


Fecha: _____

Nombre Legal	Apellido del Paciente	Nombre del Paciente	Iniciales del Segundo Nombre	<i>Apellido Anterior Utilizado</i>
Sexo Legal:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha Nacimiento	Mes Dia Año / /	# Seguro Social
<i>Tenga en cuenta que el nombre y el sexo que aparece en su aseguradora deben ser usados en documentos tales como su aseguradora, cuentas de pago y correspondencia. Sus respuestas nos ayudara a comunicarnos con usted de una manera rapida y discreta para informacion importante</i>				
# Telefono de la Casa ()	# Telefono del Celular ()	# Telefono del Trabajo ()	Mejor numero para usar: () Casa () Celular () Trabajo	
Direccion del Paciente		Ciudad	Estado	Codigo Postal
Direccion para cobros (si es diferente a la anterior)		Ciudad	Estado	Codigo Postal
Correo Electronico			<input type="checkbox"/> Do not have email address <input type="checkbox"/> Prefer not to share email address	
Nombre del responsable		Telefono	Relacion con el Paciente	
Direccion del resp		Ciudad	Estado	Codigo Postal
Nombre del contacto para emergencias		Telefono	Relacion con el Paciente	

1) Cual categoria describe sus actuales Ingresos Anuales? <input type="checkbox"/> < \$15,000 <input type="checkbox"/> \$15,001-\$25,000 <input type="checkbox"/> \$25,001-\$35,000 <input type="checkbox"/> \$35,001-\$50,000 <input type="checkbox"/> > \$50,000	5) Estado Marital <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Compañero(a)	9) Grupo Racial(es) <input type="checkbox"/> Negro/Afro americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/ Otro <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro Asiatico <input type="checkbox"/> Guamen o Chamorra <input type="checkbox"/> Samoano	11) Piensa que usted es: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiano(a) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Orto (Queer, Asexual, Pansexual) <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Decide no Anotar
2) Numero Familiar: _____ Numero total de los miembros de la familia que vivan en la misma casa	6) Alguna vaz ha servido en el ejercito, las fuerzas armadas o los servicios uniformados de los US? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	10) Origen Etnico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Latina <input type="checkbox"/> Mexicana / Americana Mexicana / Chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueno <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Orto Hispano /Latino origin <input type="checkbox"/> No Latino/Latina	12) Con cual sexo se identifica usted? <input type="checkbox"/> Maculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Decide no anotar <input type="checkbox"/> Transexual Masculino <input type="checkbox"/> Transexual Femenino <input type="checkbox"/> Otro: _____
3) Lenguaje(s) <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Other: _____	7) Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado (a) <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Retirado (a)		
4) Require servicio de traduccion? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	8) Estado de Estudios: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> No es Estudiante		
			Porfavor voltee la hoja 

Fecha: _____

13) Como escucho de nosotros: <input type="checkbox"/> Amigo/Familia <input type="checkbox"/> Otra Oficina Medica <input type="checkbox"/> Compañia Aseguradora <input type="checkbox"/> Tarjeta Postal/Correo <input type="checkbox"/> Hospital/Emergencia <input type="checkbox"/> Anuncio en Internet <input type="checkbox"/> Periodico "Capital" <input type="checkbox"/> Periodico "Bay Weekly" <input type="checkbox"/> Revista "Chesapeake Family" Otro: _____	14) Trabajador Temporal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 15) Trabajador Migrante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	16) Sin Hogar desde Enero de este año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 17) Reside en vivienda publica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
---	--	---	--

Porfavor indique debajo si usted tiene una farmacia preferida donde le podamos enviar sus recetas medicas:

Farmacia Preferida:	Ciudad
----------------------------	---------------

Pago/Informacion de la Aseguradora

POR FAVOR ENTREGUE SU TARJETA DE SU ASEGURADORA AL TIEMPO DE SU CITA. La lista de aseguradoras que nosotros aceptamos esta disponible en nuestro sitio web. Nuestro personal de registro tambien puede ayudarle.

METODO DE PAGO (METHOD OF PAYMENT)

Yo comprendo y acepto que el pago es hecho al momento dado del servicio prestado. Esto incluye todos los pre-pagos y las responsabilidades de la tarjeta medica. La Variación de esta política puede ser establecida por nuestro departamento de contabilidad, con cita previa de atención. Nosotros aceptamos dinero en efectivo, cheques, ordenes de dinero, tarjetas de crédito visa, master Card, American Express y Discover.

