



Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin

Paquete de Bienvenida para Pacientes Nuevos

Favor de rellenarlo y devolvérselo al CHCFC

Greenfield Medical & Dental

102 Main Street
Greenfield, MA 01301

Tel: (413) 325 - 8500

Urgent Dental Care

164 High Street
Greenfield, MA 01301

Tel: (413) 325 - 8700

Orange Medical & Dental

450 W River Street
Orange, MA 01364

Tel: (978) 544 - 7800



¡BIENVENIDO AL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD DEL CONDADO FRANKLIN!

Estoy tan contenta de que usted esté aquí. CHCFC no es simplemente un centro médico “habitual”. Estamos orgullosos de hacer las cosas de manera diferente. Somos una organización sin fines de lucro, esto quiere decir que nos regimos por nuestra misión, en vez de regirnos por obtener dinero. Nadie es dueño de esta compañía, porque le pertenece a la comunidad entera. Le pertenece a usted.

Nos esmeramos en dar cuidado de salud de alta calidad para todos los miembros de nuestra comunidad con respeto, sin prejuicios. Nadie debe quedarse fuera. Por ser un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC) tenemos programas de control de calidad y una junta directiva conformada por miembros de la comunidad, de los cuales la mayoría son pacientes aquí. Si usted tiene interés en solicitar ser miembro de la junta directiva, por favor déjenos saber enviando un email a info@chcfc.org.

En CHCFC, estamos aquí si usted está enfermo, pero también queremos ayudarle a alcanzar lo mejor de su salud. Estamos localizados en Greenfield y en Orange; y ofrecemos una variedad de servicios incluyendo salud odontológica, médica y de comportamiento, y asistencia médica pediátrica, tratamiento para la adicción, salud sexual y reproductiva. La buena salud a veces quiere decir medicina, pero también quiere decir conexiones sociales, transporte para llegar a su cita, un ambiente seguro, ayuda con su seguro de salud, ejercicios, comidas nutritivas, un intérprete de idiomas, y mucho más. Como paciente de este centro de salud, usted tiene acceso a recursos y programas que apoyan su salud completamente. Por favor déjenos saber lo que necesita, para nosotros poder conectarle.

Escoger un centro de salud calificado federalmente (FQHC), como lo es nuestra oficina, indica que recibirá un cuidado de salud centrado en cada paciente – y esto tiene el mejor efecto secundario: cuando le servimos a usted, usted está apoyando el centro de salud de su comunidad.

Háganos saber si usted tiene alguna pregunta, preocupación o sugerencia. Es un privilegio ser sus socios en la salud.

Sinceramente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Allison van der Velden", written over a light blue horizontal line.

Allison van der Velden
CEO (Directora Ejecutiva)

Greenfield Medical & Dental
102 Main Street
Greenfield, MA 01301

Tel: (413) 325 - 8500

Urgent Dental Care
164 High Street
Greenfield, MA 01301

Tel: (413) 325 - 8700

Orange Medical & Dental
119 New Athol Rd
Orange, MA 01364

Tel: (978) 544 - 7800

Formulario para Registro de Pacientes

Fecha: _____

Favor Inscribirme para:	<input type="checkbox"/> Servicios Médicos	<input type="checkbox"/> Servicios Dentales	<input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental
Lugar:	<input type="checkbox"/> Greenfield	<input type="checkbox"/> Orange	<input type="checkbox"/> Baystate (Sólo Urgencias dentales)

Información del Paciente

Fecha de hoy: _____

Nombre legal (Nombre & Apellido): _____

Nombre de preferencia: _____ Pronombres: _____

Sexo asignado al nacer*: Femenino Masculino No binaria Otra Desconocida X

**A pesar de que CHCFC reconoce una variedad de géneros/sexos, muchas compañías de seguros y entidades legales no lo hacen. Por favor sepa que se nos requiere usar el nombre y sexo enlistado en su seguro de salud para los documentos relacionados con el seguro, cobros y correspondencia. Durante su visita y en cualquier otro lugar usaremos su nombre y pronombres actuales.*

Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____

Dirección de correos: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono 1: _____ Celular Casa Trabajo

Teléfono 2: _____ Celular Casa Trabajo

Correo electrónico: _____

Nombre del padre/la madre (si aplica): _____

Nombre del tutor legal (si aplica): _____

Nombre del Contacto de Emergencias: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Farmacia de Preferencia: _____

Información de Seguro y Pagos

¿Tiene usted Seguro Médico? Sí No

Nombre del Subscriber: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el Subscriber: _____

Plan Primario: _____ Póliza/No. de identificación: _____

Plan Secundario: _____ Póliza/No. de identificación: _____

Tiene usted Seguro Dental Sí No

Plan Secundario: _____ Póliza/No. de identificación: _____

Plan Secundario: _____ Póliza/No. de identificación: _____

¿Le gustaría solicitar una escala de cobros por ingresos? Sí

¿Le gustaría obtener ayuda para solicitar un seguro? Sí



Información Demográfica

Como centro de salud que recibe financiamiento Federal, se nos requiere coleccionar esta información. Todas sus respuestas son confidenciales.

Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispana/Latina/Latinex <input type="checkbox"/> Puertorriqueña <input type="checkbox"/> No-Hispana <input type="checkbox"/> Cubana <input type="checkbox"/> Mexicana/Americana Mexicana <input type="checkbox"/> Rechazada <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____		Raza (seleccione una o más) <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Amerindia o Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Rechazada <input type="checkbox"/> Alguna otra Carrera	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado/en pareja <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separada <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Niña/ Niño <input type="checkbox"/> Otra Significativa <input type="checkbox"/> Socio Doméstico		Identidad de Género <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No Binaria <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer Transgenero (MTF) <input type="checkbox"/> Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Otros, especificar : _____ <input type="checkbox"/> Elige no revelar	
		Religión _____	
		Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Información Financiera Familiar Tamaño de la Familia/Hogar: _____ Ingresos \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Asistencia del gobierno <input type="checkbox"/> Seguridad Social		Lengua: Lengua Primaria: _____ ¿Quisiera tener un intérprete para su cita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		¿Empleado en atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		¿Vive en residencia communal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Trabajo & Vivienda ¿Cuál es su estado de empleo? <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desactivada <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleadas <input type="checkbox"/> Estudiante de medio tiempo <input type="checkbox"/> Empleador Jubilado _____ ¿Eres empleada de CHCFC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Trabaja Usted en Agricultura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿Cuál es su estatus? <input type="checkbox"/> Por estación <input type="checkbox"/> Migrante ¿Actualmente está usted sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es usted veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rama de Servicio _____	
Transporte ¿Necesita ayuda con transporte para sus citas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Consentimiento y Divulgación:

Por medio de la presente, yo autorizo al Centro de Salud Comunitario del Condado Franklin para que me dé tratamiento a mí y a mi familia como sea necesario, incluyendo cuidados de emergencia. También autorizo la divulgación de toda la información necesaria para mi compañía de seguro de salud, fiador, y/o proveedor de servicios médicos/dentales con el propósito de recibir pago o para la continuación de mi tratamiento. Yo asigno al Centro de Salud Comunitario del Condado Franklin para cobrar y recolectar beneficios de seguro pagables debido a los tratamientos para mi familia y para mí. Yo comprendo que puedo ser responsable de pagar cualquier servicio que no sea cubierto por mi seguro u otros beneficios, incluyendo costos incurridos bajo cobertura para accidentes como compensación de trabajadores o seguros para vehículos. Yo comprendo que mi compañía de seguros puede requerir que yo tenga un proveedor designado por parte de CHCFC como mi proveedor de cuidados de salud de cabecera para que mis visitas médicas puedan ser cubiertas.

