

Registro de pacientes (escriba claramente en letra de imprenta)

- **Documento de identificación con foto:** permiso de conducir, documento de identidad emitido por el estado (adultos), documento de identidad escolar (menores)
- **Tarjeta de seguro:** si corresponde
- **LISTA DE TODOS LOS MEDICAMENTOS ACTUALES**

¿USTED O ALGÚN FAMILIAR DIRECTO HAN VIAJADO FUERA DE LOS EE. UU. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?					SÍ	NO
Sección de información demográfica del paciente						
NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO		NOMBRE DE SOLTERA (SI CORRESPONDE)
DIRECCIÓN DE LA CASA				APARTAMENTO/UNIDAD		CIUDAD
ESTADO		CÓDIGO POSTAL	FECHA DE NACIMIENTO		CONDADO DE RESIDENCIA	N.º DE SEGURIDAD SOCIAL
ORIENTACIÓN SEXUAL: <input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/> LESBIANA/GAY <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/> PREFERE NO RESPONDER			IDENTIDAD DE GÉNERO: <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO (HOMBRE A MUJER) <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO (MUJER A HOMBRE) <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PREFERE NO RESPONDER			
TELÉFONO DE CASA O PRINCIPAL (solo indicar si se puede llamar)				TELÉFONO SECUNDARIO (SI CORRESPONDE)		
RAZA: <input type="checkbox"/> ASIÁTICO/A <input type="checkbox"/> AFROAMERICANO/A <input type="checkbox"/> INDÍGENA AMERICANO/A <input type="checkbox"/> CAUCÁSICO/A <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO <input type="checkbox"/> HAWAIANO/A <input type="checkbox"/> PREFERE NO RESPONDER			GRUPO ÉTNICO: <input type="checkbox"/> HISPANO/LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> PREFERE NO RESPONDER <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO		RELIGIÓN	IDIOMA HABLADO
SITUACIÓN LABORAL DEL PACIENTE: <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE NO ESTÁ EMPLEADO <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> RETIRADO <input type="checkbox"/> MILITAR				NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE (SI CORRESPONDE)		
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> NUNCA SE HA CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A		NOMBRE DEL CÓNYUGE (NOMBRE, APELLIDO) (SI CORRESPONDE)			N.º DE LA SEGURIDAD SOCIAL DEL CÓNYUGE	
NIVEL DE EDUCACIÓN MÁS ALTO		ESCUELA ACTUAL (SI CORRESPONDE)		¿CÓMO SUPO SOBRE NOSOTROS?		CORREO ELECTRÓNICO
MARQUE SÍ O NO: ¿ES USTED VETERANO/A? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				MARQUE SÍ O NO: ¿VIVE EN UNA VIVIENDA PÚBLICA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Sección de información de los padres o tutores legales. Rellenar si el paciente es menor de edad.						
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL (NOMBRE, APELLIDO)			RELACIÓN CON EL CLIENTE		FECHA DE NACIMIENTO	N.º DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Información de contacto en caso de emergencia						
NOMBRE (NOMBRE, APELLIDO)		RELACIÓN CON EL CLIENTE			CIUDAD	ESTADO
Información sobre el seguro principal o Medicare (si corresponde)						
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		NOMBRE DEL EMPLEADOR		N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		N.º DEL GRUPO DE SEGUROS
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (TAL COMO APARECE EN LA TARJETA)		N.º DE LA SEGURIDAD SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		FECHA DE NACIMIENTO		N.º DE CONTACTO PARA LOS BENEFICIOS

Condición de vivienda

Por favor, marque con un círculo **sí** o **no** a las siguientes preguntas:

¿Es dueño de su propia casa? (si respondió afirmativamente, deténgase aquí)	Sí	No
¿Vive en un albergue?	Sí	No
¿Acaba de conseguir una vivienda en los últimos 12 meses?	Sí	No
¿Vive en la calle o en una vivienda abandonada?	Sí	No
¿Vive en un hogar compartido o en una vivienda de transición? (Por ejemplo: Kimbrough, Campagna)	Sí	No
¿Se está quedando en la casa de amigos o familiares?	Sí	No
¿Se está quedando en un alojamiento temporal como un hotel, un motel o una zona de campamento?	Sí	No
¿Vive en una casa o apartamento, pero su nombre no figura en el contrato de alquiler?	Sí	No

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO Y ACUERDO FINANCIERO

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Doy permiso a Porter-Starke Services, Inc. ("PSS") y Porter-Starke Services, Inc. dba Marram Health Center ("MHC") para proporcionar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que se consideren necesarios por su personal médico o clínico. Reconozco que las prácticas de las profesiones psicológica, psiquiátrica y médica no son ciencias exactas y, por lo tanto, reconozco que no se han dado, ni se pueden dar, garantías sobre la probabilidad de éxito o el resultado de cualquier examen, prueba, diagnóstico, tratamiento o terapia realizada por PSS/MHC y sus empleados y personal contratado.

DIVISIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES (DIVISION OF MENTAL HEALTH AND ADDICTION, DMHA) DE INDIANA

Autorizo a PSS a divulgar información a la División de Salud Mental y Adicciones de Indiana (DMHA) si se cumplen los requisitos según los términos de las directrices de DMHA Supported Consumer para clientes de centros comunitarios de salud mental. El programa del consumidor respaldado por la DMHA nos permite ofrecer escalas de tarifas móviles a las personas sin seguro que cumplen con las pautas estatales. Para todas las personas que cumplan con los siguientes criterios de inscripción: diagnóstico elegible, ingreso familiar igual o inferior al 200 % del nivel de pobreza federal, residente del estado de Indiana, beneficiario de cupones para alimentos, beneficiario del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families Program, TANF) o beneficiario de Medicaid. Una Evaluación de las Necesidades y Fortalezas de los Adultos (Adult Needs and Strengths Assessment, ANSA) o una Evaluación de las Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (Child and Adolescent Needs and Strengths Assessment, CANS) se llevará a cabo al inicio del tratamiento y a intervalos regulares durante el curso del tratamiento por su médico principal. Como consumidor, tiene derecho a rechazar la inscripción y puede suspenderla en cualquier momento.

SERVICIOS DE TELESALUD

Reconozco que algunos servicios se prestan o pueden prestarse a través de telesalud, lo cual implica el uso de comunicaciones electrónicas para que un proveedor de salud en un lugar pueda atender a una persona que está en otro lugar. La telesalud mejora el acceso a los proveedores y ofrece la oportunidad de una atención continua. Los equipos de telesalud cuentan con protocolos de seguridad para proteger la confidencialidad de la identidad del cliente y la información médica protegida, así como con medidas para evitar la corrupción de datos. Además de los riesgos asociados a cualquier servicio clínico, la telesalud incluye el riesgo de que se produzca un error o un retraso debido a un mal funcionamiento del equipo, una mala calidad de las imágenes o la pérdida de acceso a los expedientes, o un fallo de seguridad que provoque una violación involuntaria de la privacidad. Se espera que los beneficios de la telesalud superen cualquier aumento del riesgo. Entiendo que puedo renunciar a este método de tratamiento sin que ello afecte a mi acceso a futuros servicios; también entiendo que tengo la opción de solicitar servicios de telesalud o servicios tradicionales en persona. Sin embargo, los servicios de telesalud pueden ser el método de tratamiento disponible en circunstancias imprevistas o extremas (por ejemplo, una emergencia pública) o pueden ser los tipos de servicios disponibles más rápidamente. Entiendo que se me pedirá que confirme mi consentimiento en cada visita de telesalud, que incluye mi acuerdo de que dispongo de la tecnología necesaria para participar en una visita de telesalud.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN

Al firmar a continuación, doy permiso a PSS/MHC para enviar recordatorios de citas y notificaciones de emergencia a través de texto o llamada telefónica. Reconozco que esto forma parte de ofrecer el tratamiento y también de la actividad comercial. Doy mi consentimiento para que se tome mi fotografía para su uso en la historia clínica electrónica, con el fin de confirmar mi identidad. Entiendo que PSS/MHC puede usar mi información de identificación básica de manera segura para acceder al depósito de datos de atención médica CareWeb de Indiana Health Information Exchange (IHIE), que puede incluir información que puede ser beneficiosa para la prestación de tratamiento en PSS/MHC.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Reconozco que la prestación de servicios es voluntaria y que debo adherirme a los Derechos y Responsabilidades del Cliente/Paciente. Se pretende que los servicios sean privados y se centren en el tratamiento. Con mi firma reconozco que la grabación de servicios sin el permiso de PSS/MHC es contraproducente para el tratamiento y por lo tanto no está permitida por PSS/MHC a menos que el proveedor dé su permiso por escrito. Entiendo que el incumplimiento puede resultar en la terminación del tratamiento con PSS/MHC.

CONDICIONES DE PAGO Y CESIÓN DE BENEFICIOS

- **Medicare:** certifico que los datos que he facilitado al solicitar el pago del Título XVIII de la Ley de la Seguridad Social son correctos. Autorizo a cualquier persona de PSS, MHC o el Centro de Atención a Pacientes Hospitalizados que tenga información médica o de otro tipo sobre mí para divulgar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o proveedores cualquier información necesaria para esta reclamación u otras relacionadas con Medicare. Entiendo que soy responsable de los deducibles de la Parte A y B de Medicare, del coseguro de Medicare y de cualquier cargo personal en el que se incurra. Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados de Medicare en mi nombre por cualquier servicio que se me preste en

PSS/MHC, incluidos los servicios médicos. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a Medicare y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar beneficios o beneficios por servicios relacionados. Permito que se utilice una copia o fotocopia de esta autorización en lugar del original.

- **Medicaid:** estoy de acuerdo en pagar las cantidades de copago de Medicaid que no pague Medicaid.
- **Seguro comercial:** estoy de acuerdo en pagar el saldo no cubierto por mi seguro y entiendo que esa cantidad se basa en mi tipo de plan y las limitaciones de los beneficios. Mi coseguro, copago o deducible se deben pagar en el momento del servicio según lo estimado por el Departamento de Servicios Financieros del Cliente. *Las compañías de seguros no garantizan el pago.*
- Si mi seguro procesa mis reclamaciones e indica que debo más de lo estimado, recibiré un extracto mensual que se pagará al recibirlo. Entiendo que otros arreglos de pago deben ser aprobados por escrito, por adelantado, por PSS/MHC.
- En caso de que esta cuenta se entregue para su cobro, acepto pagar cualquier saldo que quede pendiente y acepto pagar todos los gastos, intereses, costos judiciales y los honorarios razonables de los abogados, todo ello sin perjuicio de las leyes de valoración y tasación.
- **Pago por cuenta propia:** si no tengo seguro, puedo calificar para un descuento según los ingresos de mi hogar y la cantidad de dependientes. Los descuentos se conceden según la información que suministré en el formulario "Resumen de ingresos". Las tarifas se reducirán en función de la escala de tarifas actual y se revisarán al menos una vez al año (cada 6 meses para los clientes de PSS y cada año para los pacientes de MHC). El pago reducido se exige en el momento del servicio.
- Las remisiones a proveedores fuera de PSS/MHC pueden estar fuera de la red con su compañía de seguro médico. Los proveedores fuera de la red no tienen que seguir los acuerdos de cobro y pago que se han negociado con su compañía de seguros médicos. Por lo tanto, puede incurrir en facturas por servicios que excedan los montos de pago que negoció su compañía de seguro médico. Es recomendable que se comunique con su compañía de seguros para obtener información y asistencia, incluida una lista de proveedores de la red para este servicio de atención médica.
- **Autorizo o cedo a PSS/MHC el pago de beneficios médicos gubernamentales o de terceros por los servicios prestados.**

Porter-Starke Services, **únicamente Coordinación de Cuidados Intensivos (Intensive Care Coordination, ICC) :**
 EDO Otro compromiso _____ Voluntario

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a PSS/MHC a divulgar cualquier información médica o de otro tipo a Medicare, Medicaid, o a cualquier tercero pagador según sea necesario para procesar las reclamaciones de pago por los servicios prestados. Entiendo que la información cubierta bajo el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Parte 2, requiere una autorización adicional para divulgar información.

