

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Project HOME Healthcare Services (PHHS o Servicios de Salud de Project HOME) se esfuerza en dar servicios de salud extensiva y de orientación preventiva. Para facilitar mejores canales de comunicación, mejoramiento de relación entre paciente y proveedor y atender pacientes más eficientemente, PHHS presenta y publica visiblemente en todos sus sitios los siguientes derechos para los pacientes, clientes y sus familias.

### **Como paciente tengo derecho a:**

- Que mi dolor sea asesorado y atendido.
- Recibir información acerca de medicamentos incluyendo: ¿Para qué es? ¿Cuánto debo de tomar y por cuánto tiempo? ¿Qué efectos secundarios puede tener?
- Ser asignado un proveedor primario.
- Tener un miembro de mi familia o amigo que pueda hablar por mí y me ayude a lograr lo que necesito.
- Ser informado por qué es necesario hacerme un análisis o tratamiento y como esto me beneficiara.
- Ser informado sobre los resultados de un análisis.
- Recibir en lenguaje que yo entienda información adecuada de mi proveedor de salud, acerca de mi diagnosis y pertinente tratamiento. En caso que yo no quiera seguir el tratamiento, seré informado de las consecuencias médicas.
- En ciertas ocasiones otra facilidad puede tener servicios que PHHS no tiene. Yo puedo ser referido a esa facilidad después que me hayan dado toda la información necesaria.
- Tener consideración personal, respetable y razonable y que toda información de mi persona sea confidencial.
- Saber los nombres y títulos del proveedor de salud que me de tratamiento.
- Ser informado sobre las pólizas, procedimientos, honorarios y gastos de servicio de PHHS.
- Recibir una cita que sea conveniente para mí. No deberé tener que esperar mucho tiempo para una cita sin una explicación.
- Recibir una explicación de mi factura o cuenta.
- Ser oído si tengo alguna sugerencia o queja.
- Tener mi dignidad como paciente respetado.

Están bienvenidas todas las personas a recibir servicios en PHHS sin debido a la raza, religión o credo, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad, origen nacional o ancestro, ciudadanía, o estado de veterano.

### **Como paciente usted es responsable de:**

- Proveer información a mi proveedor acerca de enfermedades pasadas, hospitalizaciones, y medicamentos, incluyendo recetas, medicamentos sin receta, vitaminas, hierbas, u cualquier otra cosa relacionada a mi salud.
- Informar a mi proveedor acerca de cualquier alergia o reacción adversa que haya tenido con medicamentos.
- Informar a mi proveedor acerca de problemas presentes o pasados relacionados con mi salud, incluyendo pero no limitado a problemas de salud mental o problemas con el abuso de medicamentos para el dolor.
- Cooperar con todo el personal clínico y hacer preguntas si no entiendo algo.
- Ayudar a mi proveedor medico en sus esfuerzos para darme cuidado de salud, siguiendo sus instrucciones y ordenes médicas.
- Respetar la propiedad de otros y la propiedad de PHHS.
- Venir a las citas o informar PHHS lo más pronto posible si no puedo cumplir con las mismas.
- Dar la información necesaria para que PHHS colecte facturas de mi seguro médico y aceptar que yo tengo la responsabilidad de pagar por mi factura o cuenta. Si mi cuenta o factura esta incorrecta, PHHS corregirá la factura o cuenta. Se espera de mí que pague mi cuenta o factura cuando PHHS lo pida.
- Traer mi tarjeta de identificación de seguro médico, tarjeta corriente del Medicare o Medicaid o cualquier otra información necesaria, a cada visita que haga a PHHS.
- Informar al Centro cuando haya cambios de dirección, de miembros del hogar, o de mi estatus financiero.

Exigimos a que los pacientes apliquen para cualquier beneficio de salud a lo cual sean intitulado.

Project HOME/Stephen Klein Wellness Center es un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC). Este quiere decidir que Project HOME/Stephen Klein Wellness Center puede mandar los cuentas a los planes de seguro médico, y que también tiene algunos recursos más para ayudar a los que no tienen seguro médico.