X

Firma del Paciente o Padres/Representante Legal

Fecha

Staff Initials: _____



Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin

PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

No daremos información a nadie a menos que su nombre esté escrito abajo y que usted haya firmado. Esta cesión de información no incluye solicitudes a/de oficinas de otros médicos, solicitudes de compañías de seguro médico o de otras agencias externas. Usted debe rellenar cesiones específicas para estos propósitos.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

1. Yo por la presente le doy permiso al CHCFC a que divulgue lo siguiente a las personas en la lista de abajo:

- Recetas escritas o medicamentos
- Recoger o hablar de resultados de análisis o requisiciones de exámenes (por ejemplo, órdenes de laboratorio)
- Placas dentales
- Hablar de referidos a o citas con especialistas
- Verificar o cambiar mi cita al centro de salud
- Hablar de tratamiento dental
- Enfermera de la escuela, director, psicólogo (relacionado con la escuela)

	Relación con ud: _____
	Relación con ud: _____
	Relación con ud: _____

~ O ~

2. No permito que se divulgue información sobre mí a nadie:	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

FAVOR DE FIRMAR ABAJO

Firma del paciente / tutor: _____

Fecha: _____

Por favor continúe con la página siguiente.

HISTORIAL DE SALUD PARA PACIENTES NUEVOS

NOMBRE: _____ **FECHA DENACIMIENTO:** _____

Fecha del último examen físico: _____ Fecha del último examen dental: _____

Proveedor: _____ Dentista: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

MEDICAMENTOS (incluso medicamentos sin receta, vitaminas, y suplementos):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ALERGIAS (incluso a medicamentos, alimentos, o cosas en el medio ambiente):

NINGUNA ALERGIA CONOCIDA
 Aspirina
 Barbitúricos
 Yodo
 Látex/caucho
 Anestesia local
 Penicilina
 Metales
 Sedantes
 Sulfa
 Otra: _____

¿Ud. toma, o ha tomado en cualquier momento, drogas bifosfonatas (por ej., Fosamax, Actonel, Boniva)? **SÍ** **NO**

¿En algún momento ha tenido que estar **hospitalizado**? **SÍ** **NO**
 Si sí, ¿para qué? _____

¿Ud. ha tenido **cirugías**?..... **SÍ** **NO**
 Si sí, ¿para qué? _____

¿Cuándo fue su última **colonoscopia**? _____

¿Cuándo fue su última vacuna contra el **tétanos**? _____

*** SOLAMENTE LAS MUJERES ***

¿Está embarazada o piensa que puede estar embarazada? **SÍ** **NO**

¿Está amamantando actualmente? **SÍ** **NO**

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? _____ ¿Ha salido anormal una prueba? **SÍ** **NO**

¿Cuándo fue su último mamograma? _____ ¿Ha salido anormal un mamograma? **SÍ** **NO**

Reviewed by provider (initials): _____

Revisado por el proveedor (iniciales)

HISTORIAL MÉDICO

CORAZÓN / VASOS SANGUÍNEOS <input type="checkbox"/> NADA <input type="checkbox"/> Angina (dolor del pecho) <input type="checkbox"/> Defecto congénito <input type="checkbox"/> Endocarditis <input type="checkbox"/> Ataque al corazón _____ (fecha) <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón _____ (fecha) <input type="checkbox"/> Alta presión <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> Soplo (murmullo) <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Derrame cerebral (stroke) _____ (fecha) Otro: _____	PULMONES <input type="checkbox"/> NADA <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> EPOC (COPD) <input type="checkbox"/> Tos con sangre <input type="checkbox"/> Tos persistente <input type="checkbox"/> Corto de respiración <input type="checkbox"/> Tuberculosis Otro: _____	BOCA / DIENTES <input type="checkbox"/> NADA <input type="checkbox"/> Encías que sangran <input type="checkbox"/> Apretar/rechinar los dientes <input type="checkbox"/> Dificultad para masticar <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula <input type="checkbox"/> Dolor / Hinchazón <input type="checkbox"/> Sensibilidad <input type="checkbox"/> Llagas en la boca Otro: _____
ESTÓMAGO / INTESTINOS <input type="checkbox"/> NADA <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> ERGE (GERD) (Acidez / Reflujo ácido) <input type="checkbox"/> Hepatitis A B C <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Úlceras del estómago <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa Otro: _____	ENDOCRINO <input type="checkbox"/> NADA <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 2 <input type="checkbox"/> Tiroides hiperactiva (hipertiroidismo) <input type="checkbox"/> Tiroides hipoactiva (hipotiroidismo) Otro: _____	SEXUAL <input type="checkbox"/> NADA <input type="checkbox"/> SIDA / VIH <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> VPH Otro: _____
HUESOS / MÚSCULOS / ARTICULACIONES <input type="checkbox"/> NADA <input type="checkbox"/> Dolor crónico <input type="checkbox"/> Reemplazo de una articulación (qué articulación y cuándo) _____ <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Trastorno de la ATM Otro: _____	CEREBRO / EMOCIONES / NERVIOS <input type="checkbox"/> NADA <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> TEPT (PTSD) Otro: _____	OTRO <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones <input type="checkbox"/> Otra(s) condición(es): _____ _____ Cáncer (tipo): _____ _____

HISTORIAL SOCIAL

¿Exposición a sustancias peligrosas? **SÍ** **NO** Especificar: _____
 ¿Usa productos de tabaco? **SÍ** **NO** Tipo: _____ ¿Cuánto? ¿Por cuánto tiempo? _____
 ¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas? _____ # de bebidas cada día _____ Tipo: _____
 ¿En algún momento usó drogas de la calle? **SÍ** **NO** Tipo: _____
 ¿Toma bebidas con cafeína? **SÍ** **NO** Tipo: _____
 ¿Toma bebidas que contienen azúcar? **SÍ** **NO** Tipo: _____
 ¿Sigue una dieta especial? **SÍ** **NO** Tipo: _____
 ¿Hace ejercicio? **SÍ** **NO** ¿Qué tipo?/ ¿Con qué frecuencia? _____
 ¿Cuál es el grado más alto que ha completado en la escuela? _____

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Reviewed by provider (initials): _____
 Revisado por el proveedor (iniciales)

Community Health Center of Franklin County

Consentimiento del paciente para el intercambio de información de salud

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Por favor escriba claramente)

Apellido **Primer Nombre** **Segundo Nombre Inicial**

Fecha de Nacimiento (mm/dd /aa) **Número de Registro Médico/Dental** **Número de teléfono**

Domicilio: Ciudad, Estado, Código Postal

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Al aceptar DAR EL CONSENTIMIENTO a continuación, autorizo a cualquiera de las partes designadas en la página siguiente a que se comuniquen entre sí verbalmente, por escrito o a través del intercambio electrónico de información. Dicha comunicación puede incluir solicitar, recibir, proporcionar y usar mi información médica / dental. Entiendo que el propósito de comunicarme acerca de mí es permitir que las partes evalúen mis necesidades, me brinden servicios y coordinen mi atención. Además, entiendo que se me puede exigir que firme formularios de consentimiento adicionales para ser elegible para la cobertura y los pagos del seguro o ciertos tipos de tratamientos y servicios.

Entiendo que mi información médica / dental incluirá toda la información pertinente de mi registro médico / dental como se describe aquí:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Mi nombre y otra información de identificación personal. • Mi identidad como solicitante o receptor de servicios de atención médica, que puede incluir trastornos por el uso de sustancias y / o servicios de salud mental. <ul style="list-style-type: none"> • El contenido de mi registro médico / dental, que puede incluir: <ul style="list-style-type: none"> - Problemas / diagnósticos. - Visitas / descargos / exámenes y resúmenes. - Pruebas de laboratorio / rayos x y resultados. - Medicamentos. - Procedimientos. - Historia familiar / social. - Otra información sobre mi salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Mi registro médico / dental puede incluir información sobre las siguientes condiciones y tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> - Salud mental. - Trastorno por uso de sustancias. - Enfermedades de transmisión sexual. - Embarazos / abortos. - Abuso doméstico. - Violación / agresión sexual. - Enfermedades genéticas, pruebas, y resultados de pruebas. - Mamografías. - Otra información sobre mi salud. |
|--|--|

Entiendo que tengo el derecho de excluir el intercambio de ciertos tipos de información de salud. Excluyo lo siguiente:

Entiendo que ciertas leyes federales, incluida la Ley de responsabilidad y portabilidad de la información de salud (HIPAA), permiten que los proveedores y otras organizaciones de atención médica intercambien gran parte de mi información de salud sin mi consentimiento para brindarme tratamiento, recibir el pago de mi atención y Gestionar y coordinar mi cuidado. Además, entiendo que la ley me permite o exige a mis proveedores de atención médica que proporcionen parte de mi información médica / dental sin mi consentimiento a otros proveedores de atención médica, agencias de salud pública y agencias de cumplimiento de la ley para fines que incluyen, entre otros, emergencias médicas / dentales, calidad Informes, auditorías, delitos contra personas y bienes, y ciertas órdenes legales. Entiendo que el Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin no es responsable por la re-divulgación autorizada o no autorizada de mi información de salud por parte de proveedores que reciben.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD (continuación)

Entiendo que los siguientes proveedores de atención médica, incluidos su personal, empleados y entidades contratadas, pueden proporcionar o recibir mi información médica / dental con el fin de evaluar mis necesidades, brindarme servicios y coordinar mi atención. Entiendo que solo los proveedores que necesitan coordinar un aspecto particular de mi atención proporcionarán o recibirán información sobre ese aspecto de mi atención.

Transferencia de registros a CHCFC **Transferencia de registros de CHCFC**

Proveedores específicos/ Practicas Especialistas

Adjuntar hojas adicionales si es necesario

Anterior PCP (solo registros entrantes):

Designacion General

Entiendo que cualquiera de mis proveedores de tratamiento pueden proporcionar o recibir mi información médica / dental para fines de tratamiento. Entiendo que tengo derecho a obtener, previa solicitud, una lista de entidades a las que se haya divulgado mi información médica / dental (Lista de Divulgaciones), de conformidad con la designación general.

Registros a ser divulgados:

Médico

Dental

Otros: _____

Tipo de registros:

Registro completo

Solo inmunizaciones (vacunas)

Otros: _____

Período de información:

Período completo de atención médica.

Doy permiso para compartir información de mi registro médico / dental sobre las pruebas de anticuerpos y antígenos del VIH con:

Imprimir nombre del lugar médico y proveedor

Iniciales del paciente

Fecha

Entiendo que mis proveedores de atención médica pueden comunicar mi información por cualquier medio, incluso verbalmente, en papel, por fax, por transmisión electrónica segura y por la Autopista de información de salud de Massachusetts (Masswayway).

MI ELECCIÓN DE CONSENTIMIENTO

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento.

Doy CONSENTIMIENTO. Con mi firma a continuación, reconozco que he dado mi consentimiento según lo indicado anteriormente de manera libre, voluntaria y sin coacción. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento; sin embargo, cualquier información que ya haya sido intercambiada no puede ser retirada. El consentimiento expira un año después de la Fecha de entrada en vigencia de este consentimiento (a continuación), a menos que elija una opción a continuación. Si no he revocado este consentimiento, vencerá cuando se cumpla una de las siguientes condiciones. Elige uno:

El consentimiento expira en esta fecha: _____

El consentimiento expira en esta condición o evento: _____

Yo NEGUO CONSENTIMIENTO. Con mi firma a continuación, reconozco que he negado el consentimiento para que mis proveedores de atención médica se comuniquen entre sí. Reconozco que al negar mi consentimiento, mis proveedores de atención médica pueden tener límites en su capacidad para brindar y coordinar mi atención.

