

# WILLING HELPERS MEDICAL CLINIC – Formulario de Ingreso Médico

**Ponga una marca de verificación al lado de los documentos  
que va a proporcionar al momento por ingreso.**

## **Prueba de Identificación (marque una)**

- Licencia de conducir o Identificación del estado
- Pasaporte

## **Prueba de Residencia (marque una)**

- Cuenta actual de servicios públicos
- Cuenta actual de teléfono
- Póliza actual de seguro del carro
- Cuenta actual de servicios públicos
- Cuenta actual de teléfono
- Estado de cuenta bancaria actual
- Otra \_\_\_\_\_

(La cuenta del hospital no sirve como una prueba de residencia.)

## **Prueba de Ingresos (marque una)**

- Formulario de impuestos sobre la renta W-2 o 1099
- Talones de pago actuales correspondientes a 30 días de trabajo
- Carta de adjudicación de discapacidad
- Declaración de salario por falta de ingresos del Departamento de Trabajo
- Se necesita una carta de apoyo si el solicitante no está empleado (disponible en nuestro sitio web)
- Si está casado/a, tanto usted como su cónyuge deberán proporcionar prueba de ingresos de las opciones anteriores

*Somos un centro de atención médica financiado al 100 % por donaciones. Para seguir ofreciendo servicios de salud de alta calidad, le invitamos a hacer una donación opcional de \$10 en cada visita. Esta donación no es obligatoria y no afectará su capacidad de recibir atención. Todas las contribuciones nos ayudan a continuar sirviendo a nuestra comunidad. ¡Gracias por su apoyo!*

## WILLING HELPERS MEDICAL CLINIC – Formulario de Ingreso Médico

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ Número Social: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino Feminino  
 Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Raza: ☐ Nativo Americano/ Indígena ☐ Medio Oriente o Norte de África ☐ Asiático ☐ Caucásico  
☐ Hawaiano Nativo o Isleño del Pacífico ☐ Afroamericano ☐ Hispano/ Latino  
 Lenguaje Preferido: \_\_\_\_\_ Necesita un intérprete? Sí No  
 Orientación Sexual: \_\_\_\_\_ Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a  
 Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo se enteró de esta clínica? Internet Referencia de Su Doctor Hospital  
 Referencia de Especialista Paciente Actual Otro \_\_\_\_\_  
 Compañía de Seguros \_\_\_\_\_  
 Motivo de la visita (Por qué está en la clínica hoy): \_\_\_\_\_  
 Quiénes son sus otros doctores \_\_\_\_\_  
 Última vez en una clínica: \_\_\_\_\_  
 Última vez en la hospital: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

### **HISTORIA SOCIAL:**

Fisicamente activo/a: Sí No. Cuánto? \_\_\_\_\_  
 Fuma? Sí No \_\_\_\_\_ Vapea Sí No  
 Bebe Alcohol? Ninguno De vez en cuando Moderado Fuerte  
 Consume drogas recreativas? Sí No ☐ Marijuana ☐ Meth ☐ Cocaina ☐ Heroína ☐ Otra  
 Cafeína? Ninguno De vez en cuando Moderado Fuerte  
 Transporte: ☐ Tengo carro que funciona ☐ No carro/quebrado ☐ Tengo ayuda ☐ NO Tengo ayuda  
 Ha aplicado por discapacidad? Sí o No Ha aplicado por Medicaid? Sí No  
 Tiene suficiente comida? Sí o No ☐ Tengo SNAP ☐ Uso bancos de alimentos  
 Eres una persona espiritual? Sí o No Si marca "sí", quieres ayuda espiritual? Sí o No  
 Cómo te podemos ayudar en tu meta espiritual? \_\_\_\_\_  
 Necesidades Especiales ☐ Leyendo ☐ Vista ☐ Escuchando ☐ Caminando ☐ Hablando ☐ Lenguaje  
 Cuántas horas duerme cada noche? \_\_\_\_\_ Dificultades para dormir: Sí o No Roncha: Sí o No  
☐ Tengo agua y luz donde vivo. ☐ No tengo agua y luz donde vivo.