Aquí hay algunas pólizas que la gente que no tengan seguro médico deberían saber:

- Los empleados del Stephen Klein Wellness Center pedirán a los pacientes que no tengan seguro médico que paguen una cuota.
- La cantidad de la cuota es determinada por el ingreso y el tamaño de la familia del paciente.
- La recepcionista que le ayude con la registración tendrá que saber su ingreso anual para determinar la cuota correcta.
- Para calificar para la escala de descuento, los pacientes deben llenar una aplicación para el escala de descuento y proveer documentación del ingreso de la familia.
- Pediremos que cumple una aplicación para la escala de descuento cada año.
- Muy Importante: Proveeremos los mismos servicios de alta calidad, aunque alguien no pueda pagar todo o ningún parte de su cuota en el día de su visita. No le rechazaremos por una falta habilidad de pagar.

Ademas que la aplicación de la escala de descuento, nuestros empleados pueden ayudar con los siguientes servicios financieras:

- Cumplir una aplicación para la Asistencia Médica por el departamento del bienestar público.
- Aplicar por un subsidio del gobierno por el Acto del Cuido Asequible (a.k.a. Obamacare or [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)).



**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE UTILIZARÁ Y DIVULGARÁ SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE LO IDENTIFICA. LÉALO CON ATENCIÓN.**

#### **A. NUESTRO COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD**

Project HOME se encarga de mantener la privacidad de su Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI). Al manejar nuestro negocio, crearemos registros sobre usted y sobre el tratamiento y el servicio que le prestamos. La ley nos exige mantener la confidencialidad de la información médica que lo identifica. También estamos legalmente obligados a suministrarle este Aviso de las Prácticas de Privacidad (el "Aviso") que utilizamos en Project HOME con respecto a la manera como podemos utilizar y divulgar su PHI. Según las leyes federales y estatales, debemos cumplir con los términos del Aviso vigente al momento.

Comprendemos que estas leyes son complicadas, pero debemos proporcionarle la siguiente información importante:

- Cómo podemos utilizar y divulgar su PHI.
- Sus derechos de privacidad con respecto a su PHI.
- Sus obligaciones con respecto al uso y divulgación de su PHI.

**Cambios a este Aviso.** Los términos de este Aviso aplican a todos los registros que incluyan su PHI y que sean creados o mantenidos por Project HOME. Nos reservamos el derecho a revisar o enmendar este Aviso. Cualquier revisión o enmienda a este Aviso aplicará a todos los registros sobre usted que Project HOME haya creado o mantenido en el pasado y lo que pueda crear o mantener en el futuro. Project HOME publicará una copia del Aviso actual en nuestras oficinas, en un sitio visible en todo momento; y usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso más actual en cualquier momento.

#### **B. A QUIÉN CONTACTAR PARA RECIBIR MÁS INFORMACIÓN:**

En caso de tener preguntas sobre este Aviso; o solicitudes o reclamos con respecto al uso permitido o requerido y la divulgación de su PHI por parte de Project HOME y sus derechos, debe contactar a:

Monica Medina McCurdy, Vice President, Healthcare Services and Privacy Officer, 1845 N. 23<sup>rd</sup> Street, Philadelphia, PA 19121, 215-235-3110 ext. 5614; o a

Psychiatric Rehabilitation Services, attn: Gillian Raskin, 1515 Fairmount Avenue, Philadelphia, PA 19130.

#### **C. PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE LO IDENTIFICA (PHI) DE LAS SIGUIENTES MANERAS**

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras como podemos utilizar y divulgar su PHI.

- 1. Tratamiento.** Muchas de las personas que trabajan en Project HOME, incluyendo, entre otros, nuestros médicos y enfermeros, pueden utilizar o divulgar su PHI para tratarlo o ayudar a otros en su tratamiento. Por ejemplo, podemos solicitarle pruebas de laboratorio (como pruebas de sangre u orina) y podemos utilizar los resultados para determinar un diagnóstico. También podemos utilizar su PHI para hacerle una prescripción o divulgarla a una farmacia para ordenarle una prescripción.
- 2. Pago.** Project HOME puede utilizar y divulgar su PHI para que nosotros u otros puedan facturar y recibir pagos de usted, una compañía de seguros o un tercero por el tratamiento o los servicios que ha recibido. Por ejemplo, nos podemos comunicar con su seguro médico para certificar que es elegible para beneficios (y para qué rango de beneficios), y le podemos dar a su aseguradora los detalles de su tratamiento para determinar si su seguro cubrirá o pagará por su tratamiento.
- 3. Operaciones de atención médica.** Project HOME puede utilizar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestro negocio. También puede utilizar su PHI para evaluar la calidad de la atención que recibió o realizar actividades de planificación de costos de gestión y comerciales para Project HOME. Podemos divulgar su PHI a otros proveedores y entidades médicas para ayudarlas en sus operaciones de atención.

