KLAMATH HEALTH PARTNERSHIP

"Nuestra misión es brindar a la comunidad servicios de salud accesibles, culturalmente sensibles, económicos, basados en a la calidad, receptivos, y centrados en el paciente, con énfasis en aquellos que más nos necesitan."

MEDICO | DENTAL | SALUD MENTAL | FARMACIA

SERVICIOS QUE OFRECEMOS:

- **Transporte de ida y regreso de las citas**
- **Asistencia para inscribirse a los seguros de salud por bajo o no costo para ustedes**
- **Manejo de medicamentos**
- **Escala de descuentos para servicios**

CONTACTE RECURSOS AL PACIENTE ACERCA:

- **PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS**
  Varios de las compañías farmacéuticas tienen disponibles programas por bajo o no costo para medicamentes. Nuestro departamento de Recursos del Paciente le puede asistir en llenar y enviar las aplicaciones a las compañías farmacéuticas.
- **PLAN DE SALUD DE OREGON (OREGON HEALTH PLAN)**
  Nuestro departamento de Recursos del Paciente asiste a pacientes a llenar y enviar aplicaciones para el Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan).
- **RECURSOS LA COMMUNIDAD**
  Nuestro departamento de Recursos del Paciente asiste a pacientes a obtener recursos vitales.

LLAME ☎ 541-880-2078 PREGUNTA POR **Nia, Marc or Maria**

SIRVIENDOLE EN NUESTRAS CONVENIENTE LOCALIDADES:

KLAMATH OPEN DOOR FAMILY PRACTICE 2074 S. 6th Street Klamath Falls, OR 97601 Teléfono: 541-851-8110 Fax: 541-851-8114 Horas: Lun-Vie: 7am – 6pm Sab.: 8am – noon Dom.: CERRADO	**CHILOQUIN OPEN DOOR FAMILY PRACTICE** 103 S. Wasco Avenue Chiloquin, OR 97624 Teléfono: 541-783-2292 Fax: 541-783-3160 Horas: Lun-Mie, Vie: 8am – 6pm Sab. & Dom.: CERRADO	**PINE STREET OPEN DOOR** 403 Pine Street Klamath Falls, OR 97601 Teléfono: 541-851-8110 Fax: 541-851-8114 Horas: Lun-Vie: 8am – 6pm Sab. & Dom.: CERRADO
	KLAMATH OPEN DOOR DENTAL 2074 S. 6th Street Klamath Falls, OR 97601 Teléfono: 541-880-2090 Fax: 541-880-2092 Horas: Lun-Vie: 8am – 6pm Sab. & Dom.: CERRADO	**KLAMATH OPEN DOOR PHARMACY** 2074 S. 6th Street Klamath Falls, OR 97601 Teléfono: 541-880-2094 Fax: 541-851-0190 Horas: Lun-Vie: 8:30am – 6pm Sab. & Dom.: CERRADO

Línea de asesoramiento de enferma disponible fuera de horas 541-851-8110

KLAMATH HEALTH PARTNERSHIP, INC
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
FECHA EN QUE ENTRA EN VIGOR ENERO 2023

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER USADA Y DIVULGADA INFORMACION SOBRE SU SALUD Y CÓMO USTED PUEDA TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR ANALICELO CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor contacte a nuestro Oficial de Privacidad al número (541) 851-8110 o escribiéndole al 2074 South 6th Street, Klamath Falls, OR 97601.

QUIÉNES SE GUIARÁN POR ESTE AVISO – Klamath Health Partnership está comprometido proteger su información de salud protegida y te animamos a contactar a nuestro Oficial de Privacidad si surge algún problema o tiene una pregunta. Este aviso describe las prácticas de privacidad de información que siguen nuestros empleados, trabajadores y otro personal de la oficina. Es requerido por ley darle este aviso. Este aviso explica cómo y cuándo podemos usar y divulgar su información de salud protegida, pero puede que no incluya todas las situaciones posibles. Este aviso describe sus derechos y nuestras responsabilidades con respecto al uso y divulgación de su información de salud protegida.

INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD - Este aviso aplica a la información y expedientes que tenemos sobre su salud, condición de salud, y el cuidado de salud y servicios que usted recibe en esta oficina. Su información de salud podría incluir información creada y recibida por esta oficina, podría ser en forma de historial escrito o por grabaciones electrónicas o palabras habladas, y podría incluir información sobre su historia de salud, condición de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas médicas, actividad relacionada con las facturas, y formas similares de información relacionadas con la salud.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD – Podemos usar y divulgar información sobre su salud para los siguientes propósitos sin su consentimiento:

Para su Tratamiento. Podríamos usar información sobre su salud para proveerle tratamiento o servicios. Podríamos divulgar información sobre su salud a doctores, enfermeros, técnicos, trabajadores de oficina u otro personal que estén envueltos en cuidar de usted y su salud. Diferente personal en nuestra oficina podría compartir información sobre usted a personas quienes no trabajan en nuestra oficina para poder coordinar su cuidado, tal como llamar a su farmacia para ordenar rectas médicas, ordenar laboratorios y ordenar radiografías. Familiares y otros proveedores de cuidado médico podrían ser parte de su cuidado médico fuera de esta oficina y podrían necesitar información que tengamos sobre usted.