X _____
Firma del cliente/tutor legal Nombre en letra de imprenta de la persona que firma Fecha

Relación con el cliente Número de historia clínica

INFORMACIÓN ENTREGADA AL CLIENTE

Escriba las iniciales en 1 y 2.

1. _____ Recibí una copia de los Derechos y Responsabilidades del Cliente/Paciente. (Adjunto)
2. _____ Recibí una copia del documento Aviso de prácticas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). (Adjunto)
3. _____ **Únicamente ICC:** recibí una copia del Manual del cliente.
4. _____ **Únicamente ICC:** recibí un aviso de que un médico no está presente en el Centro de Atención Hospitalaria las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Solo para uso del personal debajo de esta línea

Solo para uso del personal debajo de esta línea

Solo para uso del personal debajo de esta línea

PORTER-STARKE SERVICES, INC/MARRAM HEALTH CENTER

NOMBRE DEL CLIENTE: _____

Directions: Scan into Streamline under "Scanned Consent to Treat"

Form Name: **General Consent for Treatment & Financial Agreement**

Form Rev. Date 06-13-11, 04-04-14, 12-11-17, 4-26-18, 11-5-18, 6/11/2020, 6/22/2023

Autorización para la divulgación de información médica protegida PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección del paciente: _____ Ciudad/estado/código postal: _____
 Teléfono: () _____

El abajo firmante autoriza y solicita la divulgación de información médica confidencial para que sea revisada, examinada o fotocopiada entre **Marram Health Center, 3229 Broadway, Gary, IN 46409** y la **compañía de seguros** indicada.

Escriba claramente en letra de imprenta

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NOMBRE DEL EMPLEADOR TITULAR DE LA PÓLIZA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (TAL COMO APARECE EN LA TARJETA)	
DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	CIUDAD DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	ESTADO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO

El acceso a esta información está limitado como se indica a continuación

LA DIVULGACIÓN ES VÁLIDA A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE FIRMA HASTA QUE SE LIQUIDA LA CUENTA CON LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Las partes del expediente médico que se divulgarán a la compañía de seguros incluyen:

Códigos de facturación, fechas de servicio, proveedor(es) y diagnóstico

Las notas o el plan de tratamiento y la información demográfica pueden divulgarse si lo solicita la compañía de seguros.

Propósito de la divulgación:

Facturar los servicios prestados a la compañía de seguros y comunicarse con la compañía de seguros indicada, la Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO) o el plan de distribución de beneficios según sea necesario para las autorizaciones, el pago y la continuidad de la atención.

Entiendo plenamente que mi expediente médico contiene información confidencial sobre salud física, mental, abuso de sustancias o VIH/SIDA recopilada en el curso de mi tratamiento. Los expedientes médicos o la información autorizada para ser divulgada a continuación son privilegiados y confidenciales y pueden ser divulgados solo con mi autorización, como lo requiere la ley. Entiendo que no se me puede exigir que firme esta autorización como condición para que se me proporcione el tratamiento o para obtener el pago del mismo.

Esta autorización vence en la fecha, evento o condición indicadas, 60 días después de que se terminen los servicios, o cuando se liquiden todas las responsabilidades financieras con la compañía de seguros. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento (excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas de buena fe basadas en esta autorización) presentando una solicitud de revocación oral o escrita al Departamento de Información de Salud.

