



Central Ozarks
Medical Center

Medical • Behavioral • Dental

FORMULARIO DE REGISTRACIÓN PARA NUEVOS PACIENTES

Nombre del paciente (Por favor imprima): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Género: ___ Hombre ___ Mujer Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____@_____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Farmacia Preferida: _____

¿Tiene usted una Directiva de Salud? ___ Sí ___ No Si es afirmativo, proporcione una copia a COMC.

Información responsable / asegurada:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Teléfono de casa: () _____ Teléfono del trabajo: () _____

Fecha de nacimiento: _____ Empleador: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Número del Seguro Social del suscriptor: _____

Asignación de beneficios y autorización para divulgar información médica

Solicito que el pago de los beneficios autorizados que Medicare, Medicaid y / o cualquier Compañía de Seguros que se indique se envíe a mí o en mi nombre al proveedor indicado en este formulario, por cualquier servicio que me proporcione ese médico / proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a que la divulgue a la división de Servicios Familiares, la Administración de Financiamiento de Atención Médica, la(s) compañía(s) de seguros indicada(s) y / o los agentes de estas compañías y / o la(s) persona(s) responsable(s) indicadas, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios para otros servicios relacionados

Firma: _____ Fecha: _____

Se me ha informado sobre el Programa de Escala de Tarifas Flexibles ofrecido por Central Ozarks Medical y Dental Centers. Me gustaría hacer una solicitud _____ o no hacer una solicitud _____. Si elige hacer una solicitud, los formularios para hacerlo serán proporcionados por el personal de recepción. Si no ha sido informado de este programa, solicite detalles al personal de recepción.

Si está inscrito en Medicare, proporcione el número de HIC y firme a continuación

Solicito el pago de los beneficios médicos autorizados que se hagan a Central Ozarks Medical Center, y también autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la aseguradora Medigap mencionada anteriormente cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios de este proveedor.

Número HIC: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Alergias a medicamentos (medicamento y reacción):

Historia médica familiar:

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Demencia / Alzheimer
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Disfunción tiroidea	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo)	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Bipolar
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Enfermedad de úlcera péptica	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Alcoholismo
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otro:

Si es afirmativo, ¿qué relación? ¿maternal o paternal?

Historia social:

Estado civil: Soltero(a)____ Casado(a)____ Divorciado(a)____ Viudo(a)____

¿Tiene hijos? Sí No Si es afirmativo, ¿cuántos hijos tiene?

¿Cuál es tu nivel educativo más alto? Escuela secundaria Algunos cursos universitarios

Graduado de la universidad Título avanzado

¿Cuál es su ocupación actual o en el pasado? _____

¿Está trabajando actualmente? Sí No Si es afirmativo, ¿cuántas horas por semana? _____

Si es negativo, está usted Jubilado Discapacitado Bajo licencia médica

¿Recibe usted beneficio por discapacidad o SSI? Sí No

Si es afirmativo ¿para qué tipo de discapacidad? _____

¿En qué fecha comenzó esta discapacidad? _____

¿Cuánto ejercicio hace cada semana? _____

¿Qué tipo de ejercicio? _____

¿Fuma usted / mastica tabaco? Sí No Si es afirmativo, ¿cuánto y tiempo? _____

Si es negativo, ¿fumó usted en el pasado? _____

¿Bebe usted alcohol? Sí No Si es afirmativo, ¿cuánto? _____

¿Usa o usó usted otras drogas? Sí No Si es afirmativo, ¿qué tipo de droga? _____

¿Cuántas personas viven en el hogar? _____

Historia quirúrgica:

Mes/Año	Cirugía

Hospitalizaciones recientes:

Mes/Año	Motivo de la hospitalización

Lista de todos los médicos:

Nombre	Especialidad

Si usted es mujer, por favor complete la parte que sigue:

Historia obstétrica:

¿Alguna vez has estado embarazada? Sí No Número de embarazos _____

Fecha del embarazo <i>Fecha de nacimiento / aborto espontáneo / terminación</i>	Hombre/Mujer	<i>Por favor, enumere uno</i> Parto vaginal / aborto espontáneo/cesárea / terminación	Peso del bebé



Central Ozarks
Medical Center

Medical • Behavioral • Dental

Fecha: _____

Por la presente, autorizo a las personas enumeradas a continuación a acceder a mi información de salud (si esta sección no se completa, solo utilizaremos su expediente médico para fines de tratamiento, pagos y atención médica. No podremos divulgar su información médica a familiares o amigos a menos que su nombre este en la lista a continuación):