También podríamos divulgar información sobre su salud a planes de salud que le proveen cobertura de seguro y otros proveedores de cuidado médico que cuidan de usted. Nuestras divulgaciones de información sobre su salud a planes de salud y otros proveedores podrían ser con el fin de ayudar a estos planes y proveedores a proveer o mejorar el cuidado, reducir costos, coordinar y administrar cuidado médico y servicios, entrenar personal y cumplir con la ley.

Para el Pago. Podríamos usar y divulgar información sobre su salud para que el tratamiento y servicios que reciba en esta oficina se puedan cobrar y se pueda recibir el pago, ya sea de usted, una compañía de

seguros o un tercero. También podríamos indicarle a su plan de salud sobre un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa, o para determinar si su plan va a pagar el tratamiento.

Para las Operaciones del Cuidado de su Salud. Podríamos usar y divulgar información sobre su salud para funcionar y mejorar la oficina y asegurar que usted y nuestros demás pacientes reciban cuidado de calidad. Por ejemplo, podríamos usar información sobre su salud para evaluar el rendimiento de nuestro personal en el cuidado que le dan. También podríamos usar información de salud para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, cómo podemos llegar a ser más eficientes, o si ciertos tratamientos nuevos son eficaces.

Recordatorios de Citas. Podríamos contactarle como recordatorio de que usted tiene una cita para recibir tratamiento o cuidado en la oficina.

Alternativas de Tratamiento\ Productos y Servicios Relacionados con la Salud. Podríamos usar y divulgar información sobre su salud para informarle o recomendar opciones posibles de tratamiento o alternativas o productos o servicios relacionados con la salud que podrían ser de interés para usted.

Para Prevenir una Amenaza Seria a la Salud o Seguridad. Podríamos usar y divulgar información sobre su salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Información sobre su salud solo será divulgada a alguien que pueda ayudar prevenir la amenaza.

Así Lo Exige la Ley. Divulgaremos información sobre su salud cuando la ley federal, estatal o local lo exija. Divulgaremos información sobre su salud con mandato judicial.

Investigación. Podríamos usar y divulgar información sobre su salud para proyectos de investigación que estén sujetos a un proceso de aprobación especial. Podríamos usar y divulgar un conjunto de datos limitados que no contiene datos identificables específica sobre usted para la investigación. Se le pedirá su permiso si el investigador va a tener acceso a su nombre, dirección u otra información que revele su identidad, o si va a estar envuelto en su cuidado en la oficina.

Donación de Órganos y Tejidos. Si usted es un donante de órganos, podríamos divulgar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos según se necesite para facilitar dicha donación y trasplante.

Militares, Veteranos, Seguridad Nacional e Inteligencia. Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, o parte de las comunidades de seguridad o inteligencia nacional, se nos podría exigir la divulgación de información sobre su salud por orden militar u otras autoridades gubernamentales.

Menores de Edad. Podríamos divulgar información sobre su salud protegida de menores de edad a sus padres o tutores a menos que dicha divulgación este prohibida por la ley.

Compensación al Trabajador. Podríamos divulgar información sobre su salud para compensación al trabajador o programas similares. Estos programas suministran beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Abuso, Negligencia, o Violencia Doméstica. Podríamos divulgar información sobre su salud a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que el paciente ha sido víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica si el paciente está de acuerdo o si somos requeridos o autorizados por ley para divulgar.

Presos. Podríamos divulgar información sobre su salud a la institución correccional o bajo la custodia de un funcionario de la ley a agencias si la divulgación es necesaria para que la institución pueda proveerle cuidado de salud, y proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas, o la seguridad de la institución correccional.

Riesgos Para la Salud Pública. Podríamos divulgar información sobre su salud por razones de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o para informar sobre nacimientos, muertes; sospecho de abuso o negligencia; lesiones físicas no-accidentales; reacciones a medicamentos o problemas con productos; o una persona que puede haber sido expuesta a alguna enfermedad o pueda estar en riesgo de contraerla o propagar una enfermedad o condición.

Actividades Relacionadas con Descuidos de Salud. Podríamos divulgar información sobre su salud a una agencia que investiga descuidos de salud para propósitos de auditorías, investigaciones, inspecciones o autorizaciones. Estas divulgaciones podrían ser necesarias para que ciertas agencias estatales y federales controlen el sistema de cuidado de salud, programas gubernamentales, y la conformidad a leyes de derechos civiles.

Demandas y Disputas. Si usted está envuelto en una demanda o disputa, podríamos divulgar información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podríamos divulgar información sobre su salud en respuesta a una citación, sujeta a todos los requisitos legales que apliquen.

Aplicación de la Ley. Podríamos divulgar información sobre su salud si la solicita un oficial de la ley como respuesta a una orden judicial, citación, orden de entrega, requerimiento legal o un proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales que apliquen.

Examinadores Médicos, Médicos Forenses y Directores de Funerarias. Podríamos divulgar información sobre su salud al examinador médico o médico forense. Esto podría ser necesario para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte.

Información que no lo identifica personalmente. Podríamos usar o divulgar información sobre su salud de tal manera que no lo identifique personalmente o revele su identidad.

Familia y Amigos. Podríamos divulgar información sobre su salud a familiares o amigos si obtenemos su aprobación verbal para hacerlo o si le damos una oportunidad para oponerse a dicha divulgación y usted no se opone. También podríamos divulgar información sobre su salud a sus familiares o amigos si podemos deducir por las circunstancias, basándonos en nuestro juicio profesional, que usted no se opondría.