## **AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**4. Recordatorios de citas.** Project HOME puede utilizar y divulgar su PHI para contactarlo y recordarle sobre una cita.

**5. Opciones de tratamiento.** Project HOME puede utilizar y divulgar su PHI para informarle sobre opciones o alternativas potenciales de tratamiento.

**6. Beneficios y servicios médicos.** Project HOME puede utilizar y divulgar su PHI para informarle sobre beneficios o servicios médicos que pueden interesarle.

**7. Divulgación de información a familiares y amigos.** Project HOME puede divulgar su PHI a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención o que ayude a cuidar de usted. Por ejemplo, un padre o tutor puede pedirle a una niñera que lleve al niño al consultorio del pediatra para el tratamiento de un resfriado. En este ejemplo, la niñera puede tener acceso a la información médica del niño.

**8. Divulgaciones requeridas por la ley.** Project HOME utilizará y divulgará su PHI cuando así lo exijan las leyes federales, estatales y locales.

#### **D. USO Y DIVULGACIÓN DE SU PHI EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES**

Las siguientes categorías describen escenarios particulares en los que podemos utilizar o divulgar la información médica que lo identifica:

**1. Socios comerciales.** Podemos compartir su PHI con ciertos socios comerciales que nos prestan servicios para que puedan realizar las tareas que les pedimos. Por ejemplo, podemos utilizar otra compañía para que realicen las tareas de facturación en nuestro nombre. Para proteger su PHI, le exigimos a los socios comerciales que resguarden adecuadamente su PHI.

**2. Riesgos para la salud pública.** Project HOME puede divulgar su Información Médica para actividades de salud pública. Generalmente, estas actividades incluyen la divulgación para prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad; informar sobre nacimientos y decesos; informar sobre el abuso o el abandono infantil; informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos; informar a las personas sobre el retiro de productos que pueden estar utilizando, una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición y a la autoridad gubernamental pertinente si consideramos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica.

**3. Actividades de supervisión médica.** Project HOME puede divulgar su PHI a una agencia de supervisión médica para que realice actividades autorizadas por la ley. Estas actividades pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, acreditación y acciones disciplinarias, procedimientos o acciones civiles, administrativas y judiciales u otras actividades necesarias para que el gobierno pueda supervisar los programas gubernamentales, cumplir con las leyes de derechos civiles y el sistema médico en general.

**4. Demandas y procedimientos similares.** Project HOME puede utilizar y divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, en caso de que participe en una demanda o procedimiento similar. También podemos divulgar su PHI en respuesta a una solicitud de exhibición de pruebas, citación o cualquier otro proceso legal de otra parte involucrada en la disputa; pero solo si hemos tratado de informarle sobre la solicitud u obtener una orden judicial o administrativa para proteger la PHI solicitada.

**5. Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su PHI si así lo solicita un funcionario de seguridad: (a) sobre una víctima de un crimen en ciertas situaciones en las que no podemos obtener su autorización; (b) sobre una muerte que consideramos ocurrió debido a una conducta criminal; (c) sobre conducta criminal en nuestras oficinas; (d) en respuesta a una garantía, orden de comparecencia, orden judicial, citación u otro proceso legal similar; (e) para identificar o ubicar a un sospechoso, testigo material, fugitivo o persona desaparecida y (f) en una emergencia, para informar sobre un crimen (incluyendo la ubicación o la(s) víctima(s) del crimen o la descripción, identidad o ubicación del criminal).

**6. Pacientes fallecidos.** Project HOME puede divulgar su PHI a un médico forense para identificar a un individuo fallecido o la causa de su muerte. De ser necesario, también podemos divulgar la información para que los directores de funerales puedan realizar sus trabajos.

**7. Donación de órganos y tejidos.** Project HOME puede divulgar su PHI a organizaciones que manejan la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, incluyendo los bancos de donaciones de

órganos, según sea necesario, para facilitar la donación o trasplante en caso de que usted sea donante.

**8. Amenazas graves a la salud o la seguridad.** Project HOME puede utilizar y divulgar su PHI cuando sea necesario para disminuir o evitar una amenaza grave a la salud o seguridad, de usted, otro individuo o el público. En estas circunstancias, solo divulgaremos la información a la persona u organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, Project HOME puede compartir su PHI (incluyendo detalles sobre el estado de su prueba del COVID-19, los resultados y sus síntomas) con el personal de nuestras residencias para que puedan implementar los protocolos para proteger la salud y la seguridad del personal y otros residentes.