AUTORIZACION, ASIGNACIONES Y PAGOS DE SERVICIOS DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA (INSURANCE AUTHORIZATION, ASSIGNMENT AND PAYMENT OF SERVICES)

Solicito que los pagos de beneficios autorizados por Medicare/otra compañía aseguradora sean hechos a mi nombre o a nombre de Bay Community Health por cualquier servicio que me hayan prestado con mi compañía aseguradora quien acepta las asignaciones clínicas del Proveedor Medico. Reglamentos pertinentes a asignaciones de beneficios de Medicare se aplican. Yo autorizo cualquier poseedor de mi historia médica o otro tipo de información para ser dada a conocer con el fin de procesar el pago de dichos servicios. Yo comprendo que es obligatorio que el proveedor medico de a conocer de mi salud a otra aseguradora quien puede ser responsable del pago de mis tratamientos. También comprendo que es mi responsabilidad tener conocimiento de los beneficios y requerimientos de mi aseguradora medica. Yo comprendo que basado en la póliza de mi aseguradora medica, posiblemente hayan servicios que el proveedor medico de la clínica de OPC puede considerar necesarios y que posiblemente mi aseguradora medica no los cubra, y yo debería ser el responsable del pago de dichos servicios. Yo comprendo y reconozco que el pago es hecho al tiempo del servicio prestado. Esto incluye pre-pagos, responsabilidad del paciente en los porcentajes de cargos en la visita a la clínica y cualquier cargo previsto anteriormente. Cualquier variación de esta política médica puede ser pre-ordenada a través del departamento de contabilidad con prioridad de ser visto

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTOS (AUTHORIZATION TO TREAT)

Permiso es dado por la presente al proveedor medico de Bay Community Health (BCH), para administrar dichos diagnósticos, operatorias o procesos de tratamientos arriba mencionados que se considere necesarios. Esto incluye el acceso a la información de una base de datos de farmacia en línea acerca de los medicamentos que yo esté tomando con el fin de continuar con el tratamiento.

ACEPTACION DEL RECIBO DE NOTICIA PRIVADA (ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF PRIVACY NOTICE)

Yo he recibido una copia de Noticia de Privacidad de Políticas del Proveedor Medico, detallando como mi información será usada y divulgada según lo permitido bajo las leyes federales y estatales

DIRECTIVA AVANZADA (ADVANCE DIRECTIVE)

Yo acepto recibir el folleto/formulario de Directivas Avanzadas "Advance Directives". Esta información me fue dada como parte de documento para Paciente Nuevo. Yo he leído totalmente el folleto y decidí escoger el uso de Advance Directives y completare el formulario y lo devolveré firmado a OPC para mis registros médicos

Por favor firme la aceptación de los acuerdos arriba divulgados:

X _____

Fecha: _____

Fecha: _____



Nombre del
Paciente _____

Fecha: _____

Nombre del Medico Primario:	
Numero de contacto del Medico Primario:	
Nombre del Psiquiatra (si lo tiene):	
Educacion:	
Situacion de Vida Actual:	
Trabajo (Empleo, Voluntario)	

¿Cuál es el motivo de la cita para hoy?

El Estado del Cigarrillo (u otras formas de Nicotina)

Usted fuma?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si afirmo,		
Cuando empecé a fumar?		
Cuántos fumas diario?		
Fumo cigarrillos anteriormente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si afirmo,		
Cuántos años fumaste?		
Cuando dejaste de fumar??		

Uso/Abuso de Sustancias Personales

Alcohol	
Recetas Meds	
Marijuana	
Heroína	

Crack	
Cocaina	
Otro	

Antecedentes Familiares de Salud Mental y Abuso de Sustancias

¿Hay antecedentes familiares biológicos (Parientes del paciente como: mama, papa, hermanos, primos, tías, tíos, abuelos) con problemas de salud mental o problemas de abuso de sustancias?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si afirmo,		
Por favor explique:		

Salud Mental Personal

Alguna vez ha tenido problemas de salud mental? (Como depression, ansiedad, etc.)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si afirmo,		
Por favor explique:		

¿Ha tenido pensamientos de suicidio?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez a intentado suicidarse?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha tenido pensamientos Homicidas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cualquier historial de encarcelamiento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Historia Psiquiátrica

¿Ha recibido algún tratamiento previo de Salud Mental ambulatorio?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si afirmo,		
Por favor explique:		

Continuacion de la explicacion:

¿Ha recibido anteriormente algún tratamiento de salud para pacientes hospitalizados?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si afirmo,		
Por favor explique:		

Por favor escriba todos los medicamentos Psiquiatricos actuales que le han recetado			
Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Recetado Por



Bay Community Health

Aviso de Privacidad Reconocimiento de Prácticas

Fecha de vigencia : 1 Enero 2013

Se me ha proporcionado una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad efectivas a partir de la fecha arriba indicada.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha



BAY COMMUNITY HEALTH
Notice of Privacy Practices
Effective Date: January 1, 2013

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y revelada y como usted puede obtener esta información.