En situaciones donde usted no puede dar consentimiento, porque no está presente o debido a su incapacidad o emergencia médica, podríamos, usando nuestro juicio profesional, usar o divulgar su información a su familiar o amigo si en su mejor interés. En dicha situación, solo divulgaremos la información de salud pertinente al envolvimiento de esa persona en su cuidado

Notificaciones de Violación de Datos. Podríamos usar o divulgar información sobre su salud para proporcionar avisos legalmente requeridos de acceso no autorizado o divulgación de su información de salud. Usted tiene derecho saber de una violación de datos de su información de salud protegida.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD – No vamos a usar o divulgar información sobre su salud por ningún propósito diferente a los que se identificaron en las secciones previas sin su autorización especifica, por escrito. Si usted nos da su autorización para usar o divulgar información sobre su salud, usted puede revocar dicha autorización, **por escrito**, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos información sobre usted por las razones cubiertas por su

autorización escrita, pero no podemos anular usos o divulgaciones ya hechos con su permiso.

SU AUTORIZACIÓN ESCRITA ES REQUERIDA PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES – Los siguientes usos y divulgaciones de su información de salud protegida solo se realizarán con su autorización especifica por escrito:

- Divulgación de información específicamente protegida como VIH, abuso de sustancias, salud mental e información sobre pruebas genéticas.
- Usos y divulgaciones de información de ~~su~~ salud protegida con fines de mercadeo; y,
- Divulgaciones que constituyen la venta de ~~su~~ información de salud protegida.

SUS DERECHOS RELACIONADOS CON LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD – Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud:

Derecho de Inspeccionar y Copiar. Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información de su salud protegida tal como registros médicos y de facturación para tomar decisiones sobre su atención. Usted debe presentar una solicitud por escrito para poder inspeccionar y obtener una copia de su información de salud protegida. Tenemos hasta 15 días para entregarle su información de salud protegida y podemos cobrar una cantidad razonable para cubrir los costos de copiar, enviar por correo, u otros suministros asociados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias limitadas. Podríamos negar su solicitud para inspeccionar y/o copiar expedientes en ciertas circunstancias limitadas. Si a usted se le niega copias de o acceso a su información de salud que mantenemos sobre usted, puede solicitar que su denegación sea revisada por un profesional de la salud con licencia que no esté directamente involucrado con su atención.

Derecho a Corregir. Si usted cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que modifiquemos la información de salud que conservamos. Tiene derecho solicitar una modificación siempre que la información la mantenga esta oficina. Una solicitud de enmienda debe hacerse por escrito a nuestro oficial de privacidad a través de nuestro **Formulario de Enmienda/Corrección de Registro Médicos**. En algunos casos, podemos denegar su solicitud de modificación, por ejemplo, si la solicitud no se hace por escrito o no incluye el motivo que respalda la solicitud.

Derecho a un Informe de Divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de divulgaciones que hemos hecho de información médica sobre usted para propósitos que no sean tratamiento, pago, operaciones de cuidados médicos, y un número limitado de circunstancias especiales que envuelvan la seguridad nacional, instituciones correccionales y cuerpos de seguridad. La lista también excluye divulgaciones que hayamos hecho basándonos en su autorización escrita. Para obtener esta lista, usted debe entregar su solicitud **por escrito** al Oficial de Privacidad. La primera lista que usted solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratis. Podemos cobrarle los costos de proporcionar listas adicionales. Le notificaremos del costo involucrado, y puede elegir retirar o modificar su solicitud en ese entonces, antes de incurrir en cualquier gasto.

Derecho de Solicitar Restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación a la información médica que usemos o divulguemos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulguemos sobre usted a alguien que esté envuelto en su cuidado o el pago de este, como un familiar o amigo. Una solicitud de restricción debe hacerse por escrito a nuestro oficial de privacidad. *No estamos obligados a aceptar su solicitud.* Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia o que la ley nos exija usar o divulgar la información.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Usted tiene derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o a cierto lugar. Por ejemplo, usted puede solicitar que solo lo contactemos en el trabajo o por correo.

Derecho a una Copia Impresa de Este Aviso. Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Usted puede pedir que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Aun si usted ha aceptado recibirla electrónicamente, sigue teniendo derecho a una copia impresa. Comuníquese con Klamath Health Partnership para solicitar una copia de este aviso.

Derecho a Presentar una Queja. Tiene derecho a presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad. Todas las quejas deben hacerse por escrito y deben presentarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que supo o debería haber tenido conocimiento de la supuesta infracción. No habrá represalias contra usted por presentar una queja. Puede presentar una queja comunicándose con nuestro Oficial de Privacidad o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos a través de la información de contacto provista.

Klamath Health Partnership
Oficial de Privacidad
2074 S. 6th Street, Klamath Falls, OR 97601
541-851-8110

Departamento de Salud y
Servicios Humanos de Estados Unidos
Oficina de Derechos Civiles
200 Independence Ave. S.W., Washington D.C. 20201
1-877-696-6775
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

CAMBIOS A ESTE AVISO – Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso, y de hacer que el aviso corregido o cambiado aplique a información médica que ya tengamos sobre usted además de la información que recibamos en el futuro. Fijaremos el último aviso o *un resumen del último aviso* en la oficina con la fecha en que entra en vigor en la esquina superior derecha. Usted tiene derecho a una copia del último aviso vigente.

KLAMATH HEALTH PARTNERSHIP, INC
AVISO SOBRE NO DISCRIMINACIÓN Y REQUISITOS DE ACCESIBILIDAD

La discriminación es illegal.