**9. Fuerzas Armadas.** Project HOME puede divulgar su PHI si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. o extranjeras (incluyendo a los veteranos) si así no los piden las autoridades pertinentes.

**10. Seguridad Nacional.** Project HOME puede divulgar su PHI a funcionarios federales para realizar las actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales para proteger al Presidente, otros funcionarios o presidentes extranjeros o para realizar investigaciones.

**11. Reclusos.** Project HOME puede divulgar su PHI a prisiones o funcionarios de seguridad en caso de que usted sea un recluso o se encuentre bajo custodia de un funcionario de seguridad. Serán necesarias las divulgaciones para estos propósitos: (a) para que la institución pueda prestarle los servicios médicos, (b) para la seguridad y protección de la institución y (c) para proteger su salud y seguridad o la de otros individuos.

## E. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI

**12. Compensación de empleados.** Project HOME puede divulgar su PHI. Tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos con usted:

**1. Comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a pedirle a Project HOME que le informe los asuntos sobre su salud y otros asuntos relacionados de una manera particular o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedirle que lo contacte en su casa en vez de en el trabajo. Para solicitar una comunicación de tipo confidencial, debe enviar la solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad o a los Servicios de Rehabilitación Psiquiátrica a las direcciones que se indican al inicio de este Aviso, indicando el método de contacto que solicita o el lugar donde desea ser contactado. Project HOME se adaptará a las solicitudes **razonables**. No tiene que justificar su solicitud.

**2. Solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar la restricción de nuestro uso o divulgación de su PHI para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También puede solicitar que limitemos las divulgaciones de su PHI a solo ciertos individuos involucrados en su atención o el pago por su atención, tales como familiares y amigos. **No estamos obligados a aceptar su solicitud;** sin embargo, si lo hacemos, debemos cumplirla excepto en los casos donde se exija lo contrario ya sea por la ley, en casos de emergencia o cuando se necesite la información para que reciba tratamiento. Para solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de su PHI, debe enviar su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad o a los Servicios de Rehabilitación Psiquiátrica a las direcciones que se indican al inicio de este Aviso. Su solicitud debe describir de manera clara y concisa:

- (a) la información que desea restringir;
- (b) se solicita limitar el uso, la divulgación o ambos por parte de Project HOME y
- (c) con quién desea que apliquen las restricciones.

**3. Inspección y copias.** Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la PHI que se utilizará para tomar decisiones sobre usted, incluyendo los registros médicos y de facturación; excepto las notas de psicoterapia. Para inspeccionar o copiar la PHI sobre usted, debe enviar su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad o a los Servicios de Rehabilitación Psiquiátrica a las direcciones que se indican al inicio de este Aviso. Project HOME puede cobrar una tarifa por los costos de copiar, enviar por correo y los suministros asociados a su solicitud. Project HOME puede rechazar su solicitud de inspeccionar o copiar su PHI en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, usted puede solicitar una revisión de nuestro rechazo. Otro profesional médico autorizado, elegido por nosotros, realizará la revisión.

**4. Modificación.** Puede pedir que modifiquemos su información médica si considera que está incorrecta o incompleta y puede realizar este tipo de solicitud siempre y cuando la información esté siendo administrada por Project HOME. Para solicitar una modificación, debe enviar su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad o a los Servicios de Rehabilitación Psiquiátrica a las direcciones que se indican al inicio de este Aviso. Debe justificar

su solicitud de modificación. Project HOME rechazará su solicitud si no la envía por escrito (junto con las razones que la respaldan). También podemos rechazar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que consideramos: (a) precisa y completa; (b) que no forma parte de la PHI que mantiene la consulta; (c) que no forma parte de la PHI que estaría autorizado para inspeccionar y copiar y (d) que no ha sido elaborada por Project HOME, a menos que el individuo o la entidad que haya elaborado tal información no esté disponible para modificarla.

