: refers to countries other than the United States, Canada, Australia, New Zealand or countries located in Western or Northern Europe.

Table with 7 rows and 3 columns: Question, YES, NO, and FOR TrueCare™ STAFF USE. Questions cover tuberculosis tests, family contact, birth location, travel, diet, and medical conditions.

Note: HIV positive patients need annual tuberculosis testing.

EVALUACIÓN DE RIESGO DE TUBERCULOSIS DE TrueCare™

Paciente: se refiere a usted o a su hijo/a dependiendo de quién consulte al doctor.

País de alto riesgo: se refiere a países que no sean Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda ni países ubicados en Europa del Norte u Occidental.

Table with 7 rows and 3 columns: Question, SI, NO, and SOLO PARA PERSONAL DE TrueCare™. Questions cover tuberculosis tests, family contact, birth location, travel, diet, and medical conditions.

Nota: los pacientes con VIH positivo deben hacerse la prueba de tuberculosis anualmente.

Patient Signature /Firma del Paciente: _____ Clinician Signature: _____

FOR TrueCare™ STAFF USE/SOLO PARA PERSONAL DE TrueCare™ — PROBING QUESTIONS/NOTES FOR “YES” ANSWERS
Q1&2: Did the patient have active or latent TB and did they receive Tx or Prophylaxis and if so, did they finish treatment? Hx of BCG?
Have they had a CXR if no prophylaxis and if so, when? Q3: Name country Q4: Name country, length of time and when?
Q5: Name what, when and where Q6: Consider annual testing if repetitive exposure Q7: HIV+ requires annual testing