

Fecha: _____

TRUECARE™

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO AL PACIENTE

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social
Primero Segundo Apellido	mm/ dd /aa	M F	- -
Dirección (<input type="checkbox"/> igual que el Fidor)	Número de teléfono (<input type="checkbox"/> igual que el Fidor)		

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 de salud. Como paciente, debe revisar y firmar este formulario de consentimiento antes de recibir atención. Su autorización permite que el personal de TrueCare use su información de salud para el tratamiento, el pago y nuestras operaciones de atención médica. Puede encontrar información adicional sobre la protección de su información médica en el Aviso de Prácticas de Privacidad que se incluye en este paquete o se puede encontrar en nuestro sitio web de TrueCare.

Ponga sus iniciales al lado de cada elemento que haya revisado y entendido. Los artículos contenidos en el paquete de bienvenida están disponibles en el sitio web de TrueCare, www.truecare.org para su referencia. Los paquetes de bienvenida se proporcionan a los pacientes nuevos, sin embargo, si desea uno o tiene alguna pregunta, solicite ayuda a uno de nuestros empleados de recepción.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

() Iniciales He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, o se ha puesto una copia a mi disposición.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, RECHAZO DEL TRATAMIENTO y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

() Iniciales Yo, (el paciente, la parte responsable o el cuidador autorizado), autorizo a TrueCare y a su personal clínico asignado a administrar y realizar todos los servicios médicos, de diagnóstico, quirúrgicos u otros servicios que se consideren convenientes o necesarios para la atención médica. Esta atención puede ser brindada en persona o a través de una modalidad virtual de salud. Entiendo que tengo derecho a rechazar el tratamiento en cualquier momento. Puedo hacerlo firmando un formulario de *RECHAZO DE TRATAMIENTO*. También doy mi consentimiento para usar y divulgar la información de salud necesaria para el tratamiento, el pago y otras operaciones de atención médica.

Menor (paciente que tiene <18 años de edad).

Agregue el nombre completo de ambos padres o tutores legales:

Nombre de la madre: _____ FDN: mm/ dd /aaaa

Nombre del padre: _____ FDN: mm/ dd /aaaa

Otro, tutores legales: _____ FDN: mm/ dd /aaaa

Relación con el paciente: _____

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

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

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN

() Iniciales Yo, (el paciente, parte responsable o cuidador autorizado), autorizo a TrueCare y su personal clínico y cualquier afiliado o agente de TrueCare a comunicarse conmigo u otras personas identificadas a continuación como miembros de mi grupo de apoyo de salud en nuestros teléfonos celulares y/o teléfonos residenciales, utilizando mensajes pregrabados, mensajes de voz artificial, sistemas de marcación telefónica automática, u otra tecnología asistida por computadora. Entiendo que mi proveedor de servicios puede cobrar por tales llamadas. Entiendo que no estoy obligado a dar mi consentimiento para tales llamadas o mensajes como condición para recibir servicio médico. Si no deseo recibir comunicaciones en la dirección o el número de teléfono indicados anteriormente, le pediré a un miembro del personal de TrueCare que me proporcione un formulario de *SOLICITUD PARA CAMBIAR LAS PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN*.

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA A TRAVÉS DE TELESALUD

() **Iniciales** Yo, (el paciente, la parte responsable o el cuidador autorizado) entiendo que tengo derecho a acceder a los servicios a través de una visita en persona, cara a cara o mediante telesalud. Entiendo que hay servicios de traducción y servicios de transporte disponibles para servicios recibidos a través de TrueCare. El uso de telesalud es voluntario y puedo retirar mi consentimiento o dejar de recibir servicios a través de telesalud en cualquier momento sin afectar mi capacidad de acceder a los servicios cubiertos en el futuro. Entiendo que tengo opciones para recibir servicios en persona o a través de telesalud. Si elijo recibir servicios de TrueCare ahora o en el futuro a través de telesalud, entiendo que puede haber limitaciones y posibles riesgos relacionados con recibir servicios a través de telesalud en comparación con una visita en persona. Si tengo preguntas adicionales relacionadas con los servicios de telesalud, entiendo la importancia de abordarlas con el personal de TrueCare.