**5. Informe de divulgaciones.** Todos nuestros pacientes tienen derecho a solicitar una lista de ciertas divulgaciones no rutinarias que haya hecho Project HOME de su PHI. Esto incluye los usos o divulgaciones que no estén relacionados con su tratamiento, pago, operaciones de atención médica, las divulgaciones que se le hayan hecho directamente o para las que haya suministrado su autorización. Para obtener un informe de las divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad o a los Servicios de Rehabilitación Psiquiátrica a las direcciones que se indican al inicio de este Aviso. Todas las solicitudes de informe de divulgaciones deben indicar un periodo que no sea mayor a seis (6) años desde la fecha de la divulgación y que no incluya fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su primera solicitud anual es gratis; pero Project HOME puede cobrarle los informes adicionales que solicite dentro del mismo periodo de 12 meses. Project HOME le informará el costo de las solicitudes adicionales y puede retirar su solicitud antes de incurrir en ningún gasto.

**6. Derecho a una copia impresa de este Aviso.** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso incluso si ha acordado recibirlo de manera electrónica. Puede solicitarnos una copia de este Aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa de este Aviso, debe contactar al Funcionario de Privacidad o a los Servicios de Rehabilitación Psiquiátrica en las direcciones que se indican al inicio de este Aviso.

**7. Derecho a presentar una queja.** Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Project HOME o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante Project HOME, debe contactar al Funcionario de Privacidad o a los Servicios de Rehabilitación Psiquiátrica en las direcciones que se indican al inicio de este Aviso. Todas las quejas se deben enviar por escrito. **No lo penalizaremos por presentar una queja.**

**8. Derecho a autorizar otros usos y divulgaciones.** Project HOME obtendrá su autorización, por escrito, para los usos y divulgaciones que no se identifican en este Aviso o que permiten las leyes vigentes. Se necesita su autorización para cualquier uso o divulgación de la PHI en material publicitario para una venta que involucre un pago para Project HOME. Puede anular su autorización, por escrito, en cualquier momento. Después de anular su autorización, no podremos utilizar o divulgar más su PHI para los propósitos descritos dentro de la misma. Tome en cuenta que debemos mantener registros de su atención.

**9: Leyes estatales sobre la privacidad de cierta información médica.** Pennsylvania brinda protecciones especiales de privacidad para condiciones o enfermedades particularmente sensibles tales como el Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH) o SIDA y las relacionadas con salud mental y abuso de sustancias.

**VIH/SIDA** No divulgaremos ninguna información relacionada con el VIH, excepto en situaciones en las que hayamos recibido autorización escrita del individuo en cuestión para divulgar la información o en las que estemos legalmente autorizados u obligados a divulgarla.

**Salud mental:** No se divulgará, sin su autorización por escrito, ningún registro relacionado con el tratamiento involuntario de salud mental (de hospitalización o ambulatorio) ni con algún tratamiento voluntario de hospitalización. Cualquier divulgación relacionada con la salud mental se limitará a la información relevante necesaria para el propósito para el que se busca.

**Tratamiento contra el abuso de drogas o alcohol:** No divulgaremos ninguna información relacionada con el tratamiento contra el abuso de drogas o alcohol sin su autorización escrita. Incluso si contamos con su autorización por escrito, solo divulgaremos esta información en las siguientes circunstancias: (a) al personal médico, exclusivamente para los propósitos de tratamiento o diagnóstico; o (b) a funcionarios gubernamentales o de otro tipo, exclusivamente para que pueda obtener los beneficios que se le deben debido al abuso de drogas o alcohol.

Podemos divulgar información relacionada con el tratamiento contra el abuso de drogas o alcohol en las siguientes circunstancias: (a) en situaciones de emergencia médica en la que su vida esté en peligro inmediato y la información se divulgue únicamente para brindarle el tratamiento médico y (b) en respuesta a una orden judicial.

## F. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA.

Este Aviso estará vigente desde el 25 de septiembre de 2013.



## Consentimiento para el tratamiento y reconocimiento de las prácticas de privacidad

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación:

- Autorizo, por medio de este documento, recibir tratamientos y procedimientos de rutina que mis proveedores médicos, odontológicos y conductuales consideren que mejorarán mi salud. Los tratamientos y procedimiento de rutina incluyen, entre otros, hacer preguntas sobre mi salud e historia física y mental, discutir inquietudes y problemas, la evaluación física, la prescripción de medicina y la administración de tratamientos. Comprendo que mis proveedores trabajarán conmigo para hacer un diagnóstico y tratar mis problemas de salud. **Tengo derecho a rechazar el tratamiento en cualquier momento.** (Encontrará más información sobre sus derechos y responsabilidades en la Declaración de Derechos del Paciente)
- Autorizo el intercambio de información médica de prescripción a través de e-prescription para continuar con la atención.
- Reconozco que he recibido el Aviso de las prácticas de privacidad de Project HOME
- Entiendo que soy responsable financieramente de pagar todos los costos de mi tratamiento incluso si no están cubiertos por los beneficios de mi seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/cliente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO

*Incapacidad de obtener el reconocimiento:*

A completar solo si no se obtiene la firma. En caso de que no sea posible obtener el reconocimiento del individuo, describa las razones por las que no pudo ser obtenido.

