¡Bienvenido!

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Información del Paciente **Fecha**_____

Section I:

Nombre:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ **State:**_____ Código Postal:_____ **Raza:** _____ **Sexo:** M F

Teléfono: Casa (_____) _____Trabajo (_____) _____Celular (_____) _____

La mejor hora para llamarlo es: _____ AM PM en mi: Hogar Trabajo Celular

Dirección de correo electrónico:_____

Marque la casilla correspondiente: Soltero Casado Viudo Separado Divorciado

Fecha de nacimiento:_____ Seguridad Social #:_____

Si estudiante, nombre de la escuela:_____ Ciudad / Estado:_____ ☐ FT ☐ PT

¿Cómo se enteró acerca de nosotros?_____ (Ejemplo: Sitio Web, Cine, Folleto, Hospital Amigo / Familiar, Facebook, Twitter, Periódico, Radio)

Persona de contacto en caso de emergencia:_____

Teléfono:_____ Relación con usted:_____

Section II

¿Está trabajando? Sí No Si es así, ¿dónde?_____

Duración del empleo:_____ ☐ FT ☐ PT ¿Tiene seguro de salud? ☐ Si ☐ No

¿Su empleador ofrece seguro de salud? ☐ Si ☐ No

Si es así, ¿qué compañía de seguros?_____

THE HEALTH HUT

DIVULGACIÓN DEL PACIENTE

Para calificar para los servicios de la cabaña de la Salud, los pacientes deben cumplir con las siguientes pautas. Al marcar la casilla de abajo usted está indicando que usted cumple con este requisito. Se requiere de reuniones cada requisito. Por favor complete y firme abajo.

- ☐ Soy residente de Lincoln Parish.
- ☐ Estoy entre las edades de 18 y 64.
- ☐ No tengo seguro de salud privado.
- ☐ Yo no soy elegible para cualquier programa de salud del gobierno (es decir, Medicaid, Medicare, Discapacidad Asistencia Médica).

ACUERDO DEL PACIENTE

Como paciente,
• Entiendo que es un privilegio ser visto por The Hut Salud.
• Entiendo que The Hut Salud está abierto sólo a veces limitados, así que tengo que llamar para hacer una cita.
• Entiendo que el personal de The Hut Salud sólo puede ver un cierto número de pacientes por clínica.
• Entiendo que si falto a mi cita y no llama para cancelar que tomé una ranura en la que otra persona podría haber recibido atención médica.
• Entiendo que The Hut Salud sólo puede servir a los pacientes elegibles.

Por lo tanto, como un paciente Acepto:
• Tratar a todo el personal de la Salud Hut y voluntarios con el mismo respeto y dignidad que espero recibir.
• Proporcionar un aviso de cancelación de 24 horas a (318) 513 a 1212 si no puedo asistir a mi cita programada.
• Notificar al personal de Salud Hut o voluntarios de cualquier cambio en mi estado de la dirección, la residencia o el seguro de salud.
• Notificar al personal de Salud Hut o voluntarios si estoy matriculado actualmente o elegible para patrocinado por el empleador seguro de salud.
• Notificar al personal de Salud Hut o voluntarios si estoy matriculado actualmente o elegible para Medicare / Medicaid o la cobertura de VA.

Al firmar a continuación Entiendo y estoy de acuerdo con las expectativas del paciente Salud Hut. Si no lo consigo para mantener estas expectativas, entiendo que mis privilegios que un paciente se pueden cambiar o cancelarse.

_____ _____

Firma del paciente Fecha

The Health Hut

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Al firmar abajo, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad, por lo que se han advertido de cómo se puede utilizar la información de salud acerca de mí y dado a conocer por The Hut Salud y cómo puedo obtener acceso y controlar esta información .

Entiendo que The Hut Salud va a usar y divulgar información médica acerca de mí en el curso de la prestación de atención médica a mí. Entiendo que mi información de salud puede incluir información tanto creada y recibida por The Hut Salud, puede ser en forma de palabras de registros electrónicos o escritos o hablados, y puede incluir información sobre mi historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de las pruebas , diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas e información relacionada con la salud similares.

