



INFORMACION DEL PACIENTE

| | | | |
|---------------------|-----------------|---------------|-----------------------------------|
| Fecha de Hoy | Apellido | Nombre | Inicial del Segundo Nombre |
|---------------------|-----------------|---------------|-----------------------------------|

| | | |
|----------------------------|-------------|---|
| Fecha de Nacimiento | Edad | Genero/Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |
|----------------------------|-------------|---|

| | | | |
|------------------|---------------|---------------|----------------------|
| Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal |
|------------------|---------------|---------------|----------------------|

| | |
|--|--|
| Primer Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ | ¿Tiene usted instrucciones anticipadas para el cuidado de salud? (tal como, un Testamento o Poder Notarial) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a |
|--|--|

| | |
|--|--|
| Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____ | Estado Marital: <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a) <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Compañero(a) por Vida <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) |
|--|--|

| | |
|---|--|
| Teléfono de Casa: () _____ ¿Podemos dejarle un mensaje en tu casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Numero Preferido para contactarle: <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Teléfono durante el día <input type="checkbox"/> Teléfono Alternativo <input type="checkbox"/> No teléfono disponible |
| Teléfono Durante el Día: () _____ ¿Podemos dejarle un mensaje? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | |
| Numero de Teléfono Alternativo: () _____ ¿Podemos dejarle un mensaje en el teléfono alternativo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | |

Si el paciente esta en 8^{avo} grado o menor grado, por favor indique el Distrito escolar y el nombre de la escuela, si no, solo anote N/A. 8^{avo} grado o menor grado N/A

Distrito Escolar: _____ Nombre de la Escuela: _____

Es participante del programa Illinois Health Connect? No Si No se (Necesita clarificación por parte de la recepcionista)

NECESIDADES ESPECIALES / INFORMACION DEMOGRAFICA ADDICIONAL

| | | |
|---|---|---|
| ¿Tiene usted alguno de los siguientes impedimentos? Visual <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Auditivo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Verbal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Trauma Reciente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Mecanismo Educativo Se dieron instrucciones verbales Se dieron instrucciones escritas Se dieron instrucciones con señas | Requisitos Religiosos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si, por favor explique: _____ |
|---|---|---|

Sin Hogar Permanente: No Albergue Hogar Transicional Desconoce
 Hacinamiento(mas de una familia en el hogar) Vive en la Calle

Trabajador (a) del Campo: No Estacional Migrante

Barreras de Lenguaje: No Si **Veterano(a) :** No Si

| | |
|--|---|
| Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Otro/Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco | Grupo Étnico: <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Desconoce |
|--|---|

Como se entero de nuestros servicios? (marque todos los que apliquen)

| | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Volante | <input type="checkbox"/> Anuncio | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> T.V. | <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Feria de Salud | <input type="checkbox"/> Anuncios Gigantes |
| <input type="checkbox"/> Correo | <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> Presentación | <input type="checkbox"/> Libro de Teléfono | <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo | <input type="checkbox"/> Internet/Website | |
| <input type="checkbox"/> Paciente Actual | <input type="checkbox"/> Dr. _____ | <input type="checkbox"/> Plan de Seguro Medico _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hospital _____ | <input type="checkbox"/> Agencia de Servicios Social _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Empleado(a) de Tía Marthas _____ | | | | | | |

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de la persona en caso de Emergencia _____

Numero de Teléfono _____

Relación con el(la) paciente _____

()

PERSONA RESPONSABLEPadre, Madre/ Guardián Legal / Persona Responsable : **SI EL MISMO QUE EL(LA) PACIENTE, Por favor marque esta caja** Sr. Srta. Sra. Otro(a)

Apellido _____

Primer Nombre _____

Inicial-Segundo Nombre _____

Apellido Previo _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Edad _____

Relación con el (la) paciente(s). _____

Sexo: Masculino Femenino

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Condado _____

()

()

Numero de Teléfono Primario _____

Numero de Teléfono Alternativo _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO*Por favor muestre su tarjeta de seguro medico y una identificación con foto a la recepcionista. Verificación de Ingresos es un requisito para todos los pacientes, con y sin seguro medico.*Persona Responsable del pago de servicios: **SI EL MISMO QUE EL(LA) PACIENTE, Por favor marque esta caja** ¿Es esta persona un paciente actual de Aunt Martha's? No Si ¿Esta persona está bajo cobertura de seguro medico? No Si

Apellido _____

Primer Nombre _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

()

()

Numero de Teléfono Primario _____

Numero de Teléfono Alternativo _____

SEGURO MEDICO PRIMARIO

Por favor indique el seguro medico primario:

 Medicaid Medicare Illinois Health Connect Harmony / HMO Seguro Privado / PPO Ninguno

Nombre del Asegurado(a) _____

Numero de Recipiente/Póliza _____

\$ _____

Relación del paciente con el(la) Asegurado(a): Mismo(a) Esposo(a)

Co-Pago / Deducible _____

 Hijo(a) Otro _____**SEGURO MEDICO PRIMARIO**

Nombre del seguro medico secundario (Si Aplica) _____

Numero de Recipiente/Póliza _____

Nombre del Asegurado(a) _____

Relación con el(la) paciente _____

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Numero de Personas en la Familia: _____

Ingreso Familiar Combinado: \$ _____ Por semana / Mes / Año

Ingreso Anual: \$ _____

OFFICE USE ONLY:Signature FormsPatient Registration Form is Signed and Dated: YES NOMedical Consent/HIPAA is Signed and Dated: YES NOSliding Fee Forms (Uninsured Patients)Sliding Fee Application: YES NO N/ACurrent Income Documentation: YES NO N/ACurrent Financial Waiver: YES NO N/ASlide has been assigned: YES NO N/A

Income Re-Certify Date: _____

Staff Signature: _____

Autorización: Con mi firma yo certifico que toda la información suministrada en las hojas de registro del paciente esta correcta según mi conocimiento. Yo, autorizo la liberación de cualquier información médica u otra información necesaria para el procesamiento de reclamos a Aunt Martha's Health Center.

X _____

Firma del Paciente / Padre-Madre o Tutor Legal

Fecha



AUNT MARTHA'S HEALTH CENTER
Consentimiento para Servicios Médicos

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Doy mi consentimiento para recibir servicios médicos ofrecidos por Aunt Martha's Health Center. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento. También comprendo que cualquier información con respecto a mi historial o tratamiento médico será confidencial a menos que deba ser revelado bajo las leyes estatales y federales. Doy mi consentimiento para la liberación de mi historial médico a Medicaid, Medicare, compañías de seguros, organizaciones de acreditación y a otros programas de Aunt Martha's.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Personal/Testigo

Fecha

Si usted está solicitando los servicios de planificación familiar, por favor lea y firme abajo:

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Es mi decisión personal de buscar y **recibir servicios de planificación familiar por medio de Aunt Martha's Health Center**. Doy mi consentimiento para la liberación de mi historial médico a Medicaid, Medicare, compañías de seguros, organizaciones de acreditación y a otros programas de Aunt Martha's.

Doy mi consentimiento para recibir un examen físico, incluyendo una evaluación de la salud general, un examen pélvico y de los senos. .

Doy mi consentimiento para las pruebas de laboratorio, incluyendo análisis de orina, el hematocrito, la prueba del Papanicolaou, pruebas de embarazo y detección de ETS (enfermedades transmitidas sexualmente) cuando sean medicamente adecuadas.

Nota para los adolescentes que solicitan servicios de planificación familiar:

Bien entiendo que los servicios de planificación familiar que se ofrecen a través de Aunt Martha's son confidenciales, Aunt Martha's me anima a hablar con mis padres/tutores acerca de los servicios que estoy buscando. Es mi responsabilidad de compartir esta información con mis padres/tutores y el personal de Aunt Martha's me ayudara si así lo deseo.

Firma del Paciente

Fecha

Entrevistador

Fecha

**Conocimiento de Información sobre Directivas por Anticipado,
Derechos y Responsabilidades del Cliente y Aviso de Practicas de Privacidad**

Al firmar abajo, reconozco que Aunt Martha's me ha proporcionado con una copia de los Derechos y Responsabilidades del Cliente y Aviso de Practicas de Privacidad. He recibido mis copias, he leído y entiendo la información que se me ha proporcionado.

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Testigo (Personal de Aunt Martha's)

Fecha



Cuestionario de Salud

Lista de Nueve Síntomas de Depresión

(Para pacientes de 11 años y mayores)

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

1. Durante las **últimas dos semanas**, ¿con que frecuencia le han molestado cualquiera de los siguientes problemas?

| | Nunca | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| a. Poco interés o placer en hacer las cosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Se siente triste, deprimido o sin esperanza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Dificultad para conciliar/mantener el sueño o dormir demasiado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Siente cansancio o tiene poca energía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Falta de apetito o comer en exceso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Sentirse mal con uno mismo, o que usted es un fracaso, o que ha decepcionado a si mismo/a o a su familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Se mueve o habla tan lentamente que otras personas pueden darse cuenta. O todo lo contrario – ser tan inquieto o intranquilo que mueve mucho más de lo acostumbrado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Pensamientos de que sería mejor estar muerto o de querer hacerse daño de alguna manera ** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

***Si usted ha tenido pensamientos que sería mejor estar muerto o de querer hacerse daño, por favor platique esto con su médico o cualquier otro proveedor de salud. Si este tipo de pensamientos ocurren cuando no hay ayuda disponible, acuda a la sala de emergencia del hospital o llame al 911.*

2. Si usted se ha identificado con **cualquier** problema en este cuestionario, ¿Qué tan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su hogar, o llevarse bien con la gente debido a estos problemas?

Nada difícil Algo difícil Muy difícil Extremadamente difícil

(SOLO PARA PERSONAL DE LA CLINICA)

| | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| | Add columns: _____ + _____ + _____ |
| Total # of Symptoms: _____ | Total Score: _____ |

Staff Signature: _____ Date: _____

Provider Signature (if applicable): _____ Date: _____



DENTAL HEALTH ASSESSMENT

Name: _____

Today's Date: _____

Phone Number: _____

Date of Birth: _____

In order for Aunt Martha's to provide you quality health care, we need to know about you. Please answer the following questions honestly. Check the appropriate box for each question.

- 1. When is the last time you had a dental exam?
 - Less than 6 months ago
 - 6 months – 1 ½ years ago
 - More than 1 ½ years ago
 - I don't know
- 2. When is the last time you had your teeth cleaned?
 - Less than 6 months ago
 - 6 months – 1 ½ years ago
 - More than 1 ½ years ago
 - I don't know
- 3. Do your gums bleed when you brush your teeth?
 - Yes
 - No
 - I don't know
- 4. Do you have pain in your mouth?
 - Yes
 - No
 - I don't know

ASESORAMIENTO DE SALUD DENTAL

Nombre: _____

Fecha de hoy: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____

Para que Aunt Martha's pueda proveerle calidad en su atención médica, por favor conteste las siguientes preguntas con honestidad. Marque la respuesta para cada pregunta.

- 1. ¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo un examen dental?
 - Menos de 6 meses
 - 6 meses – 1 ½ años
 - Mas de 1 ½ años
 - No sé
- 2. ¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo una limpieza de dientes?
 - Menos de 6 meses
 - 6 meses – 1 ½ años
 - Mas de 1 ½ años
 - No sé
- 3. ¿Sus encías sangran cuando se cepilla los dientes?
 - Sí
 - No
 - No sé
- 4. ¿Tiene usted dolor en la boca?
 - Sí
 - No
 - No sé

For office use only

Reviewed by: _____
Signature

_____ Date

Referred? Yes No



AUNT MARTHA'S HEALTH CENTER
EVALUACION INICIAL DE LA SALUD

Form fields for Fecha, Nombre, Teléfono, Fecha de Nacimiento, and Edad.

¿Cómo calificaría su salud general? Excelente Buena Regular Mala
Razón principal para la visita de hoy:
Otros motivos de preocupación:

REVISION DE LOS SINTOMAS: Marque los síntomas actuales que tiene.

Constitucional

- Fiebres recientes/sudores
Perdida/aumento de peso inexplicable
Cansancio/debilidad inexplicable

Ojos

- Cambios en la visión

Oídos/Nariz/Garganta/Boca

- Dificultad para oír/zumbido en los oídos
Fiebre de heno/alergias/congestión
Dificultad para tragar alimentos

Cardiovascular

- Dolor en el pecho/malestar
Palpitaciones
Falta de respiro

Senos

- Bulto en el seno
Secreción del pezón

Respiratoria

- Tos/respiración ruidosa
Tos con sangre

Gastrointestinal

- Acidez/reflujo
Sangre o cambios en evacuación intestinal
Nausea/vomito/diarrea
Dolor en el abdomen

Genitourinaria

- Orinar con dolor/sangrado
Salida de orina
Orinar durante la noche
Secreción: pene o vagina
Sangrado vaginal inusual
Preocupación por la funciones sexuales

Musculoesqueléticos

- Dolor muscular/articular
Dolor de espalda reciente

Piel

- Piel irritada
Nuevo o cambio en un lunar

Neurológica

- Dolores de cabeza
Pérdida de memoria
Desmayo

Psiquiátrico

- Ansiedad/estrés
Problemas de sueño

Sangre/Linfático

- Bultos inexplicables
Fácil aparición de moretes/sangrado

Endo

- Intolerancia al frío/calor
Aumento de sed/apetito

HISTORIAL MEDICO:

¿Tiene alguno de los siguientes problemas?

- Reflujo ácido (acidez estomacal)
Alcoholismo/otra adicción
Alergias (ambientales)
Ansiedad
Asma
Fibrilación auricular
Cáncer (especifique)
Problema de coágulos (sangrado o coagulación)
Problema de colesterol
Dolor crónico de la espalda
Depresión
Diabetes mellitus
Disfunción Eréctil
Enfermedades del corazón (especifique)
Hipertensión (presión arterial alta)
Síndrome del intestino irritable
Migrañas
Osteopenia u Osteoporosis
Problemas de la próstata
Problema de la tiroides
Otros problemas (por favor indique):

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas? Si es así, por favor indique en que año:

Cáncer de Ataque del corazón Transfusión de sangre
Por favor especifique Derrame Convulsiones

ANTECEDENTES QUIRURGICOS: Por favor liste todas las operaciones anteriores y fechas. No he tenido ninguna cirugía previa

Table with 2 columns: Operación, Fecha. Two empty rows for recording surgical history.



AUNT MARTHA'S HEALTH CENTER
EVALUACION INICIAL DE LA SALUD
 (continuación)

| | |
|---------|----------------------|
| Nombre: | Fecha de Nacimiento: |
|---------|----------------------|

HISTORIAL REPRODUCTIVO:

HISTORIAL MENSTRUAL

Edad que comenzaron los periodos menstruales: ____ años Número de días entre periodos: ____ días.
 Duración del periodo: ____ días de sangrado. Flujo: Ligero Mediano Intenso
 Fecha de la última menstruación: _____ Certeza del último periodo: Segura Insegura
 Método de control de la natalidad: Condones Pastillas: Nombre _____ Dispositivo intrauterino
 Depo-Provera Nuva Ring Implanon Diafragma Ligadura de trompas Ortho Evra Patch
 ¿Sangrado penetrante? Sí No ¿Pasa coágulos? Sí No
 ¿Cambio de humor antes/durante su periodo? Si No Diagnóstico previo de: Ovarios poli quísticos Endometriosis

¿ES USTED POSMENOPAUSICA? Sí No

Edad de la menopausia: ____ años.
 ¿Ha recibido terapia de reemplazo hormonal? No Si Tipo: _____ # de años: _____ ¿Sofocos? Sí No

HISTORIAL DE EMBARAZO INCLUYENDO EMBARAZO TUBAL Y ABORTO INVOLUNTARIO

total de embarazos: _____ Terminó Completo Prematuro # de abortos involuntarios: _____ # of abortos _____
 ¿Embarazo ectópico/tubal? Si No # de embarazos múltiples (gemelos): _____ # de cesáreas: _____ # de niños que viven: _____

HISTORIAL DE PAPANICOLAOU

Fecha del último Papanicolaou: _____ ¿Normal? Sí No
 ¿Ha tenido un Papanicolaou anormal? Si No Fecha y tratamiento: _____
 ¿Dónde se realizó el Papanicolaou? _____
 ¿Tomo su madre dietilestilbestro (DES) mientras estaba embarazada de usted? Sí No No lo se

HISTORIAL SOCIAL:

Título del trabajo : _____ Estado Civil: Soltero Casado Divorciado
 Viudo Separado Comprometido

Ejercicio: No Si Activo/a, pero no ejercicio formal Muy activo, 4 o más veces a la semana
 Moderado, 1-3 veces por semana Mínimo Sedente
 Consumo de tabaco: Si No Tipo: _____ # por día _____ por _____ años. ¿Dejo el tabaco? Si Cuando: _____
 Consumo de alcohol: Si No Tipo: _____ # por día _____ por _____ años. ¿Dejo el alcohol? Si Cuando: _____
 Abuso de sustancias ilegales: Si No Tipo: _____ Frecuencia _____ por _____ años.
 ¿Dejo las sustancias ilegales? Si Cuando: _____
 Consumo de cafeína: (te, café, refrescos) Si No Tipo: _____ # por día _____ por _____ años.

¿Es usted sexualmente activo/a? Si No Edad de su primer encuentro: _____
 ¿Alguien te ha forzado a tener relaciones sexuales? Si No si contesto **Si**, por favor explique: _____

¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección porque su pareja no quiso usar protección(a pesar de que usted quería usar protección)?
 Si No si contestó **Si**, por favor explique: _____

¿Su pareja le escucha? Sí No ¿Su pareja respeta sus decisiones? Si No si contesto **no**, por favor explique: _____

¿Alguna vez ha tomado demasiado y tenido relaciones sexuales aunque usted no lo deseaba? Si No si contesto **Si**, por favor explique _____

¿Ha experimentado una actividad sexual que no se sentía bien, le duele o le asusta? Yes No si contesto **Si**, por favor explique: _____

¿Su pareja o alguien importante para usted han abusado emocionalmente o físicamente de usted? Si No si contesto **Si**, por favor explique: _____

¿Le tiene temor a su pareja o a alguien más? Si No si contesto **Si**, por favor explique: _____



AUNT MARTHA'S HEALTH CENTER
EVALUACION INICIAL DE LA SALUD
 (continuación)

| | |
|---------|----------------------|
| Nombre: | Fecha de Nacimiento: |
|---------|----------------------|

INFORMACION DE CONTACTO:

Los resultados estarán disponibles en la clínica en aproximadamente 10 a 14 días a partir de la fecha de su examen. Si sus resultados son anormales o requieren pruebas adicionales, el personal de la clínica se comunicara con usted en una de las siguientes maneras: **(Por favor marque una de las opciones.** La clínica le llamara al teléfono que usted indique en este formulario.)

- Si usted **no** está disponible vamos a dejar un mensaje indicando que "la clínica de Aunt Martha's" llamo.
- Si usted **no** está disponible vamos a dejar un mensaje indicando que "Tiffany" llamo. Sera su responsabilidad de comunicarse con la clínica.
- No deseo ser contactado por la clínica bajo ninguna circunstancia. Entiendo que es mi responsabilidad de ponerme en contacto con la clínica en 10 a 14 días para obtener los resultados de mi examen.

Número de teléfono: _____ Numero de Pager: _____
 ¿Es este su número o un numero de mensaje? Mío Mensaje

Si no podemos comunicarnos al/los números de teléfonos indicados, una carta certificada se enviara a la dirección que usted ha proporcionado y se le solicitara que se ponga en contacto con la clínica. Si usted ha dado positivo a una enfermedad transmitida sexualmente, y no hemos podido comunicarnos para el tratamiento, el Estado será notificado. El Estado se pondrá en contacto con usted y le proporcionara el tratamiento necesario

Iniciales del Cliente: _____

He recibido el paquete de educación para la salud. Yo puedo participar en mi plan de tratamiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi salud y mi plan de tratamiento. La información que compartí anteriormente en la entrevista y durante mi examen es honesta y correcta según mi conocimiento.

| | |
|---|------------|
| Firma del Cliente | Fecha |
| Firma del Entrevistador/Interviewer Signature | Fecha/Date |
| Firma del Proveedor /Clinician Signature | Fecha/Date |



AUNT MARTHA'S HEALTH CENTER

Una Introducción a las Directivas Anticipadas: Testamento en Vida y Poder Notarial para la Atención Médica

¿Qué es una Directiva Anticipada?

Una Directiva Avanzada es un documento que le permite:

- Expresar sus deseos sobre su cuidado de salud en una forma que le dirá a otros como cuidar de usted, ya que llegue el momento en que usted este incapaz de tomar o comunicar decisiones por sí mismo.
- El dar una "directiva anticipada" significa:
 - Dar sus instrucciones con anticipación
- Hay dos tipos de directivas anticipadas:
 - El Testamento de Vidal
 - El Poder Notarial Duradero para la atención médica

¿Qué es un Testamento en Vida?

- Una declaración escrita de sus deseos con respecto al tratamiento médico si usted tiene una enfermedad terminal y la muerte es inminente y que es incapaz de tomar decisiones por sí mismo
- Si se encuentra al fin de una enfermedad terminal, le permite elegir el tipo de atención que usted desea o no desea.
- Puede proporcionar instrucciones a sus proveedores de atención médica acerca de su cuidado médico si usted tiene una enfermedad terminal, incluso si usted no desea nombrar a un individuo específico para servir como su agente bajo un Poder Notarial para la Atención Médica;
- Se puede cambiar o revocar por usted en cualquier momento;
- Es un documento que se le aconseja compartir con una o más de las siguientes personas:
 - Miembro de la familia o amigo cercano
 - Su médico
 - Su abogado
 - Su "representante" designado (su Poder Notarial para la Atención de Salud) si tiene uno

¿Por qué es una buena idea tener un Avance Directivo?

Una directiva anticipada puede ayudarle a prepararse para tomar decisiones sobre la atención médica o una enfermedad que amenace su vida, al declarar sus deseos ahora.

Si no desea tener una directiva anticipada, es de beneficio discutir sus deseos con las personas (como un tutor, cónyuge, hijos mayores de edad, y otras personas cercanas a usted) que puedan ser capaces de hacer decisiones médicas en su nombre.

¿Qué es un Poder Notarial para el Cuidado de la Salud?

Un poder notarial para el cuidado de salud es:

- Un documento escrito que se pueda utilizar para designar a una persona de su elección (su "representante") que atiende y está de acuerdo para tomar decisiones de atención médica por usted; ;
- Se convierte efectivamente al tiempo que usted afirma en el documento, y como tal,
 - Puede aplicar un amplio grado de decisiones sobre su salud
 - Permite a confiar en una persona de confianza para que decida lo que es mejor para usted
- Se refiere a las decisiones de atención médica:
 - Que no desea hacer por usted por cualquier motivo, o
 - Que se debe hacer cuando usted está muy enfermo y no puede comunicar decisiones por sí mismo
- Requiere que su representante respete sus deseos sobre el cuidado médico tal como usted lo ha indicado
- Se puede cambiar o revocar por usted en cualquier momento

¿Dónde Puedo Obtener Más Información?

Para información sobre los diferentes tipos de directivas anticipadas (testamento vital, poder notarial para la atención médica, órdenes de no resucitar), consulte las siguientes fuentes:

1. Su abogado o servicio de asistencia legal
2. Su condado o departamento de salud estatal
3. Departamento de Salud Pública de Illinois
 - Email: www.idph.state.il.us
 - Mail: 535 W. Jefferson St.
Springfield, IL 62761

AUNT MARTHA'S HEALTH CENTER

Derechos y Responsabilidades del Cliente

El Centro de Salud Aunt Martha's está dedicado a proveer al cliente el mayor cuidado posible para satisfacer sus necesidades identificadas. Para poder lograr esto creemos que es importante incluir a nuestros clientes y padres/tutores legales, (cuando sea aplicable) en todas las decisiones que afectan directamente en su tratamiento de acuerdo con la póliza establecida en la parte II de Salud Mental y el código de desarrollo e incapacidades. Nuestra agencia ha desarrollado los siguientes derechos y responsabilidades para los clientes.

Es la obligación de los empleados de Aunt Martha's informarle de sus derechos y responsabilidades antes de empezar los servicios del programa en un lenguaje o método de comunicación en el que usted pueda entender.

