



¿Como se entereo de Carolina Health Centers?

(Porfavor escoga uno de los sigentes)

- Miembro de familia, Amigo/a, o companero de trabajo
- Periodico
- Libro telefonico
- Feria de salud o otro evento de la comunidad
- Radio
- Otro:

Reconocimiento de Recibimiento de Noticia de Privacidad

Para uso de la Oficina Solamente:

Nombre del Paciente: _____
Expediente Medico #: _____
Fecha de Recibimiento: _____

Al firmar esta forma, usted reconoce que Carolina Health Centers, Inc. le ha dado a usted una copia de la Noticia de Privacidad, la cual explica como su informacion medica sera manejada en varias situaciones.

Marque todas las que apliquen:

Yo he recibido la Noticia de Privacidad de Carolina Health Centers, Inc.

Carolina Health Centers, Inc. me ha dado la oportunidad de discutir mis preocupaciones y preguntas de la privacidad de mi informacion medica.

Yo elijo revelar mi informacion a las siguientes personas:

Firma del Paciente

El personal de Carolina Health Centers, Inc. debe de llenar este Forma de Reconocimiento si no firmada:

1. El paciente tiene copia del Aviso de Privacidad: Si No
2. Favor de explicar porque el paciente no pudo firmar la forma de reconocimiento y los esfuerzos de Carolina Health Centers, al tratar de obtener la firma del paciente:

Consentimiento ePrescribing

EPrescribing es la capacidad del médico de enviar electrónicamente un exacto, libre de errores, y comprensible la prescripción directamente a una farmacia desde el punto de atención. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar electrónicamente de prescripciones es un elemento importante en la mejora de la calidad de la atención al paciente. EPrescribing reduce enormemente los errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (MMA) de 2003 señaló que las normas que han de incluirse en un programa ePrescribe. Estos incluyen:

- **Formulario y beneficiarse de las transacciones** - da al prescriptor información acerca de qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de la droga.
- **Medicamentos** - proporciona las transacciones de historial médico con información sobre medicamentos que el paciente ya está tomando para minimizar el número de eventos adversos por medicamentos.
- **Notificación de estado de llenado** - Permite al médico para recibir un aviso electrónico de la farmacia diciéndoles si la prescripción del paciente ha sido recogido, no recogido, o parcialmente lleno.

Al firmar este formulario de consentimiento, estás aceptando que Carolina centros de salud pueden solicitar y usar su medicamento de venta con receta historia de otros proveedores de servicios de salud y/o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento. En otras palabras, usted nos concede permiso para ver su historial de medicamentos recetados para que podamos atenderlo mejor enviando sus recetas a la farmacia electrónicamente. Podremos ver cualquiera de los medicamentos que hayan sido prescritos para usted en el pasado, así como información acerca de si o no usted ha conseguido una receta.

La comprensión de todo lo anterior, he decidido proporcionar consentimiento informado a los centros de salud de Carolina para inscribirse en el programa ePrescribe conmigo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Imprimir nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

HISTORIAL DE SALUD

de Expediente: _____

NOMBRE y APELLIDO: _____ EDAD: _____ FECHA: _____

Hospitalizaciones y Cirugías: _____

Problemas Médicos: _____

¿Toma Medicamentos?: _____

Alergias que usted tiene a la medicina: _____

Síntomas Médicos: Marque todos los síntomas de que padece

- General** Uso de: Tabaco (en el pasado o presente); alcohol, cafeína o drogas' escalofríos; mareo; desmayo; fiebre; sudores; historial de cáncer; un cambio de peso; Dolores de cabeza recurrentes; anemia; transfusión de sangre; expuesto al o riesgo del SIDA; ¿Cuándo fue su última vacuna contra tétano? _____ ¿contra poliomia? _____ ¿Hace usted ejercicios? Si/No
- Ojos** Ojos cruzados; visión doble; dolor de ojo; visión borrosa; glaucoma; ojos enrojecidos
- Oídos** Dolor de oído; descarga del oído; pérdida de oído; zumbido en los oídos
- Nariz/garganta** Sangramiento de la nariz; problemas con la tiroides; sinusitis; fiebre de heno; ronquera; problemas con los dientes o las encías
- Cardiovascular** Dolor en el pecho; alta presión de la sangre; ritmo cardíaco irregular; circulación inadecuada; murmullos del corazón; ataque al corazón; enfermedad cardíaca; falta de aire; colesterol alto
- Respiratorio** Tos crónica; asma; enfisema; expectoración de sangre; pulmonía; respiración sibilante; sudores nocturnos
- Gastrointestinal** Falta de apetito; cambios intestinales; estreñimiento; diarrea; náusea; úlceras; sangramiento del recto; enfermedades del hígado; ictericia; hepatitis; enfermedad de la vesícula biliar; hemorroides; sangre en el excremento; excremento muy oscuro o negro
- Genitourinario** Sangre en las orinas; dolor y/o ardor al orinar; dificultad para orinar; problemas con la próstata; cálculos renales; enfermedad venérea; dificultades sexuales
- Musculoesqueleto** Artritis; gota; fracturas; dolor de espalda crónico; heridas
- Neurológico** Confusión; lesiones en la cabeza; entumecimiento; convulsiones; desmayo; derrame cerebral; mareo o vértigo
- Psiquiátrico** Ansiedad; depresión; adicción a drogas; intento de suicidio; dificultad para dormir; problemas en el matrimonio
- Endocrina** Diabetes; letargo o cansancio; intolerancia al calor o frío; enfermedad de la tiroides
- Dermatosis** Piel seca; cáncer de piel; llagas que no se sanan; lunares que se cambian de aparición
- Ginecológico (sólo mujeres)** Fecha de su último papanicolaó: _____ último mamograma: _____ # de embarazos: _____ # de nacimientos: _____; reglas irregulares o dolorosas; sangramiento entre reglas o después de tener relaciones. Método anticonceptivo que usa: ninguno – la pastilla anticonceptiva – condones – diafragma – ritmo – dispositivo intrauterino – inyecciones – ligadura de las trompas – vasectomía – otro
- Historia Familiar** Favor de marcar las enfermedades que sus familiares tienen o han tenido: diabetes; enfermedades cardíacas; hipertensión o alta presión de sangre; cáncer; abuso de alcohol; ; derrame cerebral; asma; depresión; tuberculosis; glaucoma

Otros síntomas y/o comentarios: _____

Firma de Abastecedor

Fecha