Klamath Health Partnership cumple con las leyes federales y estatales de derechos civiles aplicables y no excluye ni trata de forma diferente a las personas debido a su raza, origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo.

Klamath Health Partnership proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Klamath Health Partnership al 541-851-8110.

Si considera que Klamath Health Partnership o alguno de sus empleados no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Klamath Health Partnership
Compliance Officer
2074 S. 6th Street
Klamath Falls, OR 97601
1-877-672-8620
hr@kodfp.org

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD
http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

KLAMATH HEALTH PARTNERSHIP, INC.
ACCESO AL IDIOMA

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-541-851-8110

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-541-851-8110

繁體中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-541-851-8110

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-541-851-8110

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-541-851-8110 번으로 전화해 주십시오.

УКРАЇНСЬКА (Ukranian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-xxx-xxx-xxxx

日本語 (Japanese) 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-541-851-8110 まで、お電話にてご連絡ください。

اللغة العربية/ ARABIC ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-541-851-8110.

ລາວ (Lao) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫທ້ານ. ໂທຣ 1-541-851-8110.

ไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-541-851-8110

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-541-851-8110.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-541-851-8110.

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-541-851-8110.

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-541-851-8110

Kajin Majel (Marshallese) LALE: Ñe kwōj kōnono Kajin Ṃajōḷ, kwomaroñ bōk jerbal in jipañ ilo kajin ṇe aṃ ejjeḷọk wōṇāān. Kaaloḳ 1-541-851-8110

ភាសាខ្មែរ (Cambodian) ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, បសវាជំនួយខ្នកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួ ពើអាចមានសំរារ់របរអ្ើ នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-541-851-8110

ကညာနန့ (Burmese) သတိျ ပဳရန္ - အကယ္၍ သင္သည္ ျ မန္မာစကားး ကိုဳေျျ ပာပါက၊ ဘာသာစကားး အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့္ျဲ့အတတက္ စီစဥ္ေျဆာင္ြက္ေျပားပါမည္။ ဖုိန္ျားနံပါတ္ 1-541-851-8110 သုိျ/ိ ေျခၚဆုိပါ။

KLAMATH HEALTH PARTNERSHIP, INC
RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO A PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y DIVULGACIONES

Klamath Health Partnership (referido aquí como "Esta Práctica") tiene Aviso Sobre Prácticas de Privacidad que da información como esta práctica usa y divulga información sobre su salud.

Información de salud protegida podría incluir tanto información creada como recibida por la práctica, podría ser en forma de historial escrito o por grabaciones electrónicas o palabras habladas, y podría incluir información sobre mi historia médica, condición médica, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, formulas médicas, y formas similares de información relacionadas con la salud.

Al firmar esta forma, acepto y entiendo que esta practica puede usar y divulgar información sobre mi salud para:

- Proveer tratamiento;
- Colección de pago;
- Llevar a cabo operaciones de atención médica, como ayudar a mi proveedor a brindar servicios económicos y de calidad; y
- Según lo permita las regulaciones de HIPAA y se describa en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Al firmar esta forma, acepto y entiendo que:

- Tengo el derecho de recibir una copia del Aviso de Practicas de Privacidad y solicitar otra copia en cualquier momento.
- Recibí una copia del Aviso de Practicas de Privacidad actual.
- Que el Aviso puede ser revisado, y tengo derecho a recibir una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado.
- Una copia o resumen de la última versión del Aviso de Prácticas de Privacidad en el sitio web que está en: www.klamathopendoor.com.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Al firmar esta forma, acepto recibir tratamiento médico de esta práctica. Entiendo que:

- Este consentimiento para el tratamiento será efectivo siempre que me vean en cualquier ubicación de esta práctica.
- Puedo cancelar el consentimiento para el tratamiento en escrito in cualquier momento.

Al firmar a continuación, acepto que este documento se me entrego en un idioma que entiendo o que me leyeron en su totalidad y acepto y entiendo las declaraciones hechas anteriormente.

Firma (Paciente / Guardian Legal): _____Date: _____

Nombre (Paciente / Guardian Legal): _____Relación: _____

KLAMATH HEALTH PARTNERSHIP, INC
CONTRATO DEL PACIENTE

Nombre de Paciente: _____Fecha de Nacimiento:_____

Por favor de poner sus iniciales.

Copagos y deductibles tiene que pagarlos a la hora de servicio.

_____ Yo entiendo que los copagos se deben en el momento del servicio. Entiendo que los procedimientos electivos no cubiertos por mi seguro deben pagarse en su totalidad antes de que se pueda programar ese procedimiento.

Medicamentos.

_____ Yo traeré una lista de todos los medicamentos, incluyendo vitaminas y suplementos de hierbas, a mi primera cita con mi proveedor.

_____ Yo entiendo que algunos medicamentos, incluyendo medicamentos que contengan opio (como oxicodona, metadona, hidrocodona, etc.) y benzodiazepinas (Ativan, valio, Xanax, etc.) **no serán surtidas en la primera cita.**

Surtido de Medicamentos.

_____ Yo entiendo que KHP tiene 72 horas para procesar surtidos. Yo llamare a mi farmacia para surtidos de receta al menos que su proveedor le indique lo contrario.

Beneficios de Medicamentos (PBM).

_____ Yo doy mi consentimiento para que Klamath Health Partnership divulgue mi información de salud a mi administrador de Beneficios de Medicamentos (PBM) recetados según sea necesario para coordinar y proporcionar mis beneficios de farmacia o medicamentos recetados.

