



FECHA DE HOY

POR FAVOR ESCRIBA

**FORMA DE REGISTRATION DEL PACIENTE**

|  |  |  |  |   |  |   |  |
|--|--|--|--|---|--|---|--|
| No. de Seguro Social:  |  | Nombre del Paciente:   |  | Segundo Nombre:   |  | Apellido:   |  |
| Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F  |  | Fecha de nacimiento:   |  | Estado Civil:   |  | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado<br><input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Legalmente Separado |  |
| Raza: <input type="checkbox"/> Asiático<br><input type="checkbox"/> Negro / Afro Americano<br><input type="checkbox"/> Blanco(a)<br><input type="checkbox"/> América Ind. /Nat. Alaska<br><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái   |  | <input type="checkbox"/> Las Islas del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Negro de Haití<br><input type="checkbox"/> Blanco de Haití<br><input type="checkbox"/> Más de una raza |  | Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino<br><input type="checkbox"/> No - Hispano |  | Idioma Preferido:   |  |
| Dirección:   |  |  |  | Teléfono de la casa:  |  |   |  |
| Ciudad:  |  | Estado:  |  | Código postal:  |  | Teléfono celular:   |  |
| Correo Electrónico   |  |  |  | Teléfono del trabajo:   |  |   |  |
| Fuente de Referencia: <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Sin Cita <input type="checkbox"/> Directorio Telefónico <input type="checkbox"/> Familia/Amigo<br><input type="checkbox"/> Compañía de Seguros <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Otro/Desconocido<br><input type="checkbox"/> Folleto/Correo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Feria de Salud <input type="checkbox"/> Promoción de Eventos |  |  |  |   |  | ¿Eres un veterano?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |  |

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO**

(POR FAVOR DE SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA)

|                     |  |                       |  |             |  |              |  |
|---------------------|--|-----------------------|--|-------------|--|--------------|--|
| Compañía de Seguro: |  | Relación al Paciente: |  | # de Grupo: |  | # de Póliza: |  |
|---------------------|--|-----------------------|--|-------------|--|--------------|--|

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

|   |  |  |  |                      |  |                      |  |
|---|--|--|--|----------------------|--|----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro |  | Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |  |                      |  |                      |  |
| Nombre:   |  | Segundo Nombre:  |  | Apellido:            |  |                      |  |
| Idioma Preferido:   |  | Teléfono de Casa:  |  | Teléfono de Celular: |  | Teléfono de Trabajo: |  |

**PADRES/GUARDIAN DEL PACIENTE**

|  |  |  |  |                      |  |                      |  |
|--|--|--|--|----------------------|--|----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro |  | Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |  |                      |  |                      |  |
| Nombre:  |  | Segundo Nombre:  |  | Apellido:            |  |                      |  |
| Idioma Preferido:  |  | Teléfono de Casa:  |  | Teléfono de Celular: |  | Teléfono de Trabajo: |  |

**FARMACIA PREFERIDA**

|                    |  |           |  |         |  |                |  |
|--------------------|--|-----------|--|---------|--|----------------|--|
| Farmacia:          |  | Teléfono: |  | Fax:    |  |                |  |
| Dirección o Calle: |  | Ciudad:   |  | Estado: |  | Código Postal: |  |



FECHA DE HOY

**FHCSWF FINANCIAL CLASSIFICATION WORKSHEET**

Family Health Centers of Southwest Florida, Inc. (FHCSWF) necesita recopilar la información de su ingreso familiar. Al compartir esto, nos ayudará a seguir prestando atención médica a todos nuestros pacientes. Si usted no tiene cobertura de seguro, su información financiera nos ayudará a determinar si su familia es elegible para recibir descuentos en las tarifas.

Los ingresos Anuales del Hogar\*  Declaración Sin Prueba  Prueba Presentada

| ORIGEN  | CANTIDAD | SEMANAL  | QUINCENAL                | MENSUAL                  | ANUAL                    |
|---|----------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sueldo y Salarios (Si Mismo o Fiador)                           |          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sueldo y Salarios (Esposo/a)                                    |          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seguro Social (Si Mismo, Esposo/a, Hijo/a)                      |          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SSI (Seguro Suplemental)  |          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pensión, Jubilación, Beneficios de Veteranos, Etc.              |          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Compensación de Desempleo                                       |          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asistencia Pública/Cupones de Alimentos                         |          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Discapacidad/Compensación de Trabajadores                       |          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pensión Matrimonial, Manutención de Menores                     |          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otro Ingresos (Ingreso de Alquileres, Interés, Dividendo, etc.) |          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ingreso Total:  |          | *Hogar incluye el fiador, esposo(a), hijos o hijastros de 18 años y menores, y los niños discapacitados (sin limitación de edad) |                          |                          |                          |
| Número Total de Personas en el Hogar*:                          |          |  |                          |                          |                          |

FHCSWF reserva el derecho de verificar su declaración de impuestos y/o salarios para los periodos de pago anteriores que soliciten. Su estado de clasificación financiera se actualizara anualmente. Por favor notifiquenos si hay cambios en su estado de ingresos antes de la actualización anual.

Certifico que el ingreso y información de la familia es verdadero y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si he dado información falsa conscientemente, puedo ser enjuiciado(a) bajo cargos de la ley del Estado y/o Federal.

Nombre (Escribe) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**PACIENTES QUE SOLICITAN UN DESCUENTO EN EL COSTO DE LAS TARIFAS DEBEN LEER Y FIRMAR LO SIGUIENTE:**

He sido informado e entiendo que si no presento pruebas de ingreso en mi siguiente visita, no estaré elegible para el descuento de tarifas y tengo que pagar la tarifa completa en el momento del servicio.

Nombre (Escribe) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**INMIGRANTES / ESTACIONALES / OTRA DETERMINACIÓN**

| Contesta las siguientes preguntas en respecto a usted o al fiador de empleo en los últimos 24 meses:                      | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. ¿Han trabajado/trabajan en los campos, labrando la tierra o recogiendo frutas, verduras, flores, caña de azúcar, etc.? |    |    |
| 2. ¿Han trabajado o trabajan en una empacadora o ha transportado algún artículo en la pregunta #1?                        |    |    |
| 3. ¿Ha trabajado/trabaja usted haciendo agricultura de árbol o jardinería?  |    |    |
| 4. ¿Han trabajado/trabajan en una granja de gusanos, en un barco de camarones, o de recolección de otro mariscos?         |    |    |
| 5. ¿Se ha mudado usted o el fiador fuera del país o el estado para realizar su trabajo durante el año?                    |    |    |
| 6. ¿Usted o el fiador permanecen en la misma dirección para realizar su trabajo a lo largo del año?                       |    |    |

**OFFICE USE ONLY**

Proof of income verified:  YES  NO  C  D Recorded by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 SFS:  A  B  C  D Expiration Date: \_\_\_\_\_

**FECHA DE HOY**

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO Y FACTURACIÓN**

1. Yo, el abajo firmante, doy el permiso para que a mí o a mi niño menor de edad se me pueda someter a todas las pruebas necesarias, exámenes, tratamientos, u otros procedimientos requeridos para diagnosticar y tratar la enfermedad(es) por el personal médico, dental, o administrativo de Family Health Centers of Southwest Florida, Inc. (FHCSWF).
2. Entiendo que la práctica de medicina, cirugía, y odontología no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía como resultado de tratamientos o exámenes por el personal de FHCSWF.
3. Doy mi consentimiento para que mi información médica y dental pueda ser compartida por FHCSWF y/o instituciones autorizadas o agencias que acepten al paciente para el cuidado médico, dental, o institucional, y consiento en la liberación de la información médica y dental al asegurador del paciente. Doy el permiso de compartir datos (médicos, dental, y personal) a agencias gubernamentales como pueda ser requerido de FHCSWF.
4. Por este médico autorizo el pago a FHCSWF de beneficios adeudados a mí en mis cobros pendientes y/o BENEFICIOS MEDICOS MAYORES de otra manera pagaderos a mí, pero que no excedan los cobros regulares del centro médico de médico o dentista durante este periodo de tratamiento.

**DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PACIENTE DE FHCSWF Y RESPONSABILIDADES**

1. Reconozco que he recibido una copia de FHCSWF de la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Este es un acuerdo mutuo entre usted y FHCSWF.

**HIPAA – AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD FHCSWF**

- Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad que explica el compromiso de FHCSWF para proteger mi información médica personal de acuerdo a la ley. Por este medio autorizo que mi información médica personal pueda ser compartida sin restricciones con las siguientes persona:
- |    | NOMBRE: | RELACIÓN (p.ej. Padre, Esposo/a, Hijo/a, Hermano/a, etc.) |
|----|---------|---|
| 1. | 1.      |   |
|    | 2.      |   |
|    | 3.      |   |

**DIRECTIVAS DE ANTICIPACION – DERECHO DE DECIDIR – FINAL DE DECISIONES DE VIDA**

Usted no puede remover la incertidumbre sobre sus futuras necesidades de asistencia médica, pero, teniendo una Directiva Anticipada, usted puede tener la paz mental de hacer sus deseos conocidos de antemano.

- Declaración para Rehusar Procedimientos que Prolongan vida (Directiva/Testamento de vida)*
1.  Tengo una Directiva/Testamento de Vida – Por favor haga una copia y FHCSWF la colocara en su Registro Medico.  
 No tengo una Directiva/Testamento de Vida.
- Persona designada responsable por mi cuidado médico – Esta es una persona en que usted confía y usted ha decidido pueda hablar con sus doctores por usted cuando usted es incapaz de hacerlo.*
2.  Tengo una Persona Designada responsable por mi cuidado médico que es \_\_\_\_\_ y puede ser contactado de esta manera \_\_\_\_\_.  
 No tengo una Persona Designada Responsable por mi cuidado médico.
- Poder Legal Duradero – un documento que usted firma para autorizar a otra persona para actuar como su agente y tomar decisiones de Asistencia Médica por usted.*
3.  Tengo una persona con Poder Legal Duradero designada quien es \_\_\_\_\_ y autorizo a tomar la decisión de Asistencia Médica por mí.  
 No he designado una persona con Poder Legal Duradero para mis decisiones de Asistencia Médica.

**ELEGIBILIDAD PARA VACUNAS DE NIÑOS**

(Si alguna respuesta es marcada como si el niño es elegible para vacunas)

| REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD              | SI | NO | FECHA |
|---|----|----|-------|
| Elegible para el programa de Medicaid   |    |    |       |
| Sin seguro de salud                     |    |    |       |
| Indio Nativo Norteamericano o de Alaska |    |    |       |
| Su seguro de salud no paga por vacunas  |    |    |       |

**Firma del Paciente/Persona Responsable/Fiador:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



**FECHA DE HOY**

**FORMA DE HISTORIA PACIENTE**

¿Por qué ha venido usted a ver al doctor? \_\_\_\_\_

Cuanto tiene usted de tener este problema \_\_\_\_\_

Esta usted tomando algún medicamento    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si Sí por favor ponga en una lista abajo

¿Ha estado alguna vez usted en el hospital?    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si Sí por favor ponga en una lista abajo

|              |               |                |               |
|--------------|---------------|----------------|---------------|
| <b>DONDE</b> | <b>CUANDO</b> | <b>POR QUÉ</b> | <b>DOCTOR</b> |
|--------------|---------------|----------------|---------------|

¿Ha tenido alguna vez usted alguna operación?    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si Sí por favor ponga en una lista abajo

|                  |               |              |               |
|------------------|---------------|--------------|---------------|
| <b>OPERACIÓN</b> | <b>CUANDO</b> | <b>DONDE</b> | <b>DOCTOR</b> |
|------------------|---------------|--------------|---------------|

¿Tiene usted alguna alergia a alguna medicación, medicinas, comida u otras cosas?    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si sí por favor ponga en una lista debajo lo que usted es alérgico a y el tipo de la reacción:

**HISTORIA SOCIAL**

|                      | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> | <b>Si SÍ, cuanto en un día</b> |
|----------------------|-----------|-----------|--------------------------------|
| ¿Bebe usted alcohol? |           |           |                                |
| ¿Fuma usted tabaco?  |           |           |                                |
| ¿Bebe usted café?    |           |           |                                |
| ¿Bebe usted té?      |           |           |                                |
| ¿Usa drogas?         |           |           |                                |

**GANANCIA/PÉRDIDA DE PESO**

|                                       | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> | <b>Si sí, cuanto</b> |
|---------------------------------------|-----------|-----------|----------------------|
| ¿Ha ganado usted peso recientemente?  |           |           |                      |
| ¿Ha perdido usted peso recientemente? |           |           |                      |

**HISTORIA DE FAMILIA**

¿Tiene algún miembro en su familia que tenga cualquiera de las enfermedades siguientes?

|                             | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> | <b>Si SÍ, quien</b> |
|-----------------------------|-----------|-----------|---------------------|
| Cáncer                      |           |           |                     |
| Tuberculosis                |           |           |                     |
| Diabetes                    |           |           |                     |
| Hipertension (Presion Alta) |           |           |                     |
| Ataque cardíaco             |           |           |                     |
| Derrame Cerebral            |           |           |                     |
| Epilepsia (Asimientos)      |           |           |                     |



**FECHA DE HOY**

**FORMA DE HISTORIA PACIENTE**

¿Ha tenido usted cualquiera de las enfermedades siguientes?

¿Tiene usted cualquiera de los problemas siguientes?

|                                    | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
|------------------------------------|-----------|-----------|
| Asma                               |           |           |
| Bronquitis                         |           |           |
| Cáncer                             |           |           |
| Varicela                           |           |           |
| Diabetes                           |           |           |
| Epilepsia (Convulsiones)           |           |           |
| Infecciones de Ojo                 |           |           |
| Rubéola                            |           |           |
| Hepatitis                          |           |           |
| Hernia                             |           |           |
| Urticaria o Erupciones             |           |           |
| Gripe (Gripe)                      |           |           |
| Enfermedad de Hígado               |           |           |
| Malaria                            |           |           |
| Sarampión                          |           |           |
| Mononucleosis                      |           |           |
| Paperas                            |           |           |
| Pulmonía                           |           |           |
| Fiebre Reumática                   |           |           |
| Escarlatina                        |           |           |
| Amigdalitis                        |           |           |
| Tuberculosis                       |           |           |
| Enfermedad Venérea                 |           |           |
|                                    | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
| <b>PARA MUJERES SÓLO</b>           |           |           |
| Fecha de Primer Período            |           |           |
| ¿Períodos Debidamente?             |           |           |
| Longitud de períodos (# días)      |           |           |
| ¿Dolor Durante períodos?           |           |           |
| ¿Dolores de cabeza?                |           |           |
| Edad en tiempo de Menopausia       |           |           |
|                                    | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
| <b>Vacunas/Inmunizaciones para</b> |           |           |
| Gripe – Gripe                      |           |           |
| Pneumovax – Pulmonía               |           |           |
| Sarampión                          |           |           |
| Polio                              |           |           |
| Difteria                           |           |           |
| Pertussis – Tos Ferina             |           |           |
| Sarampión                          |           |           |
| Tétanos                            |           |           |
| Fecha de Último Tétanos            |           |           |
|                                    |           |           |
|                                    |           |           |
|                                    |           |           |

|                                | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| Fríos frecuentes               |           |           |
| Dolor de Pecho                 |           |           |
| Vómitos                        |           |           |
| Dolores de cabeza              |           |           |
| Náusea                         |           |           |
| Amigdalitis                    |           |           |
| Glándulas de Cuello Agrandadas |           |           |
| Doble Visión                   |           |           |
| Pérdida de Voz                 |           |           |
| Tos                            |           |           |
| Dificultad para Tragar         |           |           |
| Dolor de oídos                 |           |           |
| Dificultad para respirar       |           |           |
| Dolor de muelas                |           |           |
| Dolor de Senos                 |           |           |
| Hinchazón en los Pies          |           |           |
| Ronquedad                      |           |           |
| Pérdida de Audición            |           |           |
| Sangrado de Nariz              |           |           |
| Dolor en los Ojos              |           |           |
| Dolor de lengua                |           |           |
| Sangrado de Encias             |           |           |
| Dolor de garganta              |           |           |
| Vómitos de Sangre              |           |           |
| Estreñimiento                  |           |           |
| Diarrea                        |           |           |
| Indigestión                    |           |           |
| Sangre en Heces                |           |           |
| Dificultad para Orinar         |           |           |
| Sangre en Orina                |           |           |
| Ardor durante la Micción       |           |           |
| Dolor en Micción               |           |           |
| Vejiga Vacía a Menudo          |           |           |
| Goteo constante de Orina       |           |           |
| Nerviosismo Exagerado          |           |           |
| Mareo                          |           |           |
| Espasmos Musculares            |           |           |
| Dolor de Músculos              |           |           |
| Dolor de Articulaciones        |           |           |
| Pérdida de la Sensacion        |           |           |
| Parálisis                      |           |           |
| Enfermedad Mental              |           |           |
| Depresión                      |           |           |
| Ansiedad                       |           |           |
| Confusión                      |           |           |

**Otra información médica:**

---



---



---



FECHA DE HOY

## **LISTADO DE OBLIGACIONES**

FAMILY HEALTH CENTERS OF SOUTHWEST FLORIDA, INC, esta muy contento de ser su proveedor de salud y servicios relacionados. Como nuestro paciente, usted tiene muchas "RESPONSABILIDADES" con que cumplir y que nos ayudarán a servirle más puntual y eficazmente. Este es un acuerdo mutuo establecido entre usted, nuestro paciente (padre o guardián de nuestro paciente) y nosotros, su personal medico profesional de Family Health Centers of Southwest Florida Inc. Este acuerdo se le llama LISTA DE RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE. Le damos una copia de este cuando comenzamos su cuidado con nosotros, como un reconocimiento de nuestro acuerdo mutuo. Otra copia será mantenida en su papeleta médica. Gracias por la oportunidad de servirle.

### **Como un Paciente de Centros Médicos de Familia usted es RESPONSABLE de :**

1. Dar su información de salud exacta y completa acerca de enfermedades pasadas, hospitalización, medicamentos, alergias y otra información pertinente como sus proveedores de salud pasados.
2. Reportar cualquier cambio inesperado de su condición.
3. Participación en el desarrollo y las actualizaciones de su régimen de cuidado médico personal (o aquel de su niño/dependiente) y solicitando información adicional acerca de algún tema que usted no entienda.
4. Seguir su régimen de cuidado médico.
5. Sus acciones, si usted rechaza el tratamiento o no sigue las recomendaciones de Family Health Centers of Southwest Florida para su cuidado médico.
6. Asistiendo a todas las citas para cualquier servicio previsto en el Centro, también con médicos de referencia e incluso citas financieras, y de ser incapaz de asistir por cualquier razón notificara al Centro de su inhabilidad para hacerlo.
7. Proveer a Family Health Centers of Southwest Florida con su información financiera exacta y completa y pagara la cantidad que es requerida de acuerdo a su clasificación financiera.
8. Informar a Family Health Centers of Southwest Florida de cualquier cambio de nombre, dirección o número telefónico.
9. Asistir y mantener un ambiente limpio y seguro y respetar las reglas de Centro para cuidado del paciente y conducta.
10. Colaborar con su proveedor de salud para desarrollar un plan para manejo del dolor y asistira en el evaluación de su grado de dolor y a asegurar que el eficaz alivio de su dolor sea parte importante de su tratamiento.
11. Tratar con cortesía y respeto a todo el personal de Family Health Centers of Southwest Florida.
12. No dejar a sus niños desatendidos o permitirles actuar en una manera que puede causar daño a ellos o a otros.

## **LISTA DE DERECHOS DEL PACIENTE**

FAMILY HEALTH CENTERS OF SOUTHWEST FLORIDA, INC, esta muy contento de ser su proveedor medico y servicios relacionados. Como nuestro paciente, usted tiene muchos "DERECHOS", los cuales nos ayudarán a servirle más pronta y eficazmente. Esta es una asociacion mutua establecida entre usted, nuestro paciente (padre o guardián de nuestro paciente) y nosotros, su personal profesional de Family Health Centers of Southwest Florida. Este acuerdo es llamado la LISTA DE DERECHOS DEL PACIENTE. Le damos una copia de este cuando comenzamos su cuidado con nosotros, como un reconocimiento de nuestro acuerdo mutuo. Otra copia será mantenida en su papeleta médica. Gracias por la oportunidad de servirle.

### **Como un paciente de Centros Médicos de Familia usted tiene el DERECHO a:**

1. Ser tratado con cortesía, respeto, consideración, dignidad, privacidad y confidencialidad; sin importar su raza, creencias, color, religión, sexo, origen nacional, preferencias sexuales, impedimento fisico o edad; por todos quiénes le proporcionan calificado cuidado medico y otros servicios en Family Health Centers of Southwest Florida.
2. Recibir información acerca de los servicios disponibles de Family Health Centers incluyendo cualquier servicio de apoyo al paciente o servicios fuera de horario que tenemos disponible e información en cuanto al acceso a servicios de emergencia.
3. Pronta y razonable respuesta a sus preguntas y peticiones.
4. Escoger a su proveedor de cuidados medicos y saber quién es responsable de su cuidado mediante la identificación apropiada por nombre y título de cada uno que le proporciona la asistencia médica u otros servicios relacionados.
5. Recibir información de nuestras políticas y cobros para servicios incluyendo su elegibilidad para el reembolso por terceras partes, la aceptación de pacientes asignados por seguros privados, Medicaid y Medicare y otra asistencia financiera que nosotros conozcamos.
6. Recibir información completa y actualizada acerca de su diagnóstico, alternativas de tratamiento, riesgos, y pronóstico (como sea requerido revelar por obligacion legal a su médico) en términos y lenguaje que usted puede entender razonablemente.
7. Rehusar tratamiento dentro de los límites de la ley.
8. Rehusar participar en investigación experimental.
9. Manifestar problemas y/o sugerir cambios en los servicios y personal de cuidado de salud sin ser amenazado, sujetado, o discriminado en contra. Si sus problemas no pueden ser resueltos a traves de la organización, usted es motivado por Family Health Centers of Southwest Florida a ponerse en contacto con Joint Commission. Usted puede ponerse en contacto con la Oficina de Monitoreo de Calidad de Joint Commission para reportar cualquier problema o registrar quejas contra Family Health Centers of Southwest Florida llamando al 1/800-994-6610 o por correo electrónico en [complaint@jcaho.org](mailto:complaint@jcaho.org).
10. Participar en el desarrollo de su régimen de cuidado medico para satisfacer sus necesidades médicas personales, con asesoramientos/actualizaciones periódicas que serán discutidos con usted.
11. Recibir una cita de Family Health Centers of Southwest Florida con respecto a su necesidad de cuidado medico y/u otros servicios.
12. Recibir información completa y actualizada por Family Health Centers para usted ser capaz de dar el consentimiento informado antes del principio de cualquier tratamiento.
13. Revisar sus archivos clínicos al pedirlo, pero dentro de las políticas de Family Health Centers.
14. Recibir informacion en cuanto a la transferencia anticipada de su cuidado medico a otra institucion de salud y/o terminación de servicios de cuidados médicos hacia usted.
15. Recibir información acerca de las consecuencias de rechazar el tratamiento o no cumplir con la terapia.
16. Recibir una cuenta detallada y la explicación de cobros.
17. Saber las reglas que se aplican a su conducta.
18. Evaluacion apropiada y manejo de su dolor.

## DECLARACIÓN DE AVISO DE PRIVACIDAD PARA EL PACIENTE

**EL AVISO SIGUIENTE DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA, Y COMO USTED PUEDE CONSEGUIR EL ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR EXAMINE LA INFORMACIÓN CON CUIDADO.**

**(Fecha de vigencia: el 14 de abril de 2003)**

- Su información médica protegida puede ser liberada a otros profesionales de salud dentro del personal de Family Health Centers of Southwest Florida, otros proveedores de cuidados médicos por medio de referencias, y otras entidades cubiertas por estas provisiones de privacidad para proveerle con cuidado médico de calidad.
- Su información médica protegida puede ser liberada a su proveedor de seguros por el propósito de que Family Health Centers reciba pago por los servicios médicos que le hayan sido necesarios.
- Su información médica protegida puede ser compartida en conexión con las operaciones de cuidado médico de Family Health Centers para incluir evaluación interna de la calidad de servicios proporcionados a usted, y para permitir que agencias exteriores examinen, certifiquen o licencien los servicios de cuidado médico proporcionados a usted.
- Su información médica protegida puede ser compartida con oficiales de la fuerza pública o policías en el evento de una investigación en la cual usted es una víctima de abuso, un crimen o violencia doméstica.
- Su información médica protegida puede ser liberada a otros proveedores de cuidados médicos en el evento que usted necesite cuidados médicos de emergencia.
- Su información médica protegida puede ser compartida a una organización de salud pública u organización federal en caso de una enfermedad comunicable o reportar un dispositivo defectuoso o efectos indeseados a un producto biológico (alimento o medicamento).
- Su información médica protegida puede ser compartida sólo después de recibir autorización escrita por usted. Usted tiene el derecho de restringir la liberación de su información médica protegida. Sin embargo, Family Health Centers puede decidir rehusar su petición de restricción si esto está en el conflicto con proveerle con cuidado médico de calidad o en caso de una situación de emergencia.
- Usted puede revocar su permiso de liberar su información médica protegida en cualquier momento. Debe ser hecho por escrito y contener una fecha de vigencia y una lista de la información específica a ser protegida de compartir. Family Health Centers no está requerido a acceder a su petición.
- Usted puede ser contactado por Family Health Centers por mensaje telefónico o correo para recordarle de cualquier cita, opciones de tratamiento médico u otros servicios de salud que puedan ser de interés para usted.
- Usted puede ser contactado por Family Health Centers con el objetivo de procurar fondos para apoyar las operaciones de la organización.
- Usted tiene el derecho de comunicación confidencial sobre su estado de salud.
- Como parte del sistema de facturación de Family Health Centers, todos los miembros de su familia inmediata serán facturados bajo un número de cuenta maestro. Usted recibirá una declaración de facturación mensual por la familia entera ('Facturación de Familia'). Una cuenta separada para cada miembro de la familia puede ser establecida por el departamento de Registros de Family Health Centers of Southwest Florida mediante petición escrita del paciente.
- Usted tiene el derecho de examinar y fotocopiar parte/toda su información médica protegida. Family Health Centers tienen el derecho de cobrar honorarios razonables por fotocopiar tal información.
- Usted tiene el derecho de solicitar cambios en su información médica protegida. Su petición debe ser hecha por escrito y explicar por qué la información debería ser enmendada. Family Health Centers pueden negar el cambio solicitado y de ser así, proveerle de una explicación por escrito de las razones por las cuales su solicitud es denegada.
- Usted tiene el derecho de saber quién ha tenido acceso a su información médica protegida y para qué propósito. Su petición de la revelación de quién ha tenido acceso a su información médica protegida debe ser hecha por escrito al Oficial de Privacidad del Paciente que se incluye al final de este documento.
- Usted tiene el derecho de poseer una copia de este Aviso de Privacidad con una petición. Esta copia puede estar en forma de transmisión electrónica o en papel.





**FECHA DE HOY**

- Su información médica confidencial no puede ser liberada por ningún otro propósito que el que es identificado en este aviso.
- Family Health Centers es requerido por ley proteger la privacidad de sus pacientes. Mantendra de manera confidencial cualquiera y toda la información médica del paciente y proveerá a pacientes con una lista de deberes o prácticas que protegen la información médica protegida.
- Family Health Centers cumplirá con los términos de este aviso, y se reserva el derecho de hacerle cambios a este aviso y continuar manteniendo la confidencialidad de toda la información médica. Los pacientes recibirán una copia de cualquier cambio en este aviso en su siguiente visita a Family Health Centers.
- Usted tiene el derecho de quejarse a Family Health Centers si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados. Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados, por favor envíe su queja por escrito.

**Oficial de Privacidad del Paciente**

FAMILY HEALTH CENTERS OF SOUTHWEST FLORIDA  
P.O. Box 1357  
Fort Myers, Florida 33902

- Todas las quejas serán investigadas. Ninguna cuestión personal será discutida por presentar una queja.
- Para información adicional sobre este Aviso de Privacidad, por favor póngase en contacto:

**Oficial de Contacto de Privacidad de Family Health Centers of Southwest Florida**

Teléfono: (239) 278-3600 / Fax: (239) 278-3203

- Este aviso es efectivo desde la fecha impresa en la parte superior de este documento. Esta fecha no debe ser anterior a la fecha en la cual el aviso es imprimido o publicado.

**Family Health Centers of Southwest Florida, Inc es un Centro Médico Federalmente Calificado  
reconocido por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations**