



DRH HEALTH CLINICS

Nuevo formulario de solicitud de paciente

La fecha: _____

Duncan Regional Health Clinics es una clinica dedicada a la medicina familiar y esperamos poder satisfacer sus necesidades medicas. Para determinar major si esta clinica sera capaz de satisfacer sus necesidades de atencion medica, necesitamos saber algo sobre la atencion medica cronica que usted require. Si lo desea, por favor haga una lista de todos los medicamentos que esta tomando actualmente, incluyendo los que no requieren receta medica. El proveedor principal revisara la informacion y luego se comunicará con usted para concertar una cita.

** Por favor, tenga en cuenta que los pacientes que solo necesiten tratamiento del dolor seran remitidos a una clinica de tratamiento del dolor. **



DRH HEALTH CLINICS

Información del nuevo paciente

Nombre completo de paciente _____

Fecha de nacimiento: _____ Masculino ☐ Feminino ☐ Negarse a especificar ☐

Estado Civil _____ Número de seguridad Social _____

Raza _____ Etnicidad ☐ Hispano ☐ No Hispano

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

¿Como escuchó acerca de nosotros? _____

Nombre del garante (si es menor) _____

Fecha de nacimiento de garante _____

Relación con paciente _____

Empleadora del paciente _____

Dirección del empleado _____

Contacto de emergencia _____ Número de teléfono _____

Proporcione una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro a la recepción para escanearla.

- | | |
|------------------------------------|---|
| ☐ Comercial | ☐ Ventaja de Medicare |
| ☐ Medicaid | ☐ Otro |
| ☐ Medicare | ☐ Pago por cuenta propia |

☐ Autorizo al proveedor de DRH Salud y empleados designados a acceder a la base de datos de Programa de Supervisión de Recetas de Oklahoma para revisar mi información

Su Firma

Fecha de hoy



DRH HEALTH CLINICS
Información del nuevo paciente

Información médica

¿Qué te trae hoy? _____

Diagnósticos de Salud Actuales	Historia Médica Pasada	Historia Quirúrgica

Alergias a Medicamentos: _____

¿Qué Farmacia prefieres utilizar? _____

Medicación Actual

Incluya todos los medicamentos y suplementos de venta libre

Nombre del medicamento	Dosis, Frecuencia y Vía



Autorizacion para la divulgacion de historiales medicos

Para: _____

Yo, _____ siendo competente, dieciocho (18) mayores de edad y debidamente autorizados, autorizan voluntaria y voluntariamente a entregar los registros medicos a Duncan Regional Health:

Nombre de la Clínica DRH:

Dirección Clínica DRH:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Teléfono:

Número de fax:

En ☐ yo mismo ☐ otro _____ el complete el historial medico en su poder sobre la atencion sanitaria general, las enfermedades y los tratamientos administrados durante el periodo _____ a _____.

Le eximo de toda responsabilidad legal o de la que pueda derivarse de esta autoizacion.

Ademas, entiendo y reconozco que la informacion autorizada para su divulgacion puede incluir registros que pueden indicar la presencia de una enfermedad contagiosa o venerea que puede incluir, pero no se limita a, enfermedades como la hepatitis, la sifilis, la gonorrhea, y el virus de la inmunodeficiencia humana, tambien conocido como syndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Firma del paciente o del tutor: _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de la Seguridad Social: _____

Direccion del paciente _____

Numero de telefono del paciente _____

Nota: Si el paciente es menor de edad o esta incapacitado por cualquier otro motive, la ley exige que el totor o guardian legalmente autorizado autorice o consienta la divulgacion de dicha informacion medica.