Nuevos Pacientes.

_____ Yo entiendo que nuevos pacientes que fallen en venir a una cita de nuevo paciente **dos** veces sin cancelar 24 horas antes no tendrán la oportunidad de hacer citas en las clínicas de Klamath Health Partnership.

Registro del Paciente.

_____ Yo me registrare 15 minutos antes de mi cita.

Llegada Tardía.

_____ Yo entiendo que mi cita puede ser programar para otro día si llego 10 minutos tarde.

Citas Canceladas.

_____ Yo cancelare mi cita con un mínimo de 24 horas por adelantado.

Citas Fallidas.

_____ Yo entiendo que fallar **3 o mas** citas puede resultar en despido de la práctica.

Facturación de Seguro.

_____ Yo proporcionare a la práctica información de seguro completa y precisa en cada visita. Entiendo que se me puede facturar por visitas y servicios si la información de mi seguro es inexacta.

Escala de Descuento.

_____ Yo entiendo que todos los pacientes de Klamath Health Partnership pueden solicitar la Escala de Descuento. Entiendo que este programa se basa en los ingresos anuales y debe actualizarse anualmente.

Laboratorio.

_____ La mayoría de los especímenes del laboratorio recolectados en clínica se envíen al laboratorio Interpath o Sky Lakes para realizar las pruebas. Interpath y Sky Lakes facturan por separado los servicios de laboratorio. Se tiene preguntas sobre su factura contacte a Interpath o Sky Lakes.

KLAMATH HEALTH PARTNERSHIP, INC
FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Nombre Preferido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ NSS: _____ Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre

Domicilio: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Dirección de Facturas: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono Celular: _____ de Casa: _____ Teléfono Preferido: _____

Correo electrónico: _____

Farmacia de Preferencia: _____

Idioma: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro: _____ ¿Necesita un intérprete? ☐ Yes ☐ No

Raza: ☐ Indígena Asiático/a ☐ Nativo de Alaska ☐ Afroamericano/Negro ☐ Chino/a ☐ Filipino/a
☐ Guameña / Chamorro/a ☐ Japones/a ☐ Coreano/a ☐ Nativo Americano ☐ Nativo Hawaiano
☐ Otros asiáticos ☐ Nativo de Islas del Pacifico ☐ Samoano/a ☐ Vietnamita ☐ Blanca ☐ Otro: _____

Etnicidad: ☐ No Hispano/a ☐ Cubano/a ☐ Puertorriqueño/a ☐ Mexicano/a o Chicano/a ☐Otro Hispano/a o Latino/a

CONTACO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono Celular: _____ de Casa: _____ de Trabajo: _____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

☐ Paciente es un menor ☐ Paciente es Primario del Seguro Medico

NSS: _____ ☐ Paciente es Persona Responsable

Domicilio: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono Celular: _____ de Casa: _____ de Trabajo: _____

INFORMACION DEL PADRE/TUTOR LEGAL/REPRESENTANTE

Por favor nombre cualquier padre biológico, tutor o representante legal (*comprobante requerido si es el tutor legal, representante o el poder medico etc.).* **Requerido para pacientes menores de edad.**

Nombre: _____ Nombre: _____

Relación: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

☐ Celular ☐ de Casa ☐ Otro: _____ ☐ Celular ☐ de Casa ☐ Otro: _____

PREFERENCIA DE COMUNICACION

Klamath Health Partnership puede dejar un correo de voz por las siguientes razones: (marque todo lo que aplique)

□ Recordatorios de citas □ información medica □ información de facturas

Klamath Health Partnership puede enviar detalles de citas de telesalud por correo electrónico: □ Si □ No

Use: □ Usar **SOLO** el número preferido □ Cualquier número (sin incluir el contacto de emergencia)

□ Padres/Tutor ☐ Otro Nombre de Teléfono: _____

DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

Somos un centro de salud federalmente calificado (FQHC) y recopilamos la siguiente información para mejorar los servicios al paciente y brindar la atención al costo más bajo posible. Esta información es confidencial.

¿Como se describe?: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre trans/Mujer-a-Hombre
☐ Mujer trans/Hombre-a-Mujer ☐ Elijo no revelar

Te consideras a ti mismo: ☐ Heterosexual (no gay o lesbiana) ☐ Bisexual ☐ Lesbiana/Gay ☐ No Se
☐ Elijo no revelar

¿Pronombres preferidos? ☐ Él/Él ☐ Ella/Ella ☐ Ellos/Ellas/Suyos ☐ Elijo no revelar ☐ Otro_____

Información del hogar:

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¿Cuál es el ingreso total en su hogar por año?

Escoja Uno ⟹

O Under $15,060- $20 copago
O $15,061-$20,030- 15% Responsabilidad del paciente
O $20,031-$25,000- 40% Responsabilidad del paciente
O $25,001-$30,120- 70% Responsabilidad del paciente
O Over $31,121- 100% Responsabilidad del paciente

¿Usted o el paciente han experimentado la falta de Vivienda en algún momento en los últimos 12 meses? ☐ Si ☐ No

Estado de empleo:

□ Tiempo Completo □ Medio Tiempo □ Trabajador por cuenta propia □ Jubilado/a

□ Temporal □ Desempleado/a

□ Estudiante, si es menor de 18 años que distrito escolar/escuela: _____ □ Otro: _____

¿Es el paciente Veterano del ejército estadounidense? □ Si □ No

Migrante/ Trabajador temporal:

En las últimas 24 hora, usted u otro miembro de su hogar: □ Si □ No
- ¿Ha sido contratado para hacer trabajo agrícola?
- ¿Gano más de la mitad de los ingresos de su familia en el trabajo agrícola?