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD (Opcional)

Como su equipo de atención médica, es posible que necesitemos comunicarnos con usted sobre su salud. Nos gustaría invitarlo a incluir a miembros de su familia y/u otras personas para que formen parte de su grupo de apoyo de salud. A las personas que identifique a continuación se les permitirá discutir su información de salud, incluidas, entre otras, información de citas, resultados de laboratorio, instrucciones de medicamentos e información de referencias, y es posible que se les contacte para un seguimiento en caso de que no podamos comunicarnos con usted. Proporcione información precisa para cualquier persona designada como parte de su grupo de apoyo de salud. Las personas designadas deben mostrar una identificación válida con foto cuando estén en una clínica. **Para solicitar una copia impresa, complete el formulario AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD.**

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD (Opcional)

Persona designada para compartir información de salud

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

*El permiso para compartir información médica confidencial incluye información sobre tratamientos de salud mental, resultados de pruebas de VIH, o información sobre tratamientos por alcohol o drogas.

AFIRMACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Mi firma a continuación confirma mi entendimiento del consentimiento de TrueCare para tratamiento al paciente.

Firma del paciente/padre o tutor legal

Fecha

Relación con el paciente: _____

**La copia de los documentos legales debe ser escaneada en la cuenta del paciente.*

TrueCare USE ONLY		
<input type="checkbox"/> Verbal Consent obtained during Virtual Visit. By Signing below, I acknowledge I have reviewed each section with the patient and Obtained Verbal consent to sign on the patient's behalf.		
TrueCare Staff Name (PRINT) _____	Sign _____	Date _____

FORMULARIO de ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Fecha: _____

La asignación de beneficios (ADB) es su acuerdo que ayuda a TrueCare a navegar el proceso de pago con base en la información proporcionada. Si tiene seguro médico o dental, le da permiso a TrueCare para presentar un reclamo y cobrar los pagos al plan de seguro. **TrueCare utilizará la siguiente información para verificar la elegibilidad y la responsabilidad financiera por los servicios proporcionados. Si los servicios no están cubiertos por el seguro, esta información también nos ayuda a evaluar si usted podría calificar para descuentos o programas estatales.**

- Deberá nombrar **a un fiador**; el **fiador** es la persona o entidad que es financieramente responsable del pago en la cuenta de un paciente. El **fiador** aparecerá en el registro y recibirá todas las notificaciones que hagan referencia a reclamos y estados de cuenta.
- Asignar un **fiador** en el sistema de registro relacionará todas las cuentas asociadas, por lo tanto, es importante que **usted anote a los dependientes** en su hogar que son pacientes de TrueCare. Si lo hace, ayudará al personal de TrueCare a asignarlo al **fiador** en el sistema de registro para cada individuo que esté anotado.
- Verificamos la identidad del **fiador** y para asegurarnos de no facturar inadvertidamente a la persona incorrecta los saldos relacionados con los servicios del paciente.

Información del Paciente				
Primer Nombre	Apellido		FDN (mm/dd/aa)	
Dirección de envío:	Ciudad	Código Postal	Estado	Numero Principal de Telefono
Correo electrónico:	Nombre del contacto de emergencia:		N.º de teléfono de emergencia:	

Información del Fiador <i>La persona o entidad financieramente responsable por el pago en la cuenta de un paciente.</i>				
Relación del fiador con el Paciente: *REQUIRED <input type="checkbox"/> Misma/ Persona <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Esposo/a				
¿El fiador es un Paciente de Truecare? *REQUIRED <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Si el fiador no es el paciente mismo, por favor de llenar el resto de esta sección:				
Primer Nombre del Fiador:	Apellido del Fiador:		FDN mm/dd/aa	
Dirección de envío <input type="checkbox"/> Igual a la dirección de el/la paciente, o de lo contrario anotar la dirección aquí:				
Dirección de envío:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Domicilio <input type="checkbox"/> Igual a la dirección de envío. A lo contrario anotar domicilio aquí:				
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Número de Telefono: Igual al de el/la paciente, o de lo contrario anotar el/los numeros aquí:				
Teléfono Principal <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro:		Teléfono Secundario <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro:		
Correo electrónico <input type="checkbox"/> Igual al del paciente, o de lo contrario anotar la información aquí:				
Correo electrónico:				
Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Igual al del paciente, o de lo contrario anotar la información aquí:				
Nombre del contacto de emergencia:				
N.º de teléfono de emergencia:				

Solo anote los dependientes en el hogar que son pacientes de TrueCare.				
Primer Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento mm/dd/aa	Relacion con el Fiador	Tiene este miembro del hogar cobertura medica?
				Si / No
				Si / No
				Si / No

FORMULARIO de ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

				Si / No
				Si / No
				Si / No
				Si / No

Determinación de elegibilidad para descuentos de tarifas

Es política de TrueCare proporcionar servicios esenciales a todos los pacientes, independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos ofrecidos se basan en la información que proporcione sobre el tamaño de su familia y los ingresos. Para calificar para el Programa de descuento, deberá declarar sus ingresos anualmente o cada vez que haya un cambio en el tamaño de su familia o los ingresos de su familia. Esta información es estrictamente confidencial y no puede ser divulgada sin su permiso. Si es elegible para un descuento, se aplicará a todos los servicios recibidos en TrueCare, pero no a los servicios proporcionados fuera del Centro de Salud. La declaración anterior se aplica a todos los miembros que usted anota; Usted reconoce que es financieramente responsable de cada individuo anotado como su **fiador**.