- El individuo se negó a firmar.
- Obstáculos de comunicación impidieron obtener el reconocimiento.
- Una situación de emergencia no nos permitió obtener el reconocimiento.
- Otro (especifique):

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de Project HOME

\_\_\_\_\_  
Fecha







**Nombre del Paciente :** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre mes día año

**¿Tiene dolor de dientes o boca ahora?** Sí  No  Por favor explique: \_\_\_\_\_

**Nombre de su Médico :** \_\_\_\_\_ **Fecha de su última cita :** \_\_\_\_\_

**Historial De Salud: ¿Tiene, o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?**

Condición	Fecha de diagnóstico	Condición	Fecha de diagnóstico	Condición	Fecha de diagnóstico
<input type="checkbox"/> Presión alta	_____	<input type="checkbox"/> Reflujo ácido	_____	<input type="checkbox"/> Estrés postraumático	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Nefropatía	_____	<input type="checkbox"/> Depresión	_____
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	_____	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	_____	<input type="checkbox"/> Ansiedad	_____
<input type="checkbox"/> Asma	_____	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	_____	<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	_____
<input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC	_____	<input type="checkbox"/> Neumonía	_____	<input type="checkbox"/> Trastorno esquizoafectivo	_____
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____	<input type="checkbox"/> Cáncer : Tipo _____	_____	<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca/ Cirugía	_____	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	_____	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	_____
<input type="checkbox"/> Válvula cardíaca protésica	_____	<input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación	_____	<input type="checkbox"/> Autismo	_____
<input type="checkbox"/> Reparación de válvulas cardíacas	_____	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	_____	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	_____
<input type="checkbox"/> Regurgitación de válvula cardíaca	_____	<input type="checkbox"/> Anemia	_____	<input type="checkbox"/> Espina bífida	_____
<input type="checkbox"/> Defecto cardíaco no reparado	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes / Rasgo	_____	<input type="checkbox"/> Síndrome alcohólico fetal	_____
<input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis A o B o C	_____	<input type="checkbox"/> Pérdida de audición o sordera	_____
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	_____	<input type="checkbox"/> Artroplastia Protésica	_____	<input type="checkbox"/> Ceguera	_____
<input type="checkbox"/> Convulsiones / Epilepsia	_____	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática	_____	Otros: _____	_____
				Otros: _____	_____

**Si es pertinente:** ¿Estas o podrías estar embarazada? Sí  No  Fecha debida del embarazo: \_\_\_\_\_  
 ¿Estas lactando a un bebe? Sí  No  ¿Estas tomando pastillas anticonceptivas? Sí  No

**Frecuencia del uso de Tabaco :**  Nunca  Anteriormente: Fecha cuando dejó \_\_\_\_\_  Fumo: cartones/día \_\_\_\_ # años \_\_\_\_

**Uso de alcohol :**  No  Sí # bebidas/semana \_\_\_\_\_

**Uso de drogas recreativas:**  No  Sí Tipo: \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** Apunte medicaciones de prescripción y sin prescripción, contraceptivo, vitaminas, remedio de la casa, hierbas, etc. O adjuntar una lista de medicaciones

Nombre y dosis de medicamentos	¿Cuántas veces al día?	Razón para tomar medicamentos
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**¿Toma algún analgésico narcótico para el dolor?** Sí  No

**¿Toma algún "anticoagulante" o medicamento para prevenir o tratar los coágulos de sangre?** Sí  No

**¿Alguna vez ha tomado bifosfonatos orales o intravenosos para prevenir la osteoporosis/pérdida ósea o como parte del tratamiento del cáncer?** (Ex: Fosamax, Actonel, Boniva, Aredia, Zometa, Bonefos) Sí  No

**Hospitalizaciones/Emergencias:** (Apunte las fechas en este espacio)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Alergias:** (por favor enumere cualquier alergia a medicamentos y alimentos)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma del paciente/padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Revisado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_