En los últimos 24 meses, usted u otro miembro de su hogar: □ Si □ No
- ¿Se has trasladado de esta área a otro país o estado para trabajos agrícolas?
- ¿Vive en esta área y solo trabaja durante la temporada de cosecha?

¿Es el paciente dependiente de un trabajador agrícola? □ Si □ No

FIRMA REQUERIDA *(La comunicación y la información del representante pueden actualizarse en cualquier momento).*

Firma (Paciente / Guardian Legal): _____ Fecha: _____

Nombre (Paciente / Guardian Legal): _____ Relación: _____

KLAMATH HEALTH PARTNERSHIP, INC
ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS
AUTORIZACION PARA EL PAGO DIRECTO

Nombre del Paciente: _____Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Asegurado: _____

Relación con el asegurado: ☐ Mismo ☐ Esposo/a ☐ Hijo/a ☐ Otro: _____

Número de Seguro Social del Asegurado: _____Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Empleador: _____Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Nombre de la compañía de Seguro:_____Teléfono: _____

Número de Identificación:_____Número de Grupo:_____Fecha Efectiva: _____

Por la presente, doy mi consentimiento para que **Klamath Health Partnership, Inc.** facture y cobre los beneficios de gastos médicos, dentales o profesionales permitidos y de lo contrario pagaderos bajo esta póliza de seguro actual como pago de los cargos totales por los servicios profesionales y/o servicios administrados. Una fotocopia de este documento será considerado efectivo y valido como la original.

Pagos hechos por la póliza de seguro no excederá la suma de cargos por los servicios administrados y me comprometo pagar cualquier balance de los servicios administrados que no fuesen pagados por la póliza de seguro.

Autorizo que se revele cualquier información sobre mi salud pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguro, liquidador, o abrogado/apoderado involucrado en este caso. Autorizo a Klamath Health Partnership que iniciar una queja ante el Comisionado de Seguros por cualquier motive en mi nombre.

_____ _____

Firma de Asegurado **Fecha**

_____ _____

Firma de la persona autorizada, si no es el asegurado **Fecha**

_____ _____

Testigo **Fecha**

KLAMATH HEALTH PARTNERSHIP, INC
FORMA DE PRUEBA DE INGRESOS
Aplicación para la escala de descuentos

Esta forma se puede usar para aplicar para la escala de descuentos para servicios médicos, servicios dentales, servicios de salud mental y de farmacia.

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento:_____

Celular: _____ Teléfono de Casa: _____ NSS:_____

Si la persona responsable no es el paciente, proporcione el nombre y la información a continuación.

Nombre del Responsable: _____

Dirección: _____

Por favor liste los miembros de su hogar:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Ingresos

Por favor liste el ingreso que recibe en su hogar de las siguientes fuentes:

	Cantidad	Cada cuanto
Trabajo	$ _____	_____
Desempleo	$ _____	_____
Compensación del trabajador	$ _____	_____
SSD / SSI	$ _____	_____
Manutención de los hijos	$ _____	_____
Estampas de Alimento	$ _____	_____
Beneficios de Seguro Social	$ _____	_____
Pensión de Retiro	$ _____	_____
Prestamos de Estudiante / Ayuda Financiera	$ _____	_____
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	$ _____	_____
Otro: _____	$ _____	_____

Si usted no ha trabajado ni tiene ningún ingreso de las fuentes mencionadas, por favor proporcione su carta de la fuente de trabajo de la oficina de empleo. Por favor explique como usted ha estado satisfaciendo sus gastos básicos.

_____

_____

_____

_____

Requerimos pruebas de ingresos de los últimos 60 días. Documentos que se pueden necesitar en orden de verificar su ingreso:

Compensación del trabajador
Forma W-2
Formas de impuestos
Carta de ingresos del Seguro Social
Carta de ingresos de pensión de retiro
Estudiantes de Colegio: Información de ingresos de los padres / asistencia educacional / prestamos estudiantes
Cheques de pago de los últimos 60 días
Carta de desempleo
Carta de su empleador
Ingresos de la familiar
Estados de cuentas del banco

Yo certifico que la información que ha dado es verdadera y correcta con lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que debo reportar cualquier cambio en mi estado financiero así mi escala de descuento puede ser ajustada de acuerdo con la información y que si fallara en hacerlo resultara en la perdida de los beneficios de la escala de descuento. **Entiendo que se me pedirá aplicar anualmente.**

Entiendo que hay **escalas de descuentos separadas para servicios médicos, dentales, y de farmacia**. Entiendo que **ciertos procedimientos** (DIU, vasectomías, circuncisiones, etc.) y Rayos X **se facturan individualmente.**

_____ _____

Firma del Paciente o Persona Responsable **Fecha**

SÓLO PARA USO DE OFICINA (For Office Use Only)

Family Size: _____ **Total Household Income: _____p/year, month, week (x.4.33)**

Scale: _____ **% Poverty: _____**

Approved By: _____
Name and Signature

Effective Date: _____Renewal Date: _____

Income Verified By: ☐ Pay Stub ☐ Check ☐ Bank Statement ☐ Employment Letter ☐ W-2 Form

