



ALLIANCE MEDICAL MINISTRY

Aplicación Estándar

Apellido(s) _____

Nombre: _____ Sobrenombre: _____

Apellido de soltera: _____

Fecha de Nacimiento: _____ (MM/DD/YYYY)

Numero de seguro social/ Numero de Tax ID: _____

Telefono residencial: _____ Telefono del trabajo: _____

Telefono del Celular: _____ Correo Electronico: _____

Direccion: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Condado: _____

Relacion a la persona encargada de las casa: _____

Día de Aplicacion: _____

Como te refiriendo a esta clinica?: _____

Es esta cita por un accidente de carro o por herida relacionada con trabajo? Si No

Si es si, fecha de herida: _____

Sexo: _____ Estado Civil: Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Casado/a Separado/a

Raza: Puedes escoger hasta dos opciones:

Norteamericano Nativo o Nativo Alaska

Asiático

Negro o Africano Norteamericano

Caucásico/Blanco

Hispano/a o Latina/o

Nativo Hawaiano o Otro Isleño pacífico

Otro

Estatus de vivienda: Sin Hogar Rentas/Alquilar Dueño de Casa/Propietario

Cuantos años de escuela cumpliste?(1-20) _____

Cual es el grado mas alto que obtuvo?

Licencia Secundaria

Colegio/Universidad

Maestría

Eres un estudiante de tiempo completo en una Universidad/Colegio de 4 años? _____

Qué idioma prefieres hablar? _____ Leer? _____

Estatus de Residencia:

Tarjeta de 72 horas para cruzar frontera
 Ciudadano de Estados Unidos
 Residente Permanente menos de 5 años
 Estudiante/ Paseo/ De Paso

Tarjeta de permiso para trabajar
 No Ciudadano/Residente
 Residente Permanente mas de 5 años
 Indocumentado

Tienes Seguro Medico? Si, tienes seguro cual tipo tienes?

Blue Cross Blue Shield
 Medicaid
 Humana
 United

Cigna
 NC Health Choice
 MedCost

Contacto de Emergencia:

(Nombre Completo)

(Relacion al paciente)

(Street Address)

(Telefono Residential/ De Casa)

(City, State, Zip Code)
Celular)

(Telefono de Trabajo) / _____
(Telefono del

Miembros Adicionales de la Casa

Cuantas personas hay en su casa *incluyendo ud?* _____ (*Incluya todos los adultos y todos los menores*).

Por favor escriba el nombre, fecha de nacimiento y parentesco de todos los miembros de la casa escritos abajo:

Nombre Completo

Fecha de Nacimiento

Relacion con el paciente

Esta persona trabaja? _____ **Si** _____ **No**

Nombre Completo

Fecha de Nacimiento

Relacion con el paciente

Esta persona trabaja? _____ **Si** _____ **No**

Nombre Completo

Fecha de Nacimiento

Relacion con el paciente

Esta persona trabaja? _____ **Si** _____ **No**

Nombre Completo

Fecha de Nacimiento

Relacion con el paciente

Esta persona trabaja? _____ **Si** _____ **No**

Ingresos del Paciente:

Fuente de ingresos del paciente 1: _____
(Trabajo, beneficios de incapacidad, mantención de hijos, pensión de matrimonio, etc.)

Cantidad de Ingreso: _____ por Semana/ Mes/ Año.

Fuente de ingresos del paciente 2: _____
(Trabajo, beneficios de incapacidad, mantención de hijos, pensión de matrimonio, etc.)

Cantidad de Ingreso: _____ por Semana/ Mes/ Año.

Fuente de ingresos del paciente 3: _____
(Trabajo, beneficios de incapacidad, mantención de hijos, pensión de matrimonio, etc.)

Cantidad de Ingreso: _____ por Semana/ Mes/ Año.

Miembro Adicionales de la Casa y sus Ingresos (Complete solamente si otro miembro de la casa esta trabajando)

Miembro Adicional (1)

Apellido: _____

Nombre: _____ Sobrenombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ (MM/DD/YYYY) Sexo: _____

Estado de Seguro Medico: No Seguro Medico Segurado Sin Seguro Medico

Esta persona esta trabajando o tiene propio negocio? _____

Nombre de Empleador: _____

Comprobación de Ingresos(marque uno): _____ 2-4 Recibos de pago

_____ Carta de empleador _____ Reciente Declaracion de impuestos

Como le pagan a esta persona? _____ Anualmente _____ Mensualmente

_____ Cada 2(dos) Semanas _____ Cada Semana

Miembro Adicional (2)

Apellido: _____

Nombre: _____ Sobrenombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ (MM/DD/YYYY) Sexo: _____

Estado de Seguro Medico: No Seguro Medico Segurado Sin Seguro Medico

Esta persona esta trabajando o tiene propio negocio? _____

Nombre de Empleador: _____

Comprobación de Ingresos(marque uno): _____ 2-4 Recibos de pago

_____ Carta de empleador _____ Reciente Declaracion de impuestos

Como le pagan a esta persona? _____ Anualmente _____ Mensualmente

_____ Cada 2(dos) Semanas _____ Cada Semana

Miembro Adicional (3)

Apellido: _____

Nombre: _____ Sobrenombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ (MM/DD/YYYY) Sexo: _____

Estado de Seguro Medico: No Seguro Medico Segurado Sin Seguro Medico

Esta persona esta trabajando o tiene propio negocio? _____

Nombre de Empleador: _____

Comprobación de Ingresos(marque uno): _____ 2-4 Recibos de pago

_____ Carta de empleador _____ Reciente Declaracion de impuestos

Como le pagan a esta persona? _____ Anualmente _____ Mensualmente

_____ Cada 2(dos) Semanas _____ Cada Semana

Miembro Adicional (4)

Apellido: _____

Nombre: _____ Sobrenombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ (MM/DD/YYYY) Sexo: _____

Estado de Seguro Medico: No Seguro Medico Segurado Sin Seguro Medico

Esta persona esta trabajando o tiene propio negocio? _____

Nombre de Empleador: _____

Comprobación de Ingresos(marque uno): _____ 2-4 Recibos de pago

_____ Carta de empleador _____ Reciente Declaracion de impuestos

Como le pagan a esta persona? _____ Anualmente _____ Mensualmente

_____ Cada 2(dos) Semanas _____ Cada Semana

Miembro Adicional (5)

Apellido: _____

Nombre: _____ Sobrenombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ (MM/DD/YYYY) Sexo: _____

Estado de Seguro Medico: No Seguro Medico Segurado Sin Seguro Medico

Esta persona esta trabajando o tiene propio negocio? _____

Nombre de Empleador: _____

Comprobación de Ingresos(marque uno): _____ 2-4 Recibos de pago

_____ Carta de empleador _____ Reciente Declaracion de impuestos

Como le pagan a esta persona? _____ Anualmente _____ Mensualmente

_____ Cada 2(dos) Semanas _____ Cada Semana

Contrato de Responsabilidad del Paciente

Ministerio de Alianza Medica (AMM) es una organizacion basada en la fe que ofrece cuidado medico agudo y cronico a los residentes del condado de Wake quienes trabajan (o viven con un miembro familiar que trabaja), pero que no estan asegurados. Todos los servicios son proporcionados de acuerdo a una escala de pagos que cubre la consulta con el medico.laboratorio,muestrarios medicos cuando hay disponibles, asegurando una relacion de paciente-doctor que le permita a Ud. continuar con su cuidado medico.

Debido a la gran demanda de citas para pacientes nuevos, tenemos que pedir que los pacientes sean responsables y mantengan unas normas basicas necesarias para mantener la relacion de paciente-doctor aqui en AMM. Si Ud. pone su firma e iniciales en la parte inferior, Ud esta confirmando que la informacion que Ud. dio a AMM es correcta. Tambien ,sus iniciales indican que Ud. acepta las responsabilidades del paciente listadas en este contrato de manera de mantener la relacion de paciente-doctor. Si Ud. falla en mantener alguna porcion de este contrato puede resultar que inmediatamente sea removido de esta clinica.

- _____ Yo acepto ser examinado y evaluado por el personal de AMM y ser tratado medica mente como sea necesario.
- _____ Yo acepto proveer documentacion y/o evidencia del estado financiero de mi hogar anualmente a algun representante de AMM como sea requerido para la continuacion de mi cuidado.
- _____ Yo acepto pagar mi tarifa, basada en la escala de pagos, en cada cita.
- _____ **Yo entiendo que necesito llamar por lo menos 24 horas con anterioridad si necesito cancelar o mover mi cita.** Si Ud. falta a muchas citas puede resultar que su cuidado medico en AMM termine.
- _____ **Yo entiendo que mi cita puede ser movida a otro dia si llego mas de 15 minutos tarde.**
- _____ Yo acepto notificar a AMM de cualquier cambio de domicilio, telefono o si obtengo seguro medico incluyendo Medicare o Medicaid.
- _____ Yo acepto contactar mi farmacia o la farmacia de AMM para llenar cualquier receta por lo menos 5 dias antes de terminarse dicha medicina.
- _____ Yo acepto colocar cualquier medicina que reciba de AMM alejada de ninos. Yo entiendo que mi doctor puede darme muestrarios medicos. Tambien se que estos no estaran disponibles todo el tiempo y necesitare comprar medicina en otra farmacia.
- _____ Yo acepto que debo traer las botellas de todas las medicinas que este tomando a todas mis citas.

Doy autorizacion a representantes de AMM a pedir y/o dar cualquier informacion concerniente a mi estado financiero,historial medico,aplicaciones para asistencia, o cualquier otra informacion requerida para determinar mi elegibilidad para servicios en AMM o cualquier otro servicios en la comunidad que puedan ser considerados para el curso de mi tratamiento.

Ud puede revocar esta autorizacion por escrito en cualquier momento. Por favor note que este contrato es valido por 12 meses de la fecha firmada.

Nombre del paciente: _____ (LETRA LEGIBLE)

Firma del Paciente _____ Fecha: _____

Representante de AMM: _____ Fecha: _____



*Compassionate Medical Care for
Our Working Neighbors*

ALLIANCE MEDICAL MINISTRY

Fecha: _____

FORMULARIO de PERMISO

MEDICINA

Yo, _____ doy permiso a las siguientes personas para recojer mis medicinas en Alliance Medical Ministries:

1. _____
2. _____
3. _____

PERMISO de INFORMACION MEDICA

Yo, _____ doy permiso a las siguientes personas de obtener mi informacion medica incluyendo resultados de exámenes, recomendaciones del doctor y tratamientos.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Formulario is valido por un ano.

Seguridad y Privacidad de la Información

Las leyes federales y estatales exigen que los proveedores de atención médica protejan la privacidad y seguridad de la información del paciente. El CCC