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

Nuestro compromiso con usted acerca de cómo proteger su información de salud Nosotros, en Bay Community Health (BCH) entendemos que la información sobre su salud y su cuidado de la salud es personal. Estamos comprometidos con la protección de esta información privada acerca de usted. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe de nosotros. Necesitamos este registro para proporcionarle una atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por esta práctica de atención médica, ya sea por su médico o profesional de la salud personal o de otras personas que trabajan en esta oficina. Este aviso le informará sobre las maneras en que podemos usar y divulgar información sobre su salud. También describimos sus derechos a la información médica que mantenemos sobre usted, y ciertas obligaciones que tenemos que utilizar o divulgar la misma. La Ley nos obliga a:

- Asegurarnos de que la información médica que lo identifique se mantiene en privado ;
- Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y de privacidad con respecto a su información médica ; y
- Cumplir con los términos de este aviso actualmente vigente

Cómo podemos utilizar y divulgar información sobre su salud Para Tratamiento, Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios de cuidado de la salud. Podemos revelar información sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que están involucrados en su cuidado. Ellos pueden trabajar en nuestra oficina, en el hospital si está hospitalizado bajo nuestra supervisión, o en otro, oficina medica, laboratorio, farmacia u otro proveedor de cuidados de la salud a los que usted puede referirse a consulta, para tomar rayos x, para llevar a cabo pruebas de laboratorio, para surtir sus recetas, u otras razones. La información es necesaria por estos profesionales con el fin de saber qué tratamientos usted necesitará. Se registrarán las medidas adoptadas en el curso de su tratamiento y observar cómo responde. En el caso de un desastre, también podemos revelar información sobre su salud a otra organización que presta asistencia en caso de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación. Las comunicaciones con la familia, usando nuestro mejor juicio, podemos revelar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que usted identifique, información de salud de usted relacionada con la participación de esa persona en la que se involucrara en su estado si usted no se opone, o en el caso de una emergencia. Citas, Podemos usar su información para proporcionar recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Para el Pago, Podemos utilizar y divulgar su información de salud a terceros a los fines de recibir pago por el tratamiento y servicios que recibe. Por ejemplo, una factura puede ser enviada a usted o a un tercer pagador, como una compañía de seguros o plan de salud. La factura puede contener información que identifica, su diagnóstico y tratamiento o suministros que ha recibido en el curso de la atención. Para operaciones de atención médica, Podemos usar y divulgar información sobre su salud para fines operativos. Por ejemplo, su información puede ser revelada a miembros del personal médico, el personal de riesgo o el personal de la mejora de calidad y otros a:

- Evaluar el desempeño de nuestro personal ;



BAY COMMUNITY HEALTH
Notice of Privacy Practices
Effective Date: January 1, 2013

- Evaluar la calidad de la atención y los resultados en su caso y casos similares ;
- Aprender cómo mejorar nuestras instalaciones y servicios ; y
- Determinar cómo mejorar continuamente la calidad y efectividad del cuidado de la salud que proporcionamos.

Los intercambios de información de salud Podemos participar en diversos intercambios de información sanitaria para facilitar el intercambio seguro de información sobre su salud electrónica entre dos o varios proveedores de servicios médicos u otras entidades de salud para su tratamiento , pago, u otros propósitos de operaciones de cuidado de la salud . Hemos elegido para participar en el Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros pacientes , Inc. (CRISP) , un intercambio de información de salud en todo el estado . A medida que lo permita la ley , su información de salud será compartida con este intercambio con el fin de proporcionar un acceso más rápido , una mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública en la toma de decisiones más informadas . Usted debe “optar por no” y evitar la búsqueda de su información médica disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completar y enviar un formulario de “optar por no” a CRISP por correo, fax o a través de su sitio web en www.crisphealth.org

Actividades de supervisión del cuidado de la salud We may disclose health information to a health oversight agency for activities authorized by law. These activities include, for example, audits, investigations, inspections, and licensure. They are necessary for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws. ***As Required by Law*** We may use and disclose information about you as required by law. For example, we may disclose information for the following purposes:

- Para procedimientos judiciales y administrativos ;
- Para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en sus funciones , y
- Para reportar información relacionada con las víctimas de abuso , negligencia o violencia doméstica . Solamente haremos esta revelación si usted está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley .

Para evitar una amenaza seria a la salud y seguridad Podemos usar o divulgar información sobre su salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o del público . Cualquier revelación , sin embargo, sólo se puede hacer a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza . Para la Salud Pública Podemos usar o divulgar su información de salud para actividades de salud pública . Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente :

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Para reportar nacimientos y muertes ;
- Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Para notificar a personas sobre el retiro de productos que puedan estar usando , y
- Para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer la enfermedad o condición .



BAY COMMUNITY HEALTH
Notice of Privacy Practices
Effective Date: January 1, 2013

Militar o veteranos Si usted es un miembro de las fuerzas armadas o separado / descargado del servicio militar, podemos revelar información sobre su salud según lo requieran las autoridades militares o el Departamento de Asuntos de Veteranos. También podemos revelar información médica sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas. Compensación de trabajadores, Podemos revelar su información de salud para la compensación de trabajadores o programas similares que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Médicos forenses, examinadores de salud y directores de funerarias: Podemos revelar información médica a un médico forense o examinador de salud. Por ejemplo, esto puede ser necesario para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información médica sobre pacientes a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones. Presos, Si usted es un preso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar información sobre su salud a la institución correccional o al funcionario policial. Este comunicado puede ser necesario para que la institución le proporcione la atención de la salud, para proteger su salud y seguridad o la de otras personas, o para la protección y la seguridad de la institución correccional. Funciones gubernamentales, Podemos revelar información médica a las funciones especializadas del gobierno tales como la protección de los funcionarios públicos (Presidente de los Estados Unidos y otros), o informar a las distintas ramas de las fuerzas armadas, autorizados oficiales federales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizado por la ley. Demandas y disputas, Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos revelar información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar su información de salud en respuesta a una citación, petición de descubrimiento, u otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la petición o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Sus Derechos de Información de Salud Los registros de salud y de facturación que mantenemos son propiedad física de Bay Community Health. La información contenida en ellos, sin embargo, pertenece a usted. Usted tiene derecho a: Inspeccionar y Copiar, Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que pueda ser usada para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye registros de salud y facturación. Esto no incluye las notas de psicoterapia. Para inspeccionar y / o copiar información de salud debe solicitar por escrito utilizando el formulario que proporcionaremos a su solicitud. copias de registros médicos pueden ser tratados por una empresa independiente, y una tarifa por esta empresa o por Bay Community Health, es a cuenta del paciente. La tarifa varía en función de los registros y detalles de la solicitud médicos del individuo, y la solicitud será procesada dentro de 2 a 3 semanas de la fecha de la solicitud. Podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud en circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a su información médica, usted puede solicitar una revisión de la negación. La persona que realice la revisión no puede ser la misma que negó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de esta revisión. Derecho a enmendar, si usted siente que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta; usted nos puede pedir que corrijamos la información. Para solicitar una enmienda que necesita para enviar su solicitud por escrito, en una página de papel, de manera legible a mano o máquina a Bay Community Health, Oficial de HIPAA, 134 Owensville Road, West River, MD 20778. Además, debe proporcionar la razón de querer modificar la información. Podemos negar su solicitud de



BAY COMMUNITY HEALTH
Notice of Privacy Practices
Effective Date: January 1, 2013

enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. Además, podemos negar su solicitud si nos pide que corrijamos información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda ;
- No es parte de la información de salud que se le permitiría inspeccionar y copiar ; o
- Es correcta y completa .