**AUTORIZACIÓN PARA USAR O COMPARTIR
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)**

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Autorizo a DRH Health a compartir o divulgar la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que se detalla a continuación a las siguientes personas u organizaciones. Se puede contactar a estas personas para ayudar a programar visitas, exámenes y procedimientos:

1. Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____
PHI a compartir: _____ Historial médico _____ Registros de salud mental Registros de abuso de sustancias _____ Información de facturación

2. Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____
PHI a compartir: _____ Historial médico _____ Registros de salud mental Registros de abuso de sustancias _____ Información de facturación

3. Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____
PHI a compartir: _____ Historial médico _____ Registros de salud mental Registros de abuso de sustancias _____ Información de facturación

4. Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____
PHI a compartir: _____ Historial médico _____ Registros de salud mental Registros de abuso de sustancias _____ Información de facturación

5. Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____
PHI a compartir: _____ Historial médico _____ Registros de salud mental Registros de abuso de sustancias _____ Información de facturación

Las personas/organizaciones antes mencionadas _____ PHI verbal e impresa _____ PHI verbal _____ PHI Impresa pueden recibir

Entiendo que al firmar voluntariamente esta autorización:

- Autorizo el uso o divulgación de mi PHI como se describe anteriormente.
Tengo derecho a retirar el permiso para la divulgación de mi información. Si firmo esta autorización para usar o divulgar información, puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse en DRH Health y no afectará la información que ya ha sido divulgada.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que, a menos que el propósito de esta autorización sea determinar el pago de un reclamo de beneficios, firmar esta autorización no afectará mi elegibilidad para recibir beneficios, tratamiento, inscripción o pago de reclamos.
- Entiendo que mi información médica puede indicar que tengo una enfermedad transmisible y/o no transmisible, la cual puede incluir, pero no se limita a enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea o VIH o SIDA y/o puede indicar que tengo o he sido tratado por condiciones psicológicas o psiquiátricas o abuso de sustancias.
- Entiendo que puedo cambiar esta autorización en cualquier momento en DRH Health, en persona o por escrito.
- Entiendo que esta autorización para la divulgación de PHI de DRH Health es válida para todas las entidades y afiliados de DRH incluidos: Duncan Regional Hospital, Jefferson County Hospital, Duncan Regional Imaging Center y todas las clínicas de DRH Health.
- Entiendo que es mi responsabilidad revocar o cambiar esta autorización cuando sea necesario.
- Entiendo que no puedo restringir la información que ya se haya compartido en base a esta autorización. La información mezclada o divulgada en virtud de la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por el Reglamento de privacidad.

A menos que se revoque o se indique lo contrario, la fecha de vencimiento de esta autorización será:

_____ 2 años a partir de hoy _____ Sin caducidad (de por vida) _____ Otro _____

Si estoy hospitalizado, los familiares y amigos que deseen obtener actualizaciones verbales sobre mi condición actual aún deberán proporcionar el "Código de acceso" de 4 dígitos que se me brinda al momento de mi ingreso en el hospital.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Descripción de la autoridad del representante legal

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Como resultado natural de nuestra creencia, valor y misión, reconocemos los siguientes derechos y responsabilidades de los pacientes:

- Los pacientes tienen derecho a una atención sanitaria de calidad que incluya la consideración y el respeto de las variables físicas, psicosociales, espirituales, educativas y culturales que influyen en su percepción de la enfermedad. Tienen derecho a esperar una continuidad razonable de la atención y asistencia para encontrar servicios alternativos cuando esté médicamente indicado. Los pacientes tienen la responsabilidad de cuidar de su salud lo mejor que puedan.
- Los pacientes tienen derecho a recibir información en el momento del ingreso sobre las normas que se aplican a la atención y conducta de los pacientes y las políticas del hospital relacionadas con los derechos y responsabilidades de los pacientes. Además, tienen derecho a recibir información sobre el mecanismo de iniciación, revisión y, cuando sea posible, resolución de las preocupaciones de los pacientes relativas a la calidad de la atención. Los pacientes tienen la responsabilidad de proporcionar, a su saber y entender, información precisa y completa sobre quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones y medicamentos relacionada con su atención médica.
- Los pacientes tienen derecho a esperar que el hospital ofrezca una respuesta razonable a su solicitud de servicios que sea coherente con las obligaciones, políticas y creencias morales religiosas del hospital, dentro de la capacidad del hospital, su misión declarada y las leyes y reglamentos aplicables. Los pacientes tienen la responsabilidad de tomar las decisiones sobre la atención médica que afectan a su vida.
- Los pacientes tienen derecho a recibir servicios sin discriminación por motivos de raza, religión, color, sexo, nacionalidad, edad, discapacidad o cualquier otra clasificación prohibida por la ley. Los pacientes y sus familias deben expresar cualquier necesidad que puedan tener para que podamos ofrecerles comodidades razonables.
- Los pacientes tienen derecho a la privacidad personal y a la confidencialidad de la información. Todos los pacientes y/o su representante legalmente designado tienen derecho a acceder a sus historias clínicas dentro de un plazo razonable. Los pacientes tienen la responsabilidad de respetar la privacidad y confidencialidad de otros pacientes dentro del hospital y seguir las normas que se aplican a la atención y conducta del paciente.
- Los pacientes tienen derecho a que un miembro de la familia o representante y su médico sean notificados con prontitud de su ingreso al hospital. Los pacientes tienen la responsabilidad de informar a su enfermera si desea que un familiar o médico sea notificado de su ingreso.
- Los pacientes tienen derecho a que sus pertenencias personales estén razonablemente protegidas. Se pide a los pacientes que dejen los objetos de valor en casa o los depositen en la caja fuerte del hospital durante la hospitalización.
- Los pacientes tienen derecho a recibir atención en un ambiente seguro y libre de toda forma de abuso, negligencia o acoso. Los pacientes tienen la responsabilidad de informar al equipo de atención médica cuando tengan problemas o inquietudes relacionados con su seguridad.
- Los pacientes tienen derecho a recibir asistencia para obtener servicios de protección. Los pacientes tienen la responsabilidad de informar al equipo médico cuando tengan problemas o inquietudes relacionados con su seguridad.
- Los pacientes tienen derecho a no ser reclusos ni sometidos a ningún tipo de restricción que no sea médicamente necesaria. Los pacientes y sus familias tienen la responsabilidad de ayudar al equipo médico a mantener al paciente en el entorno menos restrictivo.
- Los pacientes o sus representantes designados tienen derecho a ser informados y a participar en el proceso de planificación de sus cuidados y en las decisiones sobre el tratamiento. Los pacientes tienen derecho a ser informados de los tratamientos alternativos y a elegir entre las alternativas, incluido el derecho a aceptar o rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley, y a ser informados de las consecuencias médicas de sus acciones. Los pacientes tienen la responsabilidad de cooperar en el plan de tratamiento que se haya decidido.
- Los pacientes tienen derecho a una evaluación y un tratamiento adecuados del dolor. Se espera que los pacientes informen al equipo médico cuando sientan dolor o cuando el plan de alivio del dolor no funcione.



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- Los pacientes o un representante designado tienen derecho a participar en la planificación del alta del paciente, lo que incluye ser informado de las opciones de servicio que están disponibles para el paciente y la elección de las agencias que prestan el servicio. Los pacientes tienen la responsabilidad de tomar las decisiones médicas que afectan a su vida.
- Los pacientes tienen derecho a formular directrices anticipadas y a designar a un sustituto para que tome decisiones sanitarias en su nombre en la medida en que lo permita la ley. Los pacientes tienen la responsabilidad de informar al equipo médico de la existencia de un documento de directrices anticipadas y de la intención que contiene.
- Los pacientes tienen derecho a ser informados sobre los resultados de la atención, incluidos los resultados imprevistos. Se anima a los pacientes a hacer preguntas para que puedan entender lo que razonablemente pueden esperar durante su tratamiento.
- El tutor, pariente más próximo o persona responsable legalmente autorizada del paciente tiene derecho a ejercer los derechos descritos en nombre del paciente si éste carece de la capacidad para participar en el proceso de toma de decisiones. Si el paciente no puede participar en el proceso de toma de decisiones, su tutor, pariente más próximo o persona responsable legalmente autorizada tiene la responsabilidad de tomar las decisiones sanitarias que sean coherentes con los valores y objetivos de vida del paciente.
- Los pacientes tienen derecho a participar en el examen de los problemas éticos que se plantean en su atención. Los pacientes tienen la responsabilidad de tomar las decisiones sanitarias que afectan a su vida.
- Los pacientes tienen derecho a ser informados de cualquier experimentación humana u otros proyectos educativos de investigación que puedan afectar su atención o tratamiento. Los pacientes son responsables de sus propios actos si rechazan el tratamiento o no siguen las recomendaciones del médico o cuidador principal.
- Los pacientes tienen derecho a examinar y recibir una explicación de su factura, independientemente de la fuente de pago. Los pacientes tienen la responsabilidad de facilitar la información necesaria para la tramitación de las reclamaciones y de ser puntuales en el pago de las facturas.

Si no cree que hemos respetado todos los derechos descritos anteriormente y desea expresar cualquier inquietud al respecto, comuníquese con Relación con el Paciente al 580-y251-6897 o por escrito a Relación con el Paciente, 1407 Whisenant Drive, Duncan, OK 73533. La oficina de Relación con el Paciente ayudará a la persona, facilitará la Investigación de cualquier queja y responderá al paciente.

Programa de Ahorros Compartidos de Medicare Organizaciones Responsable de la Salud

Trabajando juntos para brindarle el mejor cuidado.

Duncan Regional Hospital/Jefferson County Hospital/Solutions Physician Practice Management

es parte de una Organización Responsable de la Salud (ACO). Nos hemos asociado con otros médicos, hospitales y proveedores de la salud para asegurarnos de que reciba el mejor cuidado.

Brindamos cuidado coordinado para que se recupere y se mantenga saludable

- ▶ Recibe cuidado centrado en el paciente y enfocado en SUS necesidades.
- ▶ Sus proveedores de la salud pueden ver los mismos resultados de pruebas, tratamientos y recetas.
- ▶ Una mayor coordinación ayuda a prevenir errores médicos e interacciones entre medicamentos.
- ▶ Puede ahorrarle tiempo, dinero y frustración al evitar pruebas y citas repetidas.
- ▶ Una mejor comunicación puede ayudarle a protegerse contra el fraude y el desperdicio de Medicare.

Es posible que tenga acceso a beneficios adicionales

- ▶ Podemos ofrecerle servicios de telesalud que permiten que su médico primario lo atienda sin una visita en persona, sin importar dónde viva.
- ▶ Pregúntele a su proveedor de la salud si es elegible para estos beneficios.

Aproveche al máximo su cuidado con nuestra comunicación y apoyo

- ▶ **Pregunte sobre cómo registrarse en nuestro portal en línea seguro.** Obtendrá acceso las 24 horas a su información de salud personal, incluidos los resultados de laboratorio y comunicación de su proveedor de cuidados médicos.
- ▶ Cuando elija un proveedor de la salud que participe en una ACO, le ayudarán a obtener el cuidado adecuado en el momento adecuado. Puede visitar Medicare.gov e iniciar sesión (o crear) su cuenta segura de Medicare para elegir un médico primario.
- ▶ Medicare protege la privacidad de su información de salud. Si no desea que Medicare comparta información con sus proveedores de la salud para la coordinación de su cuidado, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Medicare aún puede compartir información general para medir la calidad del proveedor. Para más información sobre cómo Medicare puede usar y divulgar su información, visite Medicare.gov y busque "privacidad".

¿Quiere más información?

Pregúntele a nuestra recepción o llámenos al office telephone. También puede visitar Medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Para informar una inquietud o queja relacionada con Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Obtenga más información sobre las Organización Responsable de la Salud aquí:



MEDICARE
SHARED SAVINGS
PROGRAM