Esta información puede divulgarse a partir de expedientes protegidos, bajo las reglas federales de confidencialidad (Título 42 del CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que dicha divulgación adicional se permita de forma explícita a través del consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita el Título 42 del CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o enjuiciar a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Resumen de ingresos

Llene este formulario para revisarlo con el fin de recibir posibles descuentos. El personal puede ayudarle si tiene alguna pregunta.

Nombre de cada miembro del hogar Nombre a cada persona de su hogar	Fuente de ingresos de cada miembro del hogar Para cada persona, marque todas las que correspondan	Ingreso anual TOTAL de cada miembro del hogar
(Nombre del paciente) 1)	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otro:	\$
2)	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otro:	\$
3)	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otro:	\$
4)	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otro:	\$
5)	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otro:	\$
6)	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otro:	\$
7)	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otro:	\$

Yo, el abajo firmante, por la presente certifico que las declaraciones anteriores son, a mi leal saber y entender, verdaderas y completas.

Acepto notificar a Marram Health Center inmediatamente si hay un cambio en mis ingresos o en el estado de mi seguro.

También entiendo que, si en algún momento se determina que alguna de las declaraciones anteriores es falsa, seré responsable del pago de todos los servicios pasados y futuros a la tarifa completa, más cualquier cargo por cobros, costos de abogados y judiciales.

Me niego a suministrar información sobre mis ingresos. Entiendo que mi negativa a suministrar información sobre mis ingresos me descalifica para recibir posibles descuentos por servicios.

*** Se requiere su firma en este formulario, ya sea que esté de acuerdo o se niegue a suministrar información sobre sus ingresos. ***

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma/cargo del personal: _____

Fecha: _____

► Personal: afirmo que revisé con el paciente para verificar y calcular el ingreso anual y el número de integrantes del hogar.

Cantidad TOTAL de miembros del hogar (incluido el paciente): _____ ► En EPIC (Engaging Professionals. Inspiring change), ingresar en Family size (Tamaño de la familia) en FPL Info	Ingreso anual TOTAL para todo el hogar: \$ _____ ► En EPIC, ingresar en Annual Income (Ingresos Anuales) en FPL info
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nombre del paciente: _____

Cuenta del paciente: _____

Si necesita que otro miembro de la familia traiga a su hijo a Marram para recibir atención médica

O

Necesita que otra persona recoja los formularios/recetas/etc.

Para estar seguros de que solo permitimos que las personas que usted aprobó traigan a su hijo para su cuidado, recojan formularios o recetas, o actúen en su nombre de cualquier manera, háganos saber a quién aprueba para estos fines completando lo siguiente:

Lista de aprobados de Marram Health Center

Escriba en letra de imprenta a continuación el nombre y apellidos de las personas autorizadas.	Indique a continuación su relación con las personas autorizadas. <i>(Ejemplos: abuelo/a, hermana, hermano, amigo u otro familiar)</i>	Indique a continuación lo que las personas aprobadas pueden hacer. <i>(Ejemplos: Traer al niño a Marram Health Center para que lo atiendan, recoger las recetas o formularios, traer al niño para ponerle las vacunas necesarias o por cualquier otro motivo)</i>

Indique los menores a los que se aplica este permiso:

Escriba en letra de imprenta a continuación el nombre y apellido del niño.	Fecha de nacimiento	Género

Su nombre (escriba en letra de imprenta el nombre y el apellido): _____

Firma: _____

Fecha: _____

Acuerdo sobre sustancias controladas

Objetivo: este acuerdo es para evitar malentendidos sobre ciertos medicamentos. Ayudará a los pacientes, padres o tutores, así como a los proveedores de servicios médicos, a cumplir con la ley en lo que respecta a las sustancias controladas. Este contrato puede aplicarse a los pacientes con dolor agudo y crónico, a los pacientes que toman medicación para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o a los pacientes que toman una sustancia controlada por otras cuestiones.