Any amendment we make to your health information will be disclosed to those with whom we share information as previously described. ***Right to an Accounting of Disclosures*** You have the right to request a list of accounting for any disclosures of your health information we have made, except for uses and disclosures for treatment, payment, or health care operations, as previously described. To request a list of disclosures, you must submit your request in writing to Owensville Primary Care, HIPAA Officer, 134 Owensville Road, West River, MD 20778. Your request must state a time frame that may be no longer than six (6) years and may not include dates prior to April 13, 2003. The first list you request within a twelve-month period will be free. For additional lists, we will charge you the cost of providing the list. We will notify you of the cost involved and you may choose to modify or withdraw your request at that time and before the costs are incurred. We will mail you a list of disclosures in paper form within 30 days of your request, or notify you if we are unable to supply the list within that time period and the date by which we can supply the list, but this date will not exceed a total of 60 days from the date you made the request. ***Right to Request Restrictions*** You have the right to request a restriction of limitation on the health information we use or disclose about you for treatment, payment, or health care operations. You also have the right to request a limit on the health information we disclose about you to someone who is involved in your care or the payment of your care, such as a family member or friend. ***We are not required to agree to your request for restrictions if we are not able to ensure our compliance or if we believe it will negatively impact the care we may provide you.*** If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment. To request a restriction, you must make your request in writing to Bay Community Health, HIPAA Officer, 134 Owensville Road, West River, MD 20778. In your request, you must tell us what information you want to limit and to whom you want the limits to apply. ***Right to Request Confidential Communications*** You have the right to request that we communicate with you about health matters in a certain way or at a certain location. For example; you can ask that we only contact you at work or by mail to a post office box. To request confidential communications, you must make your request in writing to Bay Community Health, HIPAA Officer, 134 Owensville Road, West River, MD 20778. We will not ask you the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. Your request must tell us how or where you wish to be contacted. ***Right to a Paper Copy of this Notice*** You have the right to obtain a paper copy of this notice at any time. To obtain a copy, please request it from Bay Community Health, HIPAA Officer, 134 Owensville Road, West River, MD 20778.

Cambios a este aviso We reserve the right to change this notice. We reserve the right to make revised or changed notice effective for health information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the current notice in our facility. The notice will contain the effective date on the first page.



BAY COMMUNITY HEALTH
Notice of Privacy Practices
Effective Date: January 1, 2013

Las quejas Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nosotros o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos . Para presentar una queja con nosotros , póngase en contacto con Bay Community Health, Oficial de HIPAA , 134 Owensville Road, West River , MD 20778. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito . Usted no será penalizado por presentar una queja.

Acuse de recibo de este Aviso Vamos a pedir que firme un formulario separado o aviso reconocer que usted ha recibido una copia de este aviso. Si lo desea, o no está en condiciones de firmar , un miembro del personal firmará su nombre y la fecha en el formulario de confirmación. Este reconocimiento será archivada en sus registros .

Bay Community Health respeta sinceramente sus derechos de privacidad , y hará todos los esfuerzos razonables para proteger su información médica. Es importante que lea atentamente este aviso , y si usted tiene preguntas o inquietudes acerca de este aviso , por favor, póngase en contacto con :

**Bay Community Health
Atención : Oficial de HIPAA
134 Owensville carretera
West River MD 20778
410-867-4700**



Bay Community Health

Aviso de Privacidad Reconocimiento de Prácticas

Fecha de vigencia : 1 Enero 2013

Se me ha proporcionado una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad efectivas a partir de la fecha arriba indicada.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha



Bay Community Health
134 Owensville Road
West River MD 20778
Telefono: 410 867-4700 / Fax: 410 867-4934

**Nombre del
Paciente** _____

**Fecha de
Nacimiento:** _____

Numero de Telefono del Paciente para ser contactado: _____

Por favor, indique a otras personas con quienes podemos contactar en su nombre e indique su relación con usted :

Nombre	Relacion con el Paciente	Telefono #	Tipo de Telefono
			C T C
			C T C
			C T C
			C T C
			C T C

**Comentarios adicionales del
paciente:** _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre Legible: _____

BHC Employee Initials: _____

Autorizacion para la Divulgacion de Registros Medicos

Bay Community Health
134 Owensville Road
West River, Md. 20778
(T) 410-867-4700 (F) 410-867-4934

Yo autorizo la siguiente information de salud a ser divulgada y protegida para los registros medicos de:

Apellido (Last Name)	Nombre (First Name)	Fecha de Hoy (Date)
Fecha de Nacimiento (DOB)	Correo Electronico (Email)	Telefono (Phone Number)
Envio de registros <input type="checkbox"/> De <input type="checkbox"/> Para	Bay Community Health 134 Owensville Road West River, Md. 20778 (T) 410-867-4700 (F) 410-867-4934	Envio de Registros <input type="checkbox"/> De <input type="checkbox"/> Para
		Nombre/Organizacion
		Direccion
		Ciudad/Estado/Codigo Postal
		Telefono Fax

- ☐ Porfavor envie registros ☐ Porfavor llamar cuando los registros esten listos a recoger ☐ Porfavor Fax registros
☐ Otro: _____

Entiendo que en la medida en que cualquier destinatario de esta información, como se identifica anteriormente, no es una "entidad cubierta" bajo la ley federal o por la Ley Privada de Maryland, la informacion puede no estar protegida por la ley federal o por la Leyes Privadas de Maryland, una vez que se da a conocer al destinatario y, por lo tanto, podrá ser sometido a una nueva divulgación por parte del destinatario.

