BAY COMMUNITY HEALTH

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?	☐ Si	☐ No
Si afirmo,		
Cuando empezo a fumar?		
Cuantos fumas diario?		
Fumo cigarillos anteriormente?	☐ Si	☐ No
Si afirmo,		
Cuantos años fumaste?		
Cuando dejaste de fumar??		

Uso/Abuso de Sustancias Personales

Alcohol	
Recetas Meds	
Marijuana	
Heroina	

BAY COMMUNITY HEALTH

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?	☐ Si	☐ No
Si afirmo,		
Por favor explique:		

Salud Mental Personal

Alguna vez ha tenido problemas de salud mental? (Como depression, ansiedad, etc.)	☐ Si	☐ No
Si afirmo,		
Por favor explique:		

¿Ha tenido pensamientos de suicidio?	☐ Si	☐ No
¿Alguna vez a intentado suicidarse?	☐ Si	☐ No
¿Alguna vez ha tenido pensamientos Homicidas?	☐ Si	☐ No
Cualquier historial de encarcelamiento?	☐ Si	☐ No

Historia Psiquiatrica

¿Ha recibido algún tratamiento previo de Salud Mental ambulatorio?	☐ Si	☐ No
Si afirmo,		
Por favor explique:		

BAY COMMUNITY
HEALTH

Continuacion de la explicacion:

¿Ha recibido anteriormente algún tratamiento de salud para pacientes hospitalizados?	☐ Si	☐ No
Si afirmo,		
Por favor explique:		

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

BAY COMMUNITY HEALTH

Fecha:_____

Nombre Legal Apellido del Paciente	Nombre del Paciente	Iniciales del Segundo Nombre	*Nombre de Soltera (Si es casada)*
Sexo Legal: ☐ Masculino ☐ Femenino	**Fecha Nacimiento** Mes Dia Año / /	**# Seguro Social**	

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

# 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		☐ Do not have email address ☐ 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**	

Esta informacion es para la oficina del cuidado de la salud primaria que elabora informes y asegura los fondos federales para servir a nuestros pacientes. Su informacion personal sera respetada y confidencial. Agradecemos su cooperacion al completar esta seccion.

1) **Cual categoria describe sus actuales Ingresos Anuales?** ☐ < $15,000 ☐ $15,001-$25,000 ☐ $25,001-$35,000 ☐ $35,001-$50,000 ☐ >$50,000 2) **Numero Familiar:** _____ Numero total de los miembros de la familia que vivan en la misma casa	3) Estado Marital ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a) ☐ Compañero(a)	4) **Estado de Empleo:** ☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ Desempleado (a) ☐ Independiente ☐ Retirado (a) 5) **Estado de Estudios:** ☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ No es Estudiante	6) **Grupo Racial(es)** ☐ Asiatico ☐ Africano ☐ Indio Americano ☐ Nativo de Hawaii/ Otro ☐ Blanco ☐ Sudamericano 7) **Origen Etnico** ☐ Hispano/Latino/Latina ☐ No Latino/Latina
8) **Lenguaje(s)** ☐ Ingles ☐ Español ☐ Other: _____ 9) **Require servicio de traduccion?** ☐ Si ☐ No 10) **Estado Veterano** ☐ Veterano ☐ No es Veterano	11) **Trabajador Temporal?** ☐ Si ☐ No 12) **Trabajador Migrante?** ☐ Si ☐ No 13) **Sin Hogar desde Enero de este año?** ☐ Si ☐ No 14) **Reside en vivienda publica?** ☐ Si ☐ No	15) **Como escucho de nosotros:** ☐ Amigo/Familia ☐ Otra Oficina Medica ☐ Compañia Aseguradora ☐ Tarjeta Postal/Correo ☐ Hospital/Emergencia ☐ Anuncio en Internet ☐ Periodico "Capital" ☐ Periodico "Bay Weekly" ☐ Revista "Chesapeake Family" ☐ Otro: _____	16) **Piensa que usted es:** ☐ Heterosexual ☐ Lesbiano(a) ☐ Bisexual ☐ Algo mas ☐ No se ☐ Decide no Anotar
Con cual sexo se identifica usted? ☐ Maculino ☐ Transexual Masculino ☐ Femenino ☐ Transexual Femenino ☐ Decide no anotar ☐ Otro: _____			***Porfavor voltee la hoja***

BAY COMMUNITY HEALTH

Fecha:_____

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

Farmacia Preferida:		**Cuidad**	

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 mu 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:** _____

BAY COMMUNITY HEALTH

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:

- Asegúrarnos 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 seinvolucrara 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 ole la melora de calidad y otros a:

- Evaluar el desempeño de nuestro personal ;

- 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 .

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

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

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 que la.