KLAMATH HEALTH PARTNERSHIP, INC
AUTHORIZATION TO RELEASE/DISCLOSE INFORMATION
AUTORAZCIÓN PARA DIVULGAR/REVELAR INFORMACIÓN

Chiloquin Open Door	Klamath Open Door	Pine Street Open Door	

Many of our patients allow family member such as their spouse, parents, or others to call and request medical or billing information. We are not authorized to give this information to anyone without the patients consent. If you wish to have your medical or billing information released to a family member or another individual, please indicate their name and relationship:

Muchos de nuestros pacientes permiten que miembros de la familia, como su pareja, padres, u otras personas llamen y soliciten información médica o de sobre su facturación. Nosotros no estamos autorizados a proporcionar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si usted desea que su información médica o su información sobre su cuenta medica sea compartida con otra persona, indique el nombre y el tipo de relación a continuación:

_____ _____

Patient Full Name/Nombre Completo del Paciente **Date of Birth/**Fecha de Nacimiento

I authorize the release of my health information from/ Yo autorizo la divulgación de mi información de salud de:
(**Who has the information you want released? ¿**Quién tiene la información que Ud. quiere sea revelada/obtenida**?)**

Name/ Nombre**:** _____

Address/ Dirección: _____

Phone Number/ Numero de Tel.**:** _____ **Fax Number/** Numero de Fax: _____

I authorize the above named entity to disclose health information that includes the following/ Yo autorizo que la entidad nombrada divulge información de salud que incluya lo siguiente**: (Initial all that apply/** Iniciales en yodo lo que corresponda**)**

Progress Notes/ Notas de Progreso_____ **Med List/**Lista de Medicamentos _____ **HIV/AIDS**/VIH/SIDA _____

EKG/Electrocardiograma_____ **Immunizations**/Immuniaciones _____ **Radiology Reports**/ Reportes de Radiología_____

Labs/Laboratorios_____ **Substance Use/** Uso de Sustancias _____ **Mental Health**/Salud Mental _____

Billing/Facturación _____

Disclose the selected records for/ Revelar los registros seleccionados para ☐ Last 6 Mo. ☐ Last 1Yr. ☐ Last 2Yrs. ☐ All/Todo
Other/Otro: _____

For the purpose of/Para el propósito de: _____

I authorize the release of my health information to/ Yo autorizo la divulgación de mi información de:
(**Where do you want the information sent?** ¿Dónde desea que se envié la información?)

Name/ Nombre: _____

Address/ Dirección: _____

Phone Number/ Numero de Tel.: _____ **Fax Number**/ Numero de Fax: _____

Mail Records to: 2074 S. 6th Street, Klamath Falls, OR 97601
Fax Records to: 541-885-7386

ENGLISH

- **I understand that the authorization to disclose my health information is voluntary. Refusal to sign the authorization will not adversely affect my ability to receive health care services or reimbursement for services.**
- **The only circumstance in which refusal to sign means you will not receive health care services is if the health care services are solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is necessary to make that disclosure.**
- **I understand that I may review and receive a copy of the information described on this form and I am entitled to a copy of this authorization after I sign it.**
- **I understand my medical record may be voluminous and agree to pay all reasonable charges associated with the copy and transfer of this record.**
- **I understand that I may revoke this consent at any time provided that I do so in writing and except to the extent that action has already been taken.**
- **I understand that the health information disclosed may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected.**
- **I understand that it may take up to 15 days to get the copy of my medical records.**
- **I understand that I may contact the privacy officer if I have questions about disclosure of my health information at 541.851.8110.**
- **Under ORS.192.563/42 CFR § 35.17 Health care provider and state health plan charges. A health care provider or state health plan that receives an authorization to disclose protected health information may charge no more than $15.00. Klamath Health Partnership charges $1.00 per page up to $15.00 except for Lab reports, Medication lists, or Immunization history.**

ESPAÑOL

- **Entiendo que la autorización para divulgar mi información de salud es voluntaria. El negarme a firmar la autorización no afectara negativamente mi capacidad de recibir servicios de atención médica o el reembolso de los servicios.**
- **La única circunstancia en las que el negarme a firmar significa que no voy a recibir los servicios de salud es si los servicios de cuidado de la salud son para el único fin de proporcionar información de salud a otra persona y la autorización sea necesaria para realizar dicha divulgación.**
- **Entiendo que puedo ver y recibir una copia de la información descrita en este formulario y tengo derecho a una copia de esta autorización después de firmarla.**
- **Entiendo que mi registro medico puede ser voluminoso y estoy de acuerdo en pagar todos los cargos razonables asociados con la copia y transferencia de este registro.**
- **Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito y excepto en la medida en que ya se haya tomado medidas**
- **Entiendo que la información de salud divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinario y no estar protegida.**
- **Entiendo que puede tomar hasta 15 días para obtener la copia de mi registro médico.**
- **Entiendo que puedo contactar al oficial de privacidad si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud al 541-851-8110. La ley de Oregón ORS.192.563/42 CFR § 35.17 Un Proveedor de atención médica o un plan de salud estatal que reciba una autorización para divulgar información médica protegida no puede cobrar más de $15.00. Klamath Health Partnership cobra $1.00 por página hasta $15.00 excepto Laboratorios, Lista de Medicamentos, o Historial de Vacunas.**

This consent will expire on/ Este consentimiento se vencera el: _____**or 180 days from the date of execution/** o 180 días del la fecha de ejecucion.