El médico está de acuerdo con:

- Tomar la decisión de recetar o no medicamentos narcóticos, programados o controlados, basándose en si el médico cree que el medicamento beneficiará al paciente.
- Recetar qué medicamento recibirá un paciente, qué dosis y durante cuánto tiempo.
- Cambiar o suspender cualquier medicación que no sea en el mejor interés del paciente.
- Reponer los medicamentos en las citas programadas.
- Controlar la actividad de recetas médicas mediante Programa de Control de Medicamentos con Receta de Indiana (Indiana's Prescription Drug Monitoring Program, INSPECT).
- Seguir las directrices o reglamentos relativos al uso simultáneo de diferentes sustancias controladas.

El paciente (o el padre, madre/tutor) está de acuerdo con:

- Almacenar los medicamentos recetados de forma segura, garantizando que los niños no tengan acceso a ellos.
- Notificar al proveedor de servicios médicos todos los medicamentos o tratamientos que esté tomando el paciente.
- Utilizar la medicación tal y como se ha recetado y no ajustar la dosis.
- No solicitar a otro proveedor médico la medicación que un proveedor médico de Marram Health Center está recetando en ese momento.
- Notificar inmediatamente a Marram Health Center si se recetan medicamentos narcóticos, programados o controlados, como analgésicos opiáceos, estimulantes controlados o medicamentos contra la ansiedad, debido a una situación de emergencia de cualquier otro proveedor médico, dentista o sala de emergencias.
- No compartir, vender o intercambiar medicamentos con nadie. Esto es ilegal y peligroso.
- No solicitar la reposición anticipada de medicamentos que se hayan dañado, tirado, derramado o extraviado. Por lo general, Marram Health Center no reemplaza los medicamentos perdidos o robados.
- Llevar las recetas de medicamentos controlados a una farmacia.
- Permitir que el personal de enfermería del Marram Health Center realice un recuento de pastillas de la medicación recetada por un proveedor médico del Marram Health Center en cualquier momento para garantizar el cumplimiento con la medicación.
- Notificar al personal médico si la paciente es mujer y queda embarazada.
- A las pruebas periódicas de drogas en orina que el médico considere oportunas.
- No incurrir en la peligrosa conducta de combinar sustancias controladas con sustancias ilegales.

Como paciente de Marram Health Center, estoy de acuerdo con estas directrices que me han sido explicadas en su totalidad. Entiendo que será a discreción del proveedor médico ordenar una prueba de drogas en orina para mí o mi hijo. Negarse a dar una muestra de orina se considerará como no pasar la prueba. Se me entregó una copia de este documento. Comprendo perfectamente que si yo o mi hijo/a no seguimos las condiciones indicadas anteriormente, el proveedor médico puede dejar de recetar cualquier sustancia controlada, y que yo o mi hijo/a podemos ser expulsados de la clínica. Alterar las recetas médicas supondrá la expulsión inmediata y la notificación a las autoridades judiciales.

Firma del paciente

Firma del padre/madre o tutor legal

Firma del testigo

Fecha

Autorización para comunicación electrónica

Este formulario no aplica a las comunicaciones telefónicas verbales ni a los recordatorios de citas enviados a través de una llamada telefónica verbal o mensaje de texto.

Nombre del cliente (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del cliente: _____ Ciudad/estado/código postal: _____

Número de cuenta del cliente: _____

Por favor marque una casilla:

Solicito y doy permiso para que Porter-Starke Services o Marram Health Center se comuniquen conmigo electrónicamente a través de mensaje de texto, correo electrónico u otros medios electrónicos según sea necesario para proporcionar mi tratamiento y otras necesidades comerciales relacionadas con los servicios que recibo. Entiendo que estos métodos de comunicación (**mensajes de texto, correo electrónico**) **no son del todo seguros**. Entiendo que al proporcionar mis datos y solicitar la comunicación electrónica, asumo el riesgo de una posible divulgación no autorizada. Entiendo que si comparto mi cuenta de teléfono o correo electrónico con otra persona fuera de Porter-Starke/Marram, esa persona podría ver mi información médica privada. Si mi número de teléfono o mi dirección de correo electrónico cambian, soy responsable de actualizar esa información y de enviar un formulario de autorización de comunicación electrónica actualizado. Si mi información se divulga sin mi autorización, o si mi(s) dispositivo(s) se pierde(n) o es/son robado(s), no responsabilizaré a Porter-Starke Services o a Marram Health Center por cualquier divulgación que pueda ocurrir.