Esta usted interesado/a en ser evaluado/a para nuestro programa de descuentos de tarifas?	
<input type="checkbox"/> ESTOY INTERESADO/A en ver si califico para el Programa de descuento de tarifas de TrueCare.	
<input type="checkbox"/> Auto-declarado , el Paciente/ fiador no tiene prueba de ingresos en este momento; la proporcionará en o antes de la próxima cita. (____) Iniciales	
<input type="checkbox"/> Verificado , Comprobante de ingresos proporcionado, verificado por el personal, copias escaneada a la historia clínica del paciente. (____) Iniciales	
INGRESO FAMILIAR Y TAMAÑO DE FAMILIA Recomendado, incluso si tiene seguro	
Tamaño de Familia, incluyéndome: <i>El número de personas en el hogar del fiador, apoyados por el ingreso familiar.</i>	
Ingreso Familiar <i>El ingreso anual bruto total, antes de impuestos</i>	
<input type="checkbox"/> NO ESTOY INTERESADO/A en ser evaluado/a para el Programa de descuento de tarifas de TrueCare por el momento. Acepto pagar la tarifa completa de TrueCare. (____) Iniciales	

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo a mi plan/programa de atención médica a reembolsar a TrueCare por todos los servicios que recibo. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo impago, copago, coseguro, deducibles y/o cualquier servicio no cubierto.

Si está asegurado, se proporcionaron la tarjeta(s) de seguro médico: Sí ___ No ___ N/A ___

AFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL FIADOR/PACIENTE

Afirmo que la información que he proporcionado a TrueCare es precisa y verdadera a mi leal saber y entender.

Mi firma a continuación confirma mi comprensión de lo siguiente:

- **La declaración anterior se aplica a todos los miembros del hogar enumerados, Reconozco que soy financieramente responsable de cada individuo anotado como su fiador.**
- Si he proporcionado información falsa, puedo ser descalificado del Programa de descuento de tarifa.
- **SE REQUIERE UNA PRUEBA ACEPTABLE DE INGRESOS (TALÓN (ES) DE CHEQUE DE PAGO O DECLARACIONES DE IMPUESTOS) PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA. SI SU SITUACIÓN FINANCIERA CAMBIA, MANTENGA INFORMADO A TrueCare.**
- Si alguna información proporcionada en este formulario cambia, debo informar al personal en, o antes de mi próxima cita.
- TrueCare no proporciona reembolsos por servicios profesionales ya obtenidos.

Firma del fiador /Paciente: _____ **Fecha:** _____

*(Padre, tutor, poder notarial o cuidador). *La copia de los documentos legales debe ser escaneada en la cuenta del paciente.*

TrueCare USE ONLY

Verbal Consent obtained during Virtual Visit. I acknowledge I have reviewed each section with the patient and obtained verbal consent to sign on the patient behalf. **Staff Initials required** _____