I give my permission for my medical information to be faxed to the above fax number/ Soy mi permiso para que mi información médica sea enviada por fax al número de fax. **(Initial/**Inciale**s)** _____

Patient Signature/Firma del Paciente: _____**Date/**Fecha: _____

Patient Representative Signature/Firma del Representante del Paciente**:** _____

Date/Fecha: _____

Mail Records to: 2074 S. 6th Street, Klamath Falls, OR 97601
Fax Records to: 541-885-7386

KLAMATH HEALTH PARTNERSHIP, INC
HISTORIAL MÉDICO
Adulto/a

Por favor llene esta forma al mejor de su conocimiento. Le preguntaremos sobre su salud actual durante sus visitas, pero esta forma nos ayuda a comprender su salud y cómo cuidarlo mejor. Todas las respuestas son ***confidenciales****.*

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE *(Revisa todas las condiciones que tienes)*

☐ Anemia	☐ Depresión	☐ Dolores de cabeza	☐ Problemas renales/de vejiga
☐ Ansiedad	☐ Diabetes	☐ Pérdida de la audición	☐ Enfermedad del hígado
☐ Arritmia	☐ Eczema	☐ Ataque al corazón	☐ Enfermedad pulmonar
☐ Asma	☐ Migrañas	☐ Epilepsia /Convulsiones	☐ Hernia
☐ Coágulos de sangre	☐ Hepatitis	☐ Reflujo Gastroesofágico	☐ Neumonía
☐ Pólipos intestinales	☐ Cálculos biliares	☐ Alta presión	☐ Derrame cerebral
☐ Bulto en el pecho	☐ Glaucoma	☐ Colesterol alto/Lípidos anormal	☐ Enfermedad de tiroides
☐ Concusión	☐ Gota	☐ Síndrome del intestino irritable	☐ Tuberculosis
☐ Estreñimiento	☐ Insomnio	☐ Enfermedad inflamatoria intestinal	☐ Infección del tracto urinario
☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica		☐ Enfermedad del corazón	☐ Infección transmitida sexualmente
☐ Cáncer (Tipo: _____)		☐ Otro: _____	

CIRUGÍAS / HOSPITALIZACIONES

Fecha	Tipo / Razón

HISTORIAL FAMILIAR *(Abuelos, padres, hermanos)*

Enfermedad	Relación	Edad	Tipo
Cáncer			
Depresión			
Diabetes			
Ataque al corazón			
Alta presión			
Colesterol alto			
Derrame cerebral			
Otro			

IMMUNIZACIONES / VACUNAS

(Proporcionar última fecha de vacunación)	
Tétano/ Tos Ferina:	
Neumonía:	
Influenza (gripe):	
COVID-19 *(Enumerar todas las fechas y tipos)*	

Si nació después de 1957, ¿ha tenido una segunda vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubeola? ☐Si ☐No

SALUD REPRODUCTIVA

Número de embarazos: Perdidas: Abortos:

Año	Genero	Complicaciones (si alguna)

Último periodo menstrual: _____ ¿Estas embarazada? ☐Si ☐No

¿Tiene un anticonceptivo? ☐Si, tipo: _____ ☐No

¿Está interesada en algún anticonceptivo? ☐No ☐Si, tipo: _____

¿Tiene un testamento en vida o una Directiva Avanzada? ☐ Si ☐ No ¿Si no, te gustaría uno? ☐ Si ☐ No

¿Tienes una Declaración de Salud Mental? ☐ Si ☐ No ¿Si no, te gustaría uno? ☐ Si ☐ No

.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

CUIDADO PREVENTIVO

Último **Papanicolaou**/**PAP**: _____
¿Algún Papanicolaou anormal? ☐ Si ☐ No
Último **examen de colon**: _____
Tipo: ☐ Tarjeta de materia fecal ☐ FIT ☐ Colonoscopia
¿Algún resultado anormal? ☐ Si ☐ No
Último **HbA1c**: _____Valor: _____%

Último nivel de la próstata (**PSA**): _____
¿Realiza exámenes testiculares mensuales? ☐ Si ☐ No
Última **mamografía**: _____
¿Alguna mamografía anormal? ☐ Si ☐ No
¿Realiza exámenes mensuales de los senos? ☐ Si ☐ No
Última prueba de colesterol**:** _____

ALERGIAS *(Enumere alimentos, medicamentos, alergias y reacciones)*

HÁBITOS DE SALUD

¿Fuma o usa productos del tabaco?
☐ Si ☐No ☐Dejó, fecha: _____
☐ Cigarrillos, por día: _____
☐ Masticado ☐Snuff ☐Inhalado
¿Te gustaría dejar de fumar? ☐Si ☐No

¿Bebe alcohol?
☐ Si ☐No ☐Dejó, fecha: _____
¿Cuánto bebe? _____

¿Usas marihuana? ☐Si ☐No
¿Usas CBD? ☐Si ☐No

¿Usted usa alguna droga recreacional?
☐ Si ☐No ☐Dejó, fecha: _____

¿Hace ejercicio? ☐Si ☐No
¿Con qué frecuencia? _____
¿Qué tipo(s)? _____

¿Cuánto duermes? _____horas

MEDICAMENTOS *(Haga lista de medicamentos, vitaminas, remedios actuales)*

☐ *Marque aquí si los medicamentos se dan en una lista separada*

Nombre de Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Razón

Firma (Paciente / Guardian Legal): _____Fecha: _____