Entiendo que The Hut Salud está permitido utilizar y divulgar mi información de salud con el fin de:
• Tomar decisiones y planear mi cuidado y tratamiento;
• Consulte o consultar y coordinar con otros proveedores de atención de la salud en el curso de mi tratamiento; y
• Lleve a cabo diversas funciones de oficina, administrativas y empresariales que apoyan la capacidad del Hut Salud de proporcionarme la atención adecuada.

Es la política de la choza de la Salud a divulgar información confidencial con el consentimiento firmado por el teléfono de su casa, un contestador automático, teléfono del trabajo, correo de voz y el teléfono celular. Cada vez que un contestador automático recoge, es nuestra política no dejar información confidencial si no hay un mensaje grabado que identifica la residencia. La información confidencial no se quedará con una persona no autorizada que pueda responder a su teléfono.

Cuando está bien dejar un mensaje acerca de su salud? (Por favor, marque todas las que apliquen.)
□ Nunca
□ En el correo de voz a casa / contestar Número máquina _____
□ El trabajo Número de correo de voz _____
□ El número de buzón de voz móvil _____

¿Quién está bien para hablar de su salud con?
□ Nadie
□ _____ Relación _____ Teléfono N º _____
□ _____ Relación _____ Teléfono N º _____

Imprimir Nombre del paciente: _____Fecha:_____

Firma del paciente o representante legal:

_____

Si es firmado por el representante legal, la relación con el paciente:

_____

Firma del THH Miembro del Personal:_____Fecha:_____

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- □ Individual refused to sign
- □ Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- □ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- □ Other (*Please specify*) _____

THE HEALTH HUT

Date_____

Pt ID#_____

Name_____ **Date of Birth**_____

Edad _____ **What pharmacy do you use?**

_____

Es usted alérgico a cualquier cosa ?

_____

Purpose of your visit today:

_____

_____

_____

_____

Por favor responda las siguientes preguntas con la mayor precisión posible. Si no entiendes la pregunta, por favor, pedir ayuda o deja en blanco hasta que hable con una enfermera.

Revisión de sistemas: ¿Tienes alguno de los siguientes?

Cambios de peso sí no hinchado nodos de linfa sí no sí rápido ritmo cardíaco no
Pies/tobillos hinchados no sí dolor de cabeza no la depresión, la ansiedad sí no
Sí las convulsiones no hay sangrado, hematoma no si quema sí micción no
Dolor abdominal si no dolor muscular articulación no sí dolor de espalda sí no
Erupciones en la piel no sí dolor en el pecho diarrea crónica no si no
Dolor de cuello no tos crónica sí no sí dolores de cabeza crónicos

Antecedentes médicos: ¿Ha tenido los siguientes?
Ataque cardíaco no sí cáncer ningún trastorno de la tiroides sí no
La presión arterial alta no sí colesterol alto asma no sí no
Latido irregular corazón no sí úlceras estomacales no Anemia si no
Diabetes no sí artritis no Tuberculosis si no
Carrera no sí Glaucoma no hay problema de válvula de corazón sí no
Enfermedad renal no sí la depresión, la ansiedad no sí Hepatitis B o C sí no
La coagulación problema sí no enfermedad cardíaca sí ninguna infección crónica sí no
Osteoporosis no sí ningún Lupus ar ningún rasgo de células falciformes sí no
No post menopausia sí EPOC si no insuficiencia cardiaca si no
Las migrañas no sí Prostatitis no sí SIDA / VIH sí no

Enumere otros problemas médicos o problemas a continuación.

_____

_____

_____

_____

¿Están viendo a otro médico por cualquier razón? Sí No
If yes please list name _____

- ¿Está sexualy activa? Sí No no
    - ¿Seleccionar uno? Múltiples Otra_____ cónyuge femenino masculino