<u>Nombre de la persona</u>	<u>Relación</u>	<u>No. de teléfono</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del paciente, tutor o poder notarial:

Si usted no es el paciente; por favor indique si usted es el tutor o apoderado:

Firma del testigo:



Central Ozarks
Medical Center

Medical • Behavioral • Dental

Consentimiento para el Tratamiento de un Menor de Edad

Yo, _____, doy mi consentimiento para el tratamiento de _____
Nombre impreso padres/tutor Nombre impreso del menor

Certifico que soy legalmente responsable de este paciente y tengo el derecho legal para dirigir el tratamiento médico de este paciente. Comprendo que para que se otorgue cualquier tratamiento, este menor debe estar acompañado por el adulto(s) (mayor de 18 años) que se menciona a continuación.

Este consentimiento permite el tratamiento del día de hoy y de todas las citas futuras. Este expediente se le puede dar a otros proveedores dentro de Central Ozarks Medical Center para tratar a este menor según sea necesario.

Firma de los padres/tutor

Fecha

Indique los nombres de todos los adultos y su relación con el paciente menor que pueden acompañar a este menor a las citas:

Nombre

Relación con el menor



Patient Demographics

Please fill out the information below for **your household**. Household size is defined as all people living in your home EXCEPT for those you are not financially responsible for. Marital Status is not a factor in determining household. Your information will be kept confidential.

Household Members									
Name	Date of Birth	Primary Language	Race			Ethnicity	Homeless	Veteran	COMC Patient
			White	Native Hawaiian/Pacific Islander	Black/African American	Asian			
		<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
		<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
		<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
		<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
		<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
		<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
		<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
		<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					

Please mark the income range for the appropriate Household size.

Income Table				
Household Size	Income	Income	Income	Income
1	<input type="checkbox"/> \$0 - \$12,140	<input type="checkbox"/> \$12,141 - \$16,146	<input type="checkbox"/> \$16,147 - \$20,152	<input type="checkbox"/> Over \$24,281
2	<input type="checkbox"/> \$0 - \$16,460	<input type="checkbox"/> \$16,461 - \$27,637	<input type="checkbox"/> \$21,893 - \$27,324	<input type="checkbox"/> Over \$32,921
3	<input type="checkbox"/> \$0 - \$20,780	<input type="checkbox"/> \$20,781 - \$26,812	<input type="checkbox"/> \$27,638 - \$34,495	<input type="checkbox"/> Over \$41,561
4	<input type="checkbox"/> \$0 - \$25,100	<input type="checkbox"/> \$25,101 - \$33,383	<input type="checkbox"/> \$33,384 - \$41,666	<input type="checkbox"/> Over \$50,201
5	<input type="checkbox"/> \$0 - \$29,420	<input type="checkbox"/> \$29,421 - \$39,129	<input type="checkbox"/> \$39,130 - \$48,837	<input type="checkbox"/> Over \$58,841
6	<input type="checkbox"/> \$0 - \$33,740	<input type="checkbox"/> \$33,741 - \$44,874	<input type="checkbox"/> \$44,875 - \$56,008	<input type="checkbox"/> Over \$67,481
7	<input type="checkbox"/> \$0 - \$38,060	<input type="checkbox"/> \$38,061 - \$50,620	<input type="checkbox"/> \$50,621 - \$63,180	<input type="checkbox"/> Over \$76,121
8	<input type="checkbox"/> \$0 - \$42,380	<input type="checkbox"/> \$42,381 - \$56,365	<input type="checkbox"/> \$56,366 - \$70,351	<input type="checkbox"/> Over \$84,760

Información sobre Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad

Nos comprometemos a proteger su información personal de salud de conformidad con la ley. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad detalla lo siguiente:

- Nuestra obligación según la ley con respecto a su información personal de salud.
- Cómo podemos usar y divulgar la información de salud que guardamos sobre usted.
- Sus derechos relacionados con su información personal de salud.
- Nuestros derechos a cambiar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Cómo presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.
- Las condiciones que se aplican a los usos y divulgaciones no descritos en este Aviso.
- La persona a contactar para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Para recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, solicítela en la recepción. La ley nos exige obtener su reconocimiento por escrito de que tiene conocimiento sobre este aviso y se le ha brindado la oportunidad de obtener una copia.

Confirmación de Acuso de Recibo del Paciente

Yo, _____, por la presente confirmo que se me ha brindado la oportunidad de obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad

Firma del paciente, padres, tutor o poder notarial

Fecha

Aviso de Prácticas de Privacidad

Por favor, retire esta página y guárdela para sus registros

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada, y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al número de teléfono (573) 765-5131 o a cmcelyea@centralozarks.org.