### **VACUNAS:**

		Fecha Aprox.			Fecha Aprox.
<b>Tétanos</b>	Sí o No		<b>Influenza</b>	Sí o No	
<b>Hepatitis</b>	Sí o No		<b>Covid</b>	Sí o No	
<b>Neumonía</b>	Sí o No				

WILLING HELPERS MEDICAL CLINIC – Formulario de Ingreso Médico

**CIRUGÍAS PREVIAS**

TIPO DE CIRUGÍA	FECHA

**ALERGIAS:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:**

PARIENTE	EDAD	ENFERMEDADES	VIVO/A (SI/NO)	CAUSA DE MUERTE
PADRE				
MADRE				
HERMANA				
HERMANO				
OTROS?				

# WILLING HELPERS MEDICAL CLINIC – Formulario de Ingreso Médico

## ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES:

SIDA/VIH	Sí	No	Enfermedad Cardíaca	Yes	No
Anemia	Sí	No	Insuficiencia Cardíaca	Yes	No
Artritis	Sí	No	Reflujo/ Acidez	Yes	No
Asma	Yes	No	Hepatitis B	Yes	No
Dolor de la Espalda	Yes	No	Hepatitis C	Yes	No
Bipolar	Yes	No	Alta colesterol	Yes	No
Coágulos de sangre	Yes	No	Alto Presión	Yes	No
Bronquitis	Yes	No	Enfermedad del Tíroide	Yes	No
Enfisema	Yes	No	Síndrome del Intestino Irritable	Yes	No
Cáncer	Yes	No	Enfermedad del riñon	Yes	No
Dolor del pecho	Yes	No	Piedras del riñon	Yes	No
Cirrosis/ Enfermedad del hígado	Yes	No	Dolor de la pierna	Yes	No
Insuficiencia Cardíaca Congestiva (CHF)	Yes	No	Trastorno Psicológico	Yes	No
Depresión/Ansiedad	Yes	No	Adormecimiento	Yes	No
Diabetes	Yes	No	Ataques de pánico	Yes	No
Desmayo	Yes	No	Neumonía	Yes	No
Dolor de Cabeza/ Jaqueca	Yes	No	Coagulo del pulmón	Yes	No
Infección Urinaria	Yes	No	Epilepsia	Yes	No
Cálculos Biliares	Yes	No	Mareos severos	Yes	No
Lleva lentes / contactos	Yes	No	Cancer del piel	Yes	No
Gota	Yes	No	STI/ETS	Yes	No
Perdida de Audicion	Yes	No	Derrame/ Infarto Cerebral	Yes	No
Infarto del corazon	Yes	No	Ulcera del estomago	Yes	No

## WILLING HELPERS MEDICAL CLINIC – Formulario de Ingreso Médico

## MEDICAMENTOS

[illegible]

## Willing Helpers Medical Clinic Derechos y Responsabilidades del Paciente

Los **DERECHOS** del paciente incluyen:

- El derecho a ser tratado con respeto y dignidad todo el tiempo.
- El derecho a preguntar, hablar sobre preocupaciones y participar en las decisiones sobre el plan del tratamiento.
- El derecho a recibir explicaciones claras sobre los procesos, los riesgos, los resultados posibles y la probabilidad de éxito.
- El derecho a no recibir procedimientos sin consentimiento voluntario e informado.
- El derecho a expresar pensamientos incómodos al compartirlos con algún miembro de la clínica durante su visita.
- El derecho a privacidad y confidencialidad con respecto a los datos personales e informativos relacionados con la atención médica.
- El derecho a que se respeten los valores, creencias y preferencias incluyendo los culturales, psicosociales, espirituales y personales. También el derecho a estar libre de toda forma de abuso, negligencia, explotación o acoso.

Las **RESPONSABILIDADES** del paciente incluyen:

- La responsabilidad de completar la solicitud de inscripción de la clínica antes de recibir tratamiento médico.
- La responsabilidad de notificar con anticipación si no puede asistir a una cita programada en la clínica o en la consulta de un especialista al que la clínica lo haya referido. Las citas deben cancelarse a más tardar al mediodía del día anterior a la cita.
- La responsabilidad de informar a algún miembro de la clínica si hay cambios en su información (dirección, número de teléfono, ingresos, seguro) de manera oportuna.
- La responsabilidad de proveer una lista completa de todos los medicamentos que toma en cada visita a la clínica incluyendo la fuerza, la dosis y la frecuencia. (Traiga todas las botellas de medicamentos a cada cita.)
- La responsabilidad de avisar a la clínica al menos una semana antes de necesitar resurtidos de medicamentos.
- La responsabilidad de cumplir con todas las políticas y procedimientos de la clínica.
- La responsabilidad de cumplir con el plan de tratamiento indicado.
- La responsabilidad de cumplir con todas las pruebas diagnósticas y procedimientos dentro del tiempo recomendado.
- La responsabilidad de no usar palabras ni realizar actividades abusivas.
- La responsabilidad de notificar cualquier cambio en su salud a su proveedor médico.