Número para mensajes (_____) de texto/llamadas **Número de fax: (_____)**

Correo electrónico: _____

Al firmar a continuación, doy fe de que el número para mensajes de texto/llamadas, el número de fax o la dirección de correo electrónico facilitados anteriormente me pertenecen exclusivamente a mí o he dado permiso para compartirlos con otra persona. Entiendo que tengo a mi disposición métodos de comunicación seguros, pero declino utilizar el método de comunicación seguro y opto por utilizar la comunicación electrónica no segura.

Entiendo plenamente que mi expediente médico contiene información confidencial sobre mi salud física y mental, abuso de sustancias o VIH/SIDA, recopilada en el curso de mi tratamiento. Los expedientes médicos o la información autorizada para ser divulgada a continuación son privilegiados y confidenciales y pueden ser divulgados solo con mi autorización, como lo requiere la ley. Entiendo que los expedientes que no están protegidos por las reglas federales de confidencialidad (Título 42 del Código de Reglamentos Federales [Code of Federal Regulations, CFR] Parte 2) pueden estar sujetos a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no estén protegidos por la ley federal o estatal. Entiendo que no se me puede exigir que firme esta autorización como condición para que se me proporcione el tratamiento o para recibir el pago del mismo.

Fecha, evento o condición de vencimiento de esta autorización: _____ . Si no se especifica ninguna fecha, evento o condición a continuación, esta autorización vence 60 días después de que se terminen los servicios o cuando se satisfagan todas las responsabilidades financieras. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento (excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas de buena fe basadas en esta autorización) presentando una solicitud de revocación oral o escrita al Departamento de Información de Salud.

Rechazo que Porter-Starke Services o Marram Health Center se comunique(n) conmigo electrónicamente a través de texto, correo electrónico u otros medios electrónicos según sea necesario para proporcionar mi tratamiento y otras necesidades comerciales relacionadas con los servicios que recibo.

Firma del cliente/tutor: _____ Fecha: _____

Relación con el cliente: _____

Encuesta de apoyo al paciente

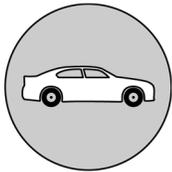
La salud comienza, mucho antes que la enfermedad, en nuestros hogares, escuelas y trabajos. Cuanto más sepamos sobre usted, mejor atención médica le podremos brindar. Queremos apoyar su salud y bienestar.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

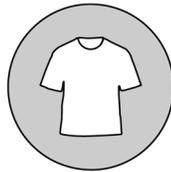
Indicaciones

1. **Marque las casillas que se muestran a continuación** sobre los temas que desea obtener más información o ayuda.
No podemos garantizar que brindaremos asistencia en todas las áreas, pero haremos todo lo posible para responder a sus prioridades.
2. ¿Le gustaría que un miembro de nuestro equipo de atención médica lo contacte acerca de sus respuestas a continuación?
 - No me contacten acerca de esta encuesta.
 - Sí, contácteme acerca de esta encuesta. La mejor forma de contactarme es por:
 - Teléfono: _____
 - Correo electrónico: _____
 - Dirección postal: _____

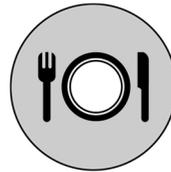
Tengo dificultades para acceder o pagar por...



Transporte



Bienes materiales
 (ropa, pañales, muebles, etc.)



Alimentación



Educación



Vivienda



Empleo



Servicios públicos



Seguridad física



Salud mental



Seguro médico



Asistencia legal



Asistencia social



Cuidado infantil



Suministros de salud
 (anteojos, medicamentos, etc.)



Atención dental



Otro: _____