OB HEALTH & SOCIAL HISTORY

NOMBRE: _____		FECHA DE NACIMIENTO: _____		FECHA: _____	
Idioma: _____		País donde fue a la escuela _____		Años de educación: _____	
¿Tiene alergia a alguna medicina ó comida?			¿Cuál metodo de anticonceptivo le gustaria user en el futuro?		
Primer dia de su ultima regla: _____		Cual metodo de anticonceptivo usa: _____		¿Cual metodo de anticonceptivo le gustaria usar en el futuro?	
Cuantos embarazos ha tenido (incluyendo mal partos y abortos): _____ TOTAL ____ Abortos ____ Nacimientos prematuros ____ Malpartos ____ Nacimientos ____ Embarzo en los tubos ____ Cesàreas				¿Ha tenido complicaciones con sus embarazos, malpartos, abortos, etc? Explique: _____	
¿Todos los niños viven en el hogar? SI NO					
Circle "S" por SI y "N" for NO					
¿Cuando fue su ultimo papaniculaio? _____		¿Fue normal? S N		Esta cómoda en su casa? S N	
¿Ha tenido un papaniculaio anormal? S N ¿Cuando? _____ ¿Como fue tratado? _____		Cuantos adultos viven en el hogar: _____ Cuantos niños viven en el hogar: _____ Cuántas veces se ha mudado/movido en los ultimos tres años: _____			
¿Ha tenido un mamograma? S N ¿Cuando? _____ ¿Fue normal? S N		Piensa mudarse/moverse antes que nazca el bebé: S N Cuando? Porque?			
¿Tiene relaciones sexuales? S N ¿Con hombres? S N ¿Con mujeres? S N		¿Ha sentido triste? S N ¿Ha sido victima de abuso fisico o sexual? S N Explique: _____			
Ha tenido usted: S N Gonorrea S N Clamidia S N Sifilis S N Infecciones pelvicas S N Herpes S N Verrugas genitales S N Infecciones vaginales frecuentes S N Infecciones del útero ó trompas de falopio		¿Tiene carro? S N Método de transportacion: _____ ¿Usa cinturones de seguridad? S N ¿Usa cinturones de seguridad para niños? S N			
Edad cuando empezó a menstruar: _____ ¿Es irregular? S N ¿Es abundante? S N		¿Fuma? S N ¿Cuanto? _____ ¿Usa drogas? S N ¿Cuáles? _____ ¿Cuanto? _____			
¿Cada cuántos dias tiene su regla? _____ ¿Cada cuántos dias dura su regla? _____		¿Toma alcohol? S N ¿Cuanto? _____			
¿Ha tenido dolor pelvico con su regla? S N		¿Ha tenido problems de depresión? S N ¿Familia ha tenido problemas de depresion? S N			
¿Ha sangrado entre reglas? S N		¿Ha intentado usted suicidarse? S N			
¿Ha sangrado después de tener relaciones sexuales? S N		¿Ha pensado de suicidarse? S N			
¿Ha tenido dolor pelvico después de tener relaciones sexuales? S N		¿Ha estado en el hospital por uso de drogas ó depresión? S N			
¿Ha tenido fibromas? S N		¿Fué victima de abuso fisico o sexual cuando era niña? S N			
¿Ha tenido quistes en los ovarios? S N		¿Fué su esposo/compañero victima de abuso cuando era niño? S N			
¿Ha tenido operaciones? S N Explique: _____ ¿Cuando? _____		¿Su esposo ha sido violento (fisicamente) alguna vez? S N ¿Violencia fisica es algo que le preocupa en su matrimonio? S N			
¿Ha estado en el hospital por algun problema? S N Explique: _____		¿Tiene alguna preocupacion sobre sus hijos? S N Explique: _____			
¿Toma medicamentos? S N Explique: _____ Dosis: _____		Por favor indique la forma en que le gusta aprender: __ Leyendo Libros __ Leyendo Revistas/Periódicos __ Leyendo Folletos __ Ver TV/videos __ Observar a alguien __ OTHER: _____			
Anote sus problemas médicos:		Programas/clases y recursos de la comunidad que usted está interesada: __ Clases prenatales __ Cuidado de recién nacido __ Clases para padres __ Nutrición __ Prevencion/tratamiento de drogas __ Planificacion familiar __ Clases para reducir el estres			
¿Ha tenido alguna vez transfusión de sangre? S N		Indique a qué hora son las clases más convenientes para usted: ____ DIAS: Lunes-Viernes 9am-5pm ____ EVENINGS: Lunes-Viernes despues de las 5pm ____ Fin de Semana: Sabado			
En su FAMILIA (madre, padre, hermanos, hijos) hay historia de:		¿Tiene otras preguntas ó problemas?			
S N Presión alta de sangre S N Càncer de los senos S N Diabetes S N Problemas del corazón S N Càncer de los ovarios					
Tiene USTED problemas: S N Presión alta de sangre S N Hepatitis S N Diabetes S N Corazón S N Depresión S N Mareos S N Pulmones S N Anemia S N Epilepsia S N Riñones S N Vesícula biliar S N Glandula tiroides S N Càncer S N Dolor de cabeza					
Su estado civil: SOLTERA CASADA SEPARADA DIVORCIADA		¿Trabaja? S N			
¿Con quién vive?		Tipo de trabajo: _____ Donde: _____ ¿Interesado recibir información de programs que le puedan ayudar con comidas? S N			
Tipo de hogar: CASA APARTAMENTO OTRO: _____		¿Le preocupa sus estada financiero? S N			

Reviewed with Patient ■

Providers Signature _____

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, high-risk countries, travel, raw milk consumption, 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, high-risk countries, travel, raw milk consumption, 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