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

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

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 atencion 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 Medica.
- 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 remission 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

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

Horas de oficina

Office Hours	West River		Shady Side	
	Medical	Behavioral Health	Medical	Behavioral Health
Lunes	8:00 am – 5:00 pm	8:00 am – 5:00 pm	8:00 am – 5:00 pm	Closed
Martes	8:00 am – 5:00 pm	8:00 am – 7:00 pm	7:00 am – 5:00 pm	Closed
Miercoles	8:00 am – 5:00 pm	8:00 am – 7:00 pm	7:00 am – 5:00 pm	Closed
Jueves	8:00 am – 7:00 pm	8:00 am – 7:00 pm	8:00 am – 5:00 pm	8:00 am – 5:00 pm
Viernes	8:00 am – 4:30 pm	8:00 am – 4:00 pm	8:00 am – 4:00 pm	Closed
Sabado	Closed	8:00 am – 2:00 pm	Closed	Closed
Domingo	Closed	Closed	Closed	Closed

La Programacion 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 dia o dentro de las 48 horas de solicitud de cita.
- Citas para el mismo dia y entrar sin cita previa, se otorgan en base a la disponibilidad.
- El seguimiento de las visitas al consultorio estan programadas a la salida
- Examenes fisicos / examen de la mujer se programan dentro de 2 a 6 semanas de solitud de cita.
- Nuestros medicos pueden ocasionalmente estar atrasados, y su visita se puede retrasar. Nuestro personal tratara en informarle si esto ocurre.
- Se solicita aviso de 48 horas sobre cancelaciones.

Devolver mensajes telefonicos

Nuestros medicos y / o apoyo medico personal intent an devolver todos los mensajes de una manera oportuna. La devolucion de llamadas se hacen a menudo durante el dia.

Recetas

Nuestros medicos creen que los pacientes deben ser evaluados antes de recetar nuevos medicamentos. Las recaygas de recetas deben hacerse a traves de la farmacia, la cual require que los pacient es informen a su farmacia con 48 horas de anticipacion. Medicamentos " substancia controlada" no se prescriben los viernes o el dia antes de un dia de fiesta federal y en la mayoria de los casos requerira una cita con su medico general. Algunas recetas escritas deben ser recogidos en la oficina y no pueden ser llamados para una farmacia. Para evitar retrasos con renovaciones de medicamentos, por favor revise la necesidad de medicamentos en cada visita al consultorio.

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 puenden 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 completer 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.

BAY COMMUNITY HEALTH

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
- ☐ **De**
- ☐ **Para**

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

Envio de Registros
- ☐ **De**
- ☐ **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 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
✓ Resumen de la tabla		✓ Vacunas	
✓ Visita Medica	Última visita y PE completo	✓ Reportes de Radiologia	últimos 5 años
✓ GYN visita	Urgent care	☐ Informes de consultoría	
☐ Visitas a Cuidado Urgente		☐ Hx psiquiatrico completo	
✓ Examenes de Laboratorio	1 año pasado	✓ 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 divulagcion:_____

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 coping 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 _____

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 dias**	**Casi todos los dias**
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

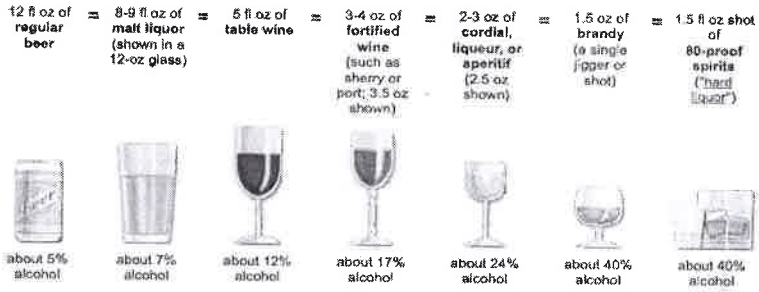
(Para codificacion de officina: Total Score T___ = ___ +___ + ___)

SBIRT Screening

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 dias	Mas de la mitad de los dias	Casi todos los dias
1	Poco interes o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2	Sentirse deprimido(a) o sin esperanza	0	1	2	3



Antes de responder las preguntas 3 a 5, por favor consulte la tabla de las bebidas estándar a la derecha

Uso de alcohol:		0	1	2	3	4
3	¿Qué tan a menudo toma una bebida que contiene alcohol?	Nunca	Mensual o menos	2-4 veces al mes	2-3 veces por semana	4 o más veces por semana
If you answered Never to question 3, please skip to question 6						
4	¿Cuántas bebidas con alcohol toma en un día normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 o 9	10 o mas
5	¿Con que frecuencia toma 6 o más tragos en una ocasión?	Nunca	Menos de un mes	Mensual	2-3 veces por semana	4 o más veces por semana
Alcohol Use Score: _____						

PHQ-2:				
1	En los últimos 3 meses, ha consumido marijuana o cualquier otra droga como crack, cocaína, heroína o medicamentos recetados por razones no medicas?	Si	No	Si afirmo, por favor enumere los medicamentos utilizados en los ultimos3 meses 1. _____ 2. _____ 3. _____
2	En los últimos 3 meses, ha usado medicamentos recetados como analgésicos, pastillas para dormir, estimulantes o medicamentos para los nervios que no le receto su doctor?	Si	No	Si afirmo, por favor enumere los medicamentos utilizados en los ultimos3 meses 1. _____ 2. _____ 3. _____

	PHQ-9	No del todo	Varios dias	Mas de la mitad de los dias	Casi todos los dias
¿Durante las 2 últimas semanas, Con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Encierre en un círculo la 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 dificil	Muy dificil	Demasiado dificil
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	