Firma del paciente

Fecha Efectiva

Firma del tutor legal del paciente o representante autorizado

Fecha Efectiva

Nombre impreso del Guardián legal o representante autorizado

Descripción de la Autoridad *si está firmado*
Por Guardián legal o representante autorizado

Firma del traductor (si corresponde)

Nombre impreso del traductor (si corresponde)



AUTORIZACIÓN PARA LAS COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Favor de revisar y completar las siguientes preferencias para las comunicaciones electrónicas, para que podamos mejor servir y coordinar sus necesidades de cuidado de salud con el uso de la última tecnología:

Dirección de correo electrónico (e-mail): _____ @ _____ . _____

<input type="checkbox"/> ¡SÍ!	Favor de contactarme por correo electrónico, incluyendo, entre otros: recordatorios de citas, repuestos (<i>refills</i>) de medicamentos, coordinación de cuidado, otras publicaciones del Centro de Salud, y mensajes para permitir acceso a mi expediente de paciente seguro en línea. Entiendo que el correo electrónico normal no es seguro cuando está en tránsito por Internet, y por eso todas las comunicaciones por correo electrónico del Centro de Salud que son para mí y que contienen información de salud protegida (PHI en inglés) estarán encriptadas a menos que yo pida lo contrario.	<input type="checkbox"/> NO , yo no tengo acceso al correo electrónico, o no quiero que me contacten por correo electrónico en este momento.
---	--	---

Mensaje de Texto (SMS): (_____) _____ - _____

<input type="checkbox"/> ¡SÍ!	Favor de contactarme por mensaje de texto (SMS), incluyendo, entre otros: recordatorios de citas, repuestos (<i>refills</i>) de medicamentos, coordinación de cuidado, otras publicaciones del Centro de Salud, y mensajes para permitir acceso a mi expediente de paciente seguro en línea. Entiendo que recibir mensajes de texto puede ocasionar cargos adicionales de mi proveedor de textos, y que yo soy el único/la única responsable de este costo. Entiendo que los mensajes pueden ser no seguros cuando se transmiten, y por eso mensajes del Centro de Salud que son para mí no contendrán información de salud protegida (PHI en inglés), a menos que yo pida lo contrario.	<input type="checkbox"/> NO , no tengo acceso a textos, o no quiero que me contacten por mensaje de texto en este momento.
---	--	---

Intercambio de Información de Salud (HIE en inglés)

<input type="checkbox"/> ¡SÍ!	Favor de utilizar todas las tecnologías de comunicación electrónica disponibles para la coordinación segura y eficiente con mis otros proveedores de salud y con organizaciones comunitarias, incluyendo, entre otros: la Carretera de Información de Salud de Massachusetts (Mass HIway en inglés), Intercambio de Información del Pioneer Valley (PVIX en inglés), referidos electrónicos (e-Referral), y la sincronización del historial de recetas electrónicas (RxHx).	<input type="checkbox"/> NO , no estoy de acuerdo con el uso de comunicaciones electrónicas seguras que usan tecnologías de IIS en este momento. Entiendo que esta preferencia limita a mi equipo médico clínico al uso del fax y de documentos en papel que son ineficientes para la coordinación de mi cuidado con mis otros proveedores de cuidado de salud, incluso en el evento de una emergencia médica.
---	---	---

Esta autorización está vigente a partir de la fecha a continuación. Entiendo que puedo modificar estas preferencias de comunicación en cualquier momento. Favor de dejar 48 horas laborales para el procesamiento.

Nombre del/de la paciente (letra de molde) _____

Firma del/de la paciente, padre/madre, o tutor/a _____

Fecha _____

Relación con el/la paciente (si corresponde) _____

OFFICE USE ONLY:

MRN: _____	RCVD ___ / ___ / _____	<input type="checkbox"/> ORIGINAL <input type="checkbox"/> REVISED <input type="checkbox"/> PM UPDATED _____	
------------	------------------------	--	--