- Usted tiene el derecho de recibir información confidencial la cual es gobernada por la ley conocida como Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud) y por leyes estatales (donde es aplicable). Su información personal solo será utilizada como es describe en el Aviso de Practicas de Privacidad, al menos que una autorización por escrito se le dé a usted o a su representante legal, solo si es aplicable, excepto cuando sea requerido por la ley.
- Usted tiene el derecho de ser informado de la naturaleza, la disponibilidad (incluyendo las horas que el cuidado está disponible) y objetivos de todos los servicios con los que cuenta la agencia o otros recursos.
- Usted tiene el derecho de ser tratado con respeto, cortesía y en un ambiente menos restrictivo.
- Usted tiene el derecho a recibir los servicios sin importar su edad, sexo, raza, religión, origen étnico o incapacidad. Sin embargo, si usted es menor de 18 años, necesitara un permiso de sus padres o tutor legal, a menos que usted esté buscando los servicios de planificación familiar y que tenga 12 años de edad o más.
- Usted tiene el derecho de ser libre de abuso, negligencia o explotación. Usted no puede ser sujeto a ningún tipo de violación a sus derechos, tales como abuso físico, humillación, ridiculización, abuso verbal o ninguna otra disciplina que pueda dañar su dignidad o valor como persona.
- Usted tiene el derecho de solicitar su expediente clínico como cliente y examinar su contenido en presencia de un empleado calificado que pueda interpretar su contenido. Puede solicitar un informe con aclaraciones que se incluyan en su expediente si usted encuentra cualquier discrepancia.
- Usted o su tutor legal tienen el derecho de hacer una queja o apelar decisiones adversas del proveedor incluyendo al Director Ejecutivo o la posición comparable y ser informado del resultado de la petición.
- Usted o su tutor legal tiene el derecho de no aceptar los servicios, incluyendo medicamento. Usted deberá ser informado de servicios alternativos disponibles y el riesgo que estos traigan, si existe alguno, así como las consecuencias posibles de no aceptar los servicios.
- Tratamiento y/o servicios no deberán ser negados, reducidos, suspendidos o terminados por exigir sus derechos.
- Usted deberá ser informado si existe algún pago o políticas de pago por los servicios ofrecidos. En programas de la clínica, la imposibilidad de pagar no será el factor determinante de admitirlo o terminar los servicios.
- Usted tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las decisiones de su atención medica.
- Usted tiene el derecho a ser informado sobre los programas financieros relacionados con su cuidado médico, tratamiento o servicios.
- Usted tiene la responsabilidad de proporcionar información pertinente al personal de la clínica y al médico o proveedor de atención medica en la medida que le sea posible.
- Usted tiene el derecho y responsabilidad de hacer preguntas si no entiende las instrucciones que se le dan.
- Usted tiene la responsabilidad de aceptar las consecuencias que pueden ocurrir como resultado de decisiones que toma, de las acciones que toma o de la inacción.
- Usted tiene la responsabilidad de seguir las reglas y regulaciones específicas a nuestras instalaciones.
- Usted tiene la responsabilidad de respetar a los demás pacientes y al personal.
- Usted tiene la responsabilidad de hacer un esfuerzo para pagar las cuentas relacionadas con el tratamiento de las que es responsable.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El Centro de Salud de Aunt Martha's es una entidad cubierta bajo HIPPA (por sus siglas en Ingles). Como una entidad encubierta, Aunt Martha's está comprometida en asegurarle que su información privada de salud es tratada en forma confidencial. Esta nota describe casos en los que información de su salud puede ser divulgada (para usarse fuera de Aunt Martha's). Con excepción de los accesos descritos en este aviso, información de su salud no será divulgada sin su autorización firmada.

Uso de información para tratamiento, pago y operaciones

1. Con el fin de proporcionar atención médica, obtener pago por los servicios y garantizar la calidad y la eficiencia, habrá momentos en que debemos compartir información fuera de la organización.
 - a. Un ejemplo que puede ocurrir bajo tratamiento sería llamar a un médico o a un hospital a los cuales usted estaría siendo referido y proporcionar información acerca de su condición.
 - b. Para los propósitos de pago, podremos enviarle información a su compañía de seguros, requerida para poder procesar su cuenta.
 - c. Para las operaciones, puede ser que permitamos que su expediente sea repasado por un revisor o un interventor externo.
2. En los casos anteriormente mencionados, su información personal de salud puede ser divulgada. En cada uno de estas circunstancias, las entidades que revisan su información estarán limitados por ley federal o dicho de otra manera tendrán la responsabilidad de mantener su información personal confidencial.
3. La información que podemos divulgar bajo estas circunstancias no sería limitada y podría incluir información con respecto a la infección del HIV, el abuso de sustancias, y/o a enfermedades psiquiátricas.
4. Usted puede solicitar restricciones mas allá de las indicadas en este aviso pero nuestra organización no está obligada a garantizar la restricción(es) por usted requerida(s) a menos que acordemos hacerlo así.

El derecho para inspeccionar y enmendar expedientes

- Usted tiene el derecho de examinar su expediente médico como cliente o cualquier otro documento poseído por Aunt Martha's que contenga información personal de salud con rara excepciones.
- Si usted cree que cualquiera de la información examinada no es precisa, usted tiene el derecho de solicitar que la información sea cambiada de modo que sea precisa.
- Una petición para examinar o enmendar información de su salud deberá hacerse por escrito. Si usted hace tal petición, esta será evaluada por un oficial o designado de privacidad de Aunt Martha's para determinar si su petición para examinar información de su salud y/o el cambio solicitado en información relevante a su salud le es permitido.
- Usted será informado de una decisión (para la inspección o la enmienda/cambio del expediente) dentro de un período de tiempo razonable.
- Si una decisión se toma para cambiar la información por usted requerida, el cambio será realizado y se hará un esfuerzo para informar a otras entidades que pudieron haber recibido información inexacta.
- Sin embargo, si se determina que no se autoriza ningún cambio, usted será informado de esta decisión también. Usted puede apelar esta decisión sometiendo nuevamente su petición para el cambio por escrito e indicando en esta petición que usted ahora está apelando una decisión anterior.
- Después del recibo de la segunda petición los expedientes serán reevaluados por un médico licenciado que no estuvo implicado en su tratamiento o en la decisión para negar la petición inicial. La decisión en este segundo paso de revisión será final.

Accesos directos para investigación

- Es posible que la información de su salud pueda ser acezada por un investigador.
- Tal acceso no será permitido bajo ninguna circunstancia a menos que el investigador haya demostrado claramente que la información de su salud será tratada confidencialmente y que las medidas de protección serán las más adecuadas para asegurarse de que no ocurra un acceso no autorizado.
- En estas situaciones si es factible, usted será contactado y se le solicitara permiso para que su información pueda ser utilizada para dicho propósito.

- Sea que usted permita o no que un información sea utilizada, sus servicios en Aunt Martha's no se verán afectados de ninguna manera. Su tratamiento bajo ninguna circunstancia estará condicionado por su aprobación a que su información sea utilizada.
- En situaciones donde no es factible obtener su aprobación, su información puede aun ser utilizada (pero no en casos donde usted haya pedido que su información no sea utilizada) siempre y cuando el investigador haya demostrado que medidas apropiadas serán tomadas para proteger su identidad, y que medidas apropiadas serán tomadas para prevenir el acceso no autorizado, y que cualquier información referente a su identidad será destruida tan temprano como sea posible en la investigación.
- Cualquier acceso más allá de que esta descrito anteriormente requiere generalmente que usted firme una forma de autorización excepto bajo circunstancias raras y extenuantes.
- Tía Martha's ha formado un comité de Conformidad Corporativo HIPAA, el cual es responsable de supervisar la implementación de los esfuerzos de conformidad de Aunt Martha's HIPAA y de asegurarse de que información personal de su salud será tratada confidencialmente. Los miembros de dicho comité, incluyendo aquellos responsables de investigar quejas, se mencionan a continuación:

| | |
|-----------------------|-----------------|
| ○ Director Ejecutivo | Raúl Garza |
| ○ Director Medico | Jennifer Byrd |
| ○ Oficialía de Quejas | Ernest González |

- Usted puede someter una queja verbalmente o por escrito a cualquier recibidor de quejas en cualquiera de las localidades anteriormente mencionadas. Si usted deja un mensaje de correo de voz, incluya su nombre de paciente/cliente y detalles sobre la queja.
- Además, si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, usted tiene el derecho de quejarse a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos en la oficina de Derechos Civiles.
- Este aviso de prácticas de privacidad está sujeto a cambiar. Si ocurre un cambio, el cambio será fijado en nuestra área de espera y en nuestro sitio Web a la hora que sea implementado o tan pronto como sea posible después de la implementación.