PARA DAR A CONOCER	Fecha	PARA DAR A CONOCER	Fecha
<input checked="" type="checkbox"/> Resumen de la tabla		<input checked="" type="checkbox"/> Vacunas	
<input checked="" type="checkbox"/> Visita Medica	Última visita y PE completo	<input checked="" type="checkbox"/> Reportes de Radiologia	últimos 5 años
<input checked="" type="checkbox"/> GYN visita	Urgent care	<input type="checkbox"/> Informes de consultoría	
<input type="checkbox"/> Visitas a Cuidado Urgente		<input type="checkbox"/> Hx psiquiatrico completo	
<input checked="" type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorio	1 año pasado	<input checked="" type="checkbox"/> Otro	

→ Nota: Si las fechas de los documentos para ser conocidos o los de Proveedores Medicos no se indican, todos los registros de la categoría marcada serán dados a conocer.

Indique el PROPOSITO de esta divulgacion: _____

I understand that the information in my health record may include information relation to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and treatment for alcohol and drug abuse.

I understand I have the right to revoke this authorization I must do so in writing and in response to this authorization. Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event or condition _____.

If I fail to specify and expiration date, event or condition, this authorization will expire in six months of dated signature. I understand that authorizing the disclosure of this phi is voluntary. I need not sign this for in order to assure treatment. I understand I may inspect or copy the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand by federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact BCH Privacy Officer.

I understand that I may incur a charge for the copying or inspection of patient records. A minimum clerical fee of \$_____ and per page fee of \$_____.

Signature of Patient or Patient Representative	Printed Name/Relationship of Patient Representative	Date
--	---	------

If documents are being picked up at BCH, from someone other than the patient. This authorization form must indicate this accordingly

Signature of person picking up documents	Printed Name/Relationship	Date
--	---------------------------	------

BAY COMMUNITY HEALTH

Proyecto de ley de los derechos y Responsabilidades del Paciente

Bay Community Health se compromete a proporcionar atención médica de calidad. Un paciente bien informado que participa en las decisiones de tratamiento y se comunica abiertamente con sus profesionales de la salud, es un paciente que en última instancia será de gran beneficio en su constante cuidado de la salud.

Usted tiene el derecho ...

- A ser considerada y respetada con su primera llamada telefónica a través de su visita a la oficina, y la atención de seguimiento.
- A conocer los nombres y la situación profesional de las personas que le prestan el servicio.
- A la privacidad / confidencialidad con respecto a su propio programa de atención de salud y registros médicos..
- A participar en la elección de una forma de tratamiento.
- A aceptar o rechazar cualquier cuidado o tratamiento.
- A examinar y recibir una explicación de todos los cargos.
- A recibir información completa y el asesoramiento o la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su atención médica.
- A la atención oportuna para cualquier pregunta, queja o problema con respecto a los servicios y / o procedimientos de OPC

Usted tiene la responsabilidad ...

- De ser honesto acerca de su Historia Médica.
- De seguir las instrucciones de los asesoramientos de salud.
- De reportar cualquier cambio significativo en los síntomas o la falta de mejoría.
- De mantener y disponer de una lista de medicamentos detallados y actualizados.
- De proporcionar tiempo suficiente para hacer "seguimiento" y "citas anuales" para asegurar la disponibilidad de citas.
- De cumplir con las citas o proporcionar 48 horas de anticipación para la cancelación..
- De asegurarse de obtener las formulas medicas en el momento de su visita al consultorio. Si hizo una llamada para una remision de su formula medica, espere un mínimo de 48 horas de aviso.
- De permitir 3-5 días laborables para las remisiones especiales.
- De permitir 5-7 días laborables para terminaciones de formularios. Los formularios deben ser completados / firmado por el paciente; algunos formularios requerirán una cita y algunos formularios pueden incurrir costos a cargo del paciente.
- De tener conocimiento y estar bien informado acerca de su cobertura de seguro de salud, especialmente en lo que respecta a:
 1. Formulas Medicas/ Formularios de Medicamentos
 2. Proveedores de laboratorio preferidos.
 3. Proveedores en Especialidades del Cuidado, las políticas y procedimientos
 4. Servicios medicos no cubiertos.
- De apagar sus celulares mientras esta en las instalaciones del servicio medico.
- De ser respetuoso con los otros pacientes, visitantes y personal de trabajo.