¿Quiénes deben cumplir con este aviso?

La siguiente lista le indicará quiénes seguirán la práctica descrita para mantener su expediente médico privado. Todas las clínicas médicas y dentales del Centro Médico Central Ozarks (COMC). Cualquier profesional de atención médica de COMC que lo atienda en cualquiera de nuestras ubicaciones. Todos los empleados de COMC, personal temporal o contratado, estudiantes y voluntarios.

¿Qué es este aviso?

La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud protegida. También estamos obligados por la ley a darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. Estamos obligados a notificarle si hay una violación de su información de salud protegida no segura. Estamos obligados a seguir los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad actual.

Podemos usar y divulgar su información de salud para:

Tratamiento: podemos usar y divulgar información de salud para su tratamiento y servicios médicos. **Pagos:** podemos usar y divulgar información de salud para facturar y recibir pagos por los servicios que se le brindan. **Operaciones de atención médica:** podemos usar y divulgar información de salud para fines de operaciones de atención médica. **Recordatorios de citas:** para recordarle que tiene una cita programada con nosotros. **Alternativas de tratamiento:** para informarle sobre las opciones de tratamiento disponibles para usted. **De acuerdo a la ley:** Cuando así lo exija la ley vigente. **Para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad:** Para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás. **Las personas involucradas en su atención médica:** A menos que proteste, a amigos, familiares u otras personas involucradas en su atención médica o que puedan estar ayudando a pagar por su atención. **Donación de órganos y tejidos:** Donación de órganos o tejidos a organizaciones que manejan la obtención y el trasplante de órganos. **Difuntos:** Los registros de salud de los pacientes fallecidos a los 50 o más años ya no se consideran Información de salud protegida. **Información genética:** La información genética se considera información de salud protegida, que puede divulgarse con autorización pero los planes de salud no pueden utilizarla para fines de evaluación de riesgos. **Militares y veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, según lo que requiera la autoridad de comando militar. **Indemnización del trabajador:** Para fines de indemnización del trabajador o programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. **Actividades de salud pública:** Para actividades de salud pública, como prevención o control de enfermedades, notificación de nacimientos y defunciones, y denuncia de abuso y negligencia infantil. **Actividades de supervisión de la salud:** A agencias gubernamentales y juntas autorizadas por la ley, como para licencias y cumplimientos. **Notificación de incumplimiento:** Los usos o divulgaciones de la Información Salud Protegida (PHI, sigla en inglés) que no son permisibles ahora se presumen como un incumplimiento, a menos que pueda demostrarse que existe una "baja probabilidad" de que su PHI se haya visto comprometida o que se aplique una excepción. **Ayuda en caso de desastres:** A menos que tenga objeciones, para ayudar a las organizaciones de ayuda a desastres a coordinar su atención o notificar a familiares y amigos su ubicación o condición después de un desastre. **Demandas y disputas:** En respuesta a una orden judicial, orden del juez u otro proceso legal. **La aplicación de la ley:** De conformidad con el proceso y según lo requiera la ley. **Médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias:** Según sea necesario para determinar la causa de la muerte o para realizar sus tareas. **Actividades de seguridad nacional e inteligencia:** A funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia y otras actividades de seguridad nacional según lo autorice la ley. **Servicios de protección para el presidente y otros:** A los funcionarios federales para proporcionar protección al presidente y otras personas autorizadas, o llevar a cabo investigaciones especiales. **Reclusos o individuos en custodia:** si usted es un recluso o está bajo la custodia de la policía, podemos divulgarlo a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley según sea necesario para proporcionarle atención médica, para proteger su salud y la de los demás, o por la seguridad de la institución correccional. **Estudios de investigación y ensayos clínicos:** las autorizaciones pueden combinarse en el contexto de investigación sujeto a ciertos requisitos, y también se permiten autorizaciones para futuras investigaciones. **Socios comerciales:** Los asociados comerciales son directamente responsables de las violaciones de la Ley HIPAA / HITECH. Los subcontratistas de un socio comercial que crean reciben, mantienen o transmiten PHI en nombre del socio comercial también son socios comerciales de HIPAA, y están sujetos a los mismos requisitos a los que está sujeto el primer socio comercial. **Recaudación de fondos:** Para recaudar fondos. Puede optar por no recibir comunicaciones de recaudación

de fondos en cualquier momento. **Otras divulgaciones:** con ciertas excepciones, no se nos permite usar o divulgar notas de psicoterapia sin su autorización. Tampoco podemos utilizar o divulgar su información de salud con fines de comercialización o vender su información de salud sin su autorización. Otros usos y divulgaciones de su información de salud que no se describen en este Aviso de Prácticas de Privacidad o leyes aplicables requerirán su autorización por escrito. Si elige permitirnos usar o divulgar su información de salud, puede revocar dicha autorización informándonos su decisión por escrito. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud como se establece en la autorización. Sin embargo, cualquier uso o divulgación de su información de salud hecha en base a su autorización antes de ser revocada, no se verá afectada por la revocación.

