

Fecha	Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)	N.º de cuenta del paciente	Sexo	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Correo electrónico		Nombre de contacto de emergencia		N.º de teléfono de emergencia	
Compañía de seguro primaria		Compañía de seguro secundaria		Nombre del médico	

Dirección Postal: _____ N.º dpto.: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Dirección: _____ N.º dpto.: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Misma dirección postal

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ (confirme igual que arriba)

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo a mi plan/programa médico a reembolsar a TrueCare™ por todos los servicios que recibo. Entiendo que soy responsable de cualquier saldos pendientes de pago, copagos, coseguros, deducibles y/o servicios no cubiertos.

ELEGIBILIDAD DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

Para determinar si reúne los requisitos para recibir un descuento en los servicios de salud provistos, es necesario que hagamos preguntas personales acerca del tamaño e ingreso de su familia. Esta información es estrictamente confidencial y no puede divulgarse sin su autorización. Con el fin de reunir los requisitos del Programa de Descuento de Tarifa Variable, deberá declarar su ingreso anual o cuando haya un cambio en el tamaño o ingreso de su familia. Para determinar la elegibilidad, **seleccione una** de las siguientes afirmaciones:

- Declaro que no tengo documentación del ingreso total actual de mi familia ni talones de pago hoy, y que los proveeré en mi próxima cita o antes de esta. Declaro que:
 El ingreso bruto anual de mi familia (importe ganado antes de impuestos) es \$ _____.
 El tamaño de mi familia (la cantidad de personas en la vivienda que viven de este ingreso), incluido yo mismo, es _____.
- He provisto documentación del ingreso total actual de mi familia o talones de pago que reflejan:
 El ingreso bruto anual de mi familia (importe ganado antes de impuestos) es \$ _____.
 El tamaño de mi familia (la cantidad de personas en la vivienda que viven de este ingreso), incluido yo mismo, es _____.
- He rechazado la opción de brindar información acerca de mi ingreso y entiendo que no seré elegible para recibir servicios con descuento.

ESTADO DE TRABAJADOR MIGRATORIO/DE TEMPORADA

- Declaro que yo o alguien de mi familia inmediata gana 51% o más de nuestro ingreso a partir de trabajo de agricultura. El trabajo de agricultura puede ser trabajo migratorio o de temporada.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, RECHAZO DE TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, (el paciente, persona responsable o cuidador autorizado) autorizo a TrueCare™ y a su personal clínico designado a administrar y a realizar todo tratamiento, diagnóstico, cirugía u otros servicios médicos considerados recomendables o necesarios para la atención de la salud. El cuidado médico que se está solicitando puede ser ya sea en persona o a través de la modalidad de salud virtual. Entiendo que tengo derecho de rechazar el tratamiento en cualquier momento. Puedo hacerlo firmando un formulario de *RECHAZO DE TRATAMIENTO*. También otorgo consentimiento para utilizar y divulgar la información médica necesaria para el tratamiento y pago, y otras operaciones de atención médica.

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN

Yo, (el paciente, persona responsable o cuidador autorizado) autorizo a TrueCare™ y a su personal clínico designado a comunicarse conmigo a través de carta, llamada telefónica o mensaje de texto utilizando la información anteriormente provista. Si no deseo que se comuniquen a la dirección ni número de teléfono antes mencionados, pediré a alguien del personal de TrueCare™ que me provea un formulario de *SOLICITUD DE CAMBIO DE PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN*.

Fecha	Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)	N.º de cuenta del paciente	Sexo	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
-------	---	----------------------------	------	---------------------	-------------------------

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Yo, (el paciente, persona responsable o cuidador autorizado) autorizo a TrueCare™ y a su personal clínico designado a comunicarse conmigo de manera electrónica a través de la cuenta de MyChart. Entiendo que dicha comunicación basada en la web es una elección y que puede elegir no registrarme en MyChart.

Otorgo consentimiento para lo siguiente al elegir utilizar MyChart:

- A recibir documentos como resúmenes de las consultas
- A recibir resultados de laboratorio de manera electrónica
- A recibir mensajes seguros de mi médico y del personal clínico designado

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA (Opcional)

Como su equipo de atención médica, podemos necesitar comunicarnos con usted acerca de su salud. Queremos invitarlo a incluir a miembros de su familia y a otras personas para que sean parte de su grupo de apoyo de salud. Las personas que identifique a continuación podrán hablar acerca de su información de salud, lo que incluye entre otros, información de citas, resultados de laboratorio, instrucciones de medicamentos, información de referencias, y podemos comunicarnos con ellos con fines de seguimiento en casos de que no podamos comunicarnos con usted. Todas las partes mencionadas a continuación que deseen acceder a su información deben proveer su información de manera precisa. La persona designada debe mostrar una identificación con foto válida en la clínica. **Para solicitar una copia en papel, complete el formulario de AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD.**

Apellido, nombre	Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa	N.º de teléfono	Dirección	Relación con el paciente	*Información médica confidencial
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

*La información médica confidencial incluye información de tratamiento de salud mental, resultados de análisis de VIH, información de tratamiento de alcohol o drogas.

CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Confirmando que la información que he provisto a TrueCare™ es precisa y verdadera según mi saber. Mi firma debajo confirma que entiendo lo siguiente:

- Si he provisto información falsa, puedo quedar descalificado del Programa de Descuento de Tarifa Variable.
- Si la información provista en este formulario cambia, debo informar al personal en mi próxima cita o antes de esta.
- TrueCare™ no ofrece reembolsos para servicios profesionales brindados.
- He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad, o tuve acceso a una copia.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

(Padre, tutor, apoderado o cuidador). Se debe escanear y guardar una copia de los documentos legales en la cuenta del paciente.

Relación con el paciente: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE TrueCare™

Al firmar debajo, certifico que este formulario está completo y que la cuenta del paciente se ha actualizado.

Nombre impreso

Firma

Lugar



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 papaniculao? _____ ¿Fue normal? S N		Esta cómoda en su casa? S N	
¿Ha tenido un papanicolao 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 Clamidía 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? _____ ¿Cuanto 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		¿Fue victima de abuso fisico o sexual cuando era niña? S N	
¿Ha tenido quistes en los ovarios? S N		¿Fue su esposo/compañero victima de abuso cuando era niño? S N	
¿Ha tenido operaciones? S N Explique: _____ ¿Cuando? _____		¿Su esposo ha sido violento (físicamente) alguna vez? S N ¿Violencia física 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: 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, 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