Bay Community Health

Bay Community Health da la bienvenida a usted y su familia, y nosotros apreciamos la oportunidad de ofrecer sus servicios de atención de salud. Por favor lea la siguiente información que se proporciona para ayudar a satisfacer sus necesidades y responder a preguntas sobre nuestra práctica.

Horas de Oficina

Visite nuestro sitio web (www.baycommunityhealth.org) para ver nuestro horario de atención por ubicación.

La Programación De Citas

- Pacientes establecidos por favor llegue 15 minutos antes de la hora programada.
- Nuevos pacientes por favor llegue 30 minutos antes de la hora de la cita.
- Visitas por enfermedad son programados para el mismo día o dentro de las 48 horas de solicitud de cita.
- Citas para el mismo día y entrar sin cita previa, se otorgan en base a la disponibilidad.
- El seguimiento de las visitas al consultorio están programadas a la salida.
- Exámenes físicos / examen de la mujer se programan dentro de 2 a 6 semanas de solicitud de cita.
- Nuestros médicos pueden ocasionalmente estar atrasados, y su visita se puede retrasar. Nuestro personal tratará en informarle si esto ocurre.
- **Cancelaciones:** Se solicita aviso de 48 horas sobre cancelaciones.
- **Llegadas tarde:** Si llega más de la mitad del tiempo después del inicio de su cita, tenga en cuenta que tendremos que reprogramar su cita.

Seguro

Aunque presentar reclamaciones de seguro es una cortesía que ofrecemos a nuestros pacientes, es su responsabilidad traer una prueba válida y actualizada de cobertura de seguro y una identificación con foto en cada cita. Por favor, esté familiarizado con su copago, que debe pagarse en cada visita.

Si no tiene seguro, podemos ponerte en contacto con uno de nuestros miembros de BCH para hablar sobre la inscripción en un seguro de salud y nuestro programa de tarifas.

Recetas

Nuestros médicos consideran esencial realizar una evaluación del paciente antes de prescribir nuevos medicamentos. Las recargas de recetas deben hacerse a través de la farmacia, la cual requiere que los pacientes informen a su farmacia con 48 horas de anticipación. Medicamentos "Substancia controlada" no se prescriben los viernes o el día antes de un día de fiesta federal y en la mayoría de los casos requerirá una cita con su médico general. Para evitar retrasos con renovaciones de medicamentos, por favor revise la necesidad de medicamentos en cada visita al consultorio.

Acceso al Portal del Paciente

Nuestro portal del paciente puede ser utilizado por nuestros pacientes para solicitar citas, solicitar renovaciones de medicamentos, actualizar los datos demográficos del paciente y comunicarse con nuestros proveedores. Si está interesado en crear una cuenta en el portal, por favor proporcione su correo electrónico al personal de recepción. Recibirá un correo electrónico con la información de su cuenta para ayudarle a configurar su cuenta.

Cuidado de menores

No se atenderá a niños menores de 18 años sin el consentimiento escrito de un padre o tutor legal. Por favor, hable con un miembro del personal de recepción para obtener el formulario de consentimiento.

Devolver mensajes telefónicos

Nuestros médicos y / o apoyo médico personal intentan devolver todos los mensajes de una manera oportuna. La devolución de llamadas se hacen a menudo durante el día.

Remisiones

Tal vez necesite una remision medica de especialidad y / o de urgencia. BCH require de 5 dias habiles para procesar estas referencias. En muchos casos se solicita una evaluacion de oficina para determinar la necesidad de la referencia. Atencion de urgencia y / o servicio de urgencias tambien pueden requerir autorizacion previa. Por favor, pongase en contacto con la oficina dentro de las 48 horas para un servilo de atencion de urgencias o visita al departamento de urgencia para determinar el tiempo que haya sido autorizada. Por favor, recuerde que hay muchas compaÑias de seguros de salud muchas mas politicas individuales. Es responsabilidad del paciente a conocer y cumplir con las regulaciones de su cobertura de seguro.