Sus derechos con respecto a su información de salud: en la mayoría de los casos, **puede hacer una solicitud por escrito para ver u obtener una copia de su información de salud.** Si solicita copias, podemos cobrarle una tarifa por el costo de las copias, envíe por correo u otros suministros relacionados. Si denegamos su solicitud de revisar u obtener una copia, tiene derecho a que un profesional de la salud autorizado que no participó directamente en la denegación de su solicitud revise esa denegación y cumpliremos con el resultado de dicha revisión. **Si su información de salud se mantiene en formato electrónico, tiene derecho a solicitar una copia electrónica de su información de salud.** Si su información de salud no se puede producir fácilmente en el formato que solicita, se proporcionará en nuestro formato electrónico estándar o en un documento en papel. Podemos cobrarle una tarifa basada en el costo razonable por la labor relacionada con la transmisión de información electrónica de salud. Si considera que su información de salud es incorrecta o está incompleta, tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información. Debe presentar una solicitud por escrito que indique su motivo para solicitar la modificación al Oficial de Privacidad. Su solicitud para modificar su información de salud puede denegarse si no fue creada por nosotros; si no es parte de la información que mantenemos; o si determinamos que la información es correcta. Puede presentar una apelación por escrito si no está de acuerdo. Su solicitud de modificación se incluirá como parte de su información de salud.

Tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones que hicimos de su información de salud, por un período de hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. La primera lista que solicite en un período de 12 meses es gratuita. Si realiza más solicitudes durante ese tiempo, se le puede cobrar nuestro costo para producir la lista. Le informaremos sobre el costo antes de que se le cobre. **Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso.** Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. **Usted tiene el derecho de solicitar que su información de salud sea entregada de manera confidencial.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en un lugar determinado, como por correo postal o en su lugar de trabajo. Cualquier solicitud de este tipo debe hacerse por escrito al Oficial de Privacidad. Aceptaremos solicitudes razonables. **Tiene derecho a solicitar que no divulguemos su información de salud a su plan de salud si la divulgación es con el propósito de realizar pagos u operaciones de atención médica y no es requerido por ley.** Dicha divulgación restringida debe pertenecer únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el que usted o alguien en su nombre nos haya pagado en su totalidad. **Puede solicitar, por escrito, que no usemos ni divulguemos su información de salud** para tratamiento, pago u operaciones de atención médica; o a personas involucradas en su cuidado; cuando lo exija la ley; o en una emergencia. Todas las solicitudes o apelaciones por escrito deben enviarse a nuestra Oficina de Cumplimiento listada al final de este aviso. No estamos obligados a aceptar las restricciones solicitadas. **Tiene derecho a que se le notifique si hay un uso o divulgación no autorizada de su información de salud protegida no segura a menos que determinemos que existe una baja probabilidad de que su información haya sido comprometida.**

Quejas:

Si cree que sus derechos de privacidad pueden haber sido violados, puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad, Courtney McElyea, al 573-765-5131 o por correo electrónico a cmceleya@centralozarks.org. Puede escribirnos al Central Ozarks Medical Center a la atención de: Courtney McElyea PO Box 777, Richland, MO 65556. También puede comunicarse con el Departamento de Salud de Missouri, el Departamento de Regulación de Instalaciones de Salud: 1-573-751-6303 y / o a la Oficina del Fiscal General Línea directa del consumidor: 1-800-392-8222. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html> La Oficina de Cumplimiento Corporativo puede proporcionar el envío de correos. dirección. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Si cambiamos nuestras políticas con respecto a nuestro uso y / o divulgación de su información de salud protegida, cambiaremos nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y pondremos el aviso revisado a su disposición en nuestro sitio web y nuestras ubicaciones de práctica. Puede acceder a nuestro sitio web en <http://www.centralozarks.org> También puede solicitar una copia en papel del Aviso de Prácticas de Privacidad vigente en cualquier momento