***El incumplimiento de cualquiera de lo anterior podría resultar en la pérdida de privilegios en la clínica. El incumplimiento será registrado en la historia clínica del paciente y será revisado por el Gerente de la Clínica y/o el Director Ejecutivo después de tres registros de incumplimiento.***

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Willing Helpers Medical Clinic**  
**Política de Cancelación de Citas / No Presentación**

Gracias por confiar su atención médica a Willing Helpers Medical Clinic.

Cuando programa una cita con Willing Helpers Medical Clinic, reservamos el tiempo suficiente para brindarle la atención de la más alta calidad.

Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible y, a más tardar 24 horas antes de su cita programada. Esto nos permite programar a otros pacientes que puedan estar esperando una cita.

Si va a llegar más de 15 minutos tarde a su cita, por favor comuníquese con la oficina para notificarnos y asegurarse de que todavía pueda ser atendido ese día.

Por favor, consulte nuestra Política de Cancelación de Citas / No Presentación a continuación:

- A partir del 1 de mayo de 2019, se registrará en la historia clínica de cualquier paciente establecido o nuevo que no se presente o cancele/reprograme una cita sin un aviso de al menos 24 horas.
- Cualquier paciente establecido o nuevo que no se presente a una cita o cancele/reprograme una cita sin un aviso de 24 horas por tercera vez en un período de un año será dado de baja de Willing Helpers Medical Clinic y no se le reprogramará la cita.
- Cualquier paciente establecido o nuevo que llegue más de 15 minutos tarde a una cita programada por tercera vez en un período de un año será dado de baja de Willing Helpers Medical Clinic y no se le reprogramará la cita.
- Willing Helpers Medical Clinic intenta recordar a los pacientes sus citas por teléfono o correo electrónico. Sin embargo, incluso si no recibe una llamada o mensaje de recordatorio, la Política mencionada anteriormente seguirá vigente.

Entendemos que pueden presentarse ocasiones en las que ocurra una emergencia imprevista y no pueda asistir a su cita programada.

Si experimenta circunstancias excepcionales, por favor comuníquese con la clínica lo antes posible. Puede dejar mensajes en Willing Helpers Medical Clinic las 24 horas del día, los 7 días de la semana a 678-625-8317 o a [info@willinghelpersclinic.com](mailto:info@willinghelpersclinic.com).

He leído y entiendo la Política de Cancelación de Citas / No Presentación y acepto sus términos.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Willing Helpers Medical Clinic

### Preferencias del Contacto y Reconocimiento de Recepción de las Prácticas de Privacidad

Responda las siguientes preguntas sobre sus preferencias de privacidad  
y actualice la clínica si esta información cambia por favor.

#### PREFERENCIAS DE MENSAJES

**RECORDATORIOS DE CITAS** ¿Podemos dejar mensajes de voz, correo electrónico o mensajes de texto  
relacionados con sus citas en la clínica?

Mensajes de Voz	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Correo Electrónico	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Mensaje de Texto	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

**INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD:** ¿Podemos dejar mensajes de voz, correo electrónico o  
mensajes de texto relacionados con su información médica y de salud, incluyendo, pero sin limitarse a,  
resultados de pruebas, información sobre recetas y recomendaciones?

Mensajes de Voz	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Correo Electrónico	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Mensaje de Texto	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

#### FAMILIA Y AMIGOS

**FAMILIA Y AMIGOS:** Podemos discutir su información médica general con su familia y amigos?

SÍ ☐ NO ☐ SOLAMENTE ESTAS PERSONAS ☐ (por favor, escriba abajo)

Familiares y amigos específicos con quienes Willing Helpers pueden discutir mi atención médica:

Nombre: _____	Parentesco: _____
Nombre: _____	Parentesco: _____
Nombre: _____	Parentesco: _____

#### RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia  
del Aviso de Prácticas de Privacidad de Willing Helpers Medical.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_