Registros medicos/ Formularios medicos

Con el fin de obtener una copia de los registros medicos de BCH, pacientes deben completar un formulario "solicitud de registros medicos" y permitir un minimo de 5 dias habiles para su procesamiento. El proceso varia en funcion del tamaño del expediente medico, pero la tasa de base es tipicamente \$25.00. No hay ningun cargo para obtener copias de los registros de vacunacion o registros relacionados con Estado de Compensacion al Trabajador de Maryland. Dependiendo de la forma, puede haber una carga aplicada a la factura del paciente para este procesamiento. Tambien puede ser necesario que el paciente debe ser evaluado en la oficina antes de completar el formulario.

CRISP

Bay Community Health ha decidido participar en el Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros Pacientes (CRISP), un intercambio de información de salud a nivel estatal. Según lo permite la ley, su información de salud será compartida con este intercambio con el fin de proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores y a los funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Usted puede "Optar por no participar" y evitar que se busque su información de salud disponible a través de CRISP llamando al 1-877-951-7477 o completando y enviando un formulario de exclusión (Opt-Out) a CRISP por correo, fax o a través de su sitio web www.crisphealth.org.

Clima Adverso

En caso de que la oficina cierre por clima adverso, haremos todo lo posible por notificar a nuestros pacientes a través de nuestro sitio web, un mensaje directo por texto, correo electrónico, o un mensaje en el buzón de voz de nuestra oficina.

GAD - 7

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿ con que frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (Use ✓ para indicar su respuesta)	No Del Todo	Varios Días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o al borde	0	1	2	3
2. No ser capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por cosas diferentes	0	1	2	3
4. Problemas para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto	0	1	2	3
6. Volverse fácilmente molesto(a) o irritable	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder	0	1	2	3

(Para codificación de oficina: Total Score T___ = ___ + ___ + ___)

Bay Community Health
Evaluación de Adolescentes

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por favor encierre en un circulo la respuesta que corresponda

PHQ-2:

Durante las 2 últimas semanas, ¿qué tan frecuente le molestan los siguientes problemas?		No del todo	Varios días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días
1	Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2	Sentirse deprimido(a) o sin esperanza	0	1	2	3

Parte A: Durante los últimos 12 meses usted:

1	Tomo alcohol (más de unos sorbos) (No cuente con los sorbos de alcohol tomados durante reuniones familiares o religiosos)	Si	No
2	Fumo marijuana or hachis	Si	No
3	¿Usas algo más para drogarte? ("Cualquier otra cosa incluyendo Drogas ilegales, medicamentos de venta libre y recetados y cosas que hueles o "aspiras")	Si	No

Si respondió "No" a todas las preguntas de la Parte A, responda solo la pregunta numero 1 de la Parte B

Si respondió "Si" a algunas preguntas de la Parte A, responda todas las de la Parte B

Parte B:

1	¿Alguna vez ha viajado en un automóvil conducido por alguien (incluyendo usted mismo) que estaba "drogado" o había estado usando alcohol o drogas?	Si	No
2	¿Alguna vez usa alcohol o Drogas para RELAJARSE, sentirse mejor consigo mismo o encajar?	Si	No
3	¿Alguna vez usa alcohol o drogas mientras esta solo (a)?	Si	No
4	¿Alguna vez OLVIDO las cosas que hizo mientras consumía alcohol o drogas?	Si	No
5	¿Su familia o amigos le han dicho alguna vez que debe reducir su consumo de alcohol o drogas?	Si	No
6	¿Alguna vez te has metido en problemas mientras consumías alcohol o drogas?	Si	No

PHQ-9:		No del todo	Varios días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días
Durante las 2 últimas semanas, ¿qué tan frecuente le molestan los siguientes problemas? (Encierre en un círculo su respuesta)					
1	Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2	Sentirse deprimido(a) o sin esperanza	0	1	2	3
3	Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
4	Sentirse cansado (a) o tener poca energía	0	1	2	3
5	Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6	Sentirse mal consigo mismo o que es un fracaso o que ha defraudado a su familia	0	1	2	3
7	Problema para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8	Moviéndose o hablando tan despacio que otras personas podrían notarlo, o, al contrario, estar tan inquieto (a) que te has estado moviendo mucho de lo normal	0	1	2	3
9	Pensamientos de que estarías mejor muerto o lastimándote de alguna manera	0	1	2	3
Agrega columnas					
Total					

Por favor circule la respuesta apropiada				
Si marco algún problema, ¿qué tan difícil le han resultado estos problemas para hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en el hogar o llevarse bien con otras personas?	No es difícil en lo absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Demasiado difícil
	En el último mes, ¿se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días, incluso si a veces se sentía bien?		Si	No
	En los últimos dos años, ¿se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días, incluso si a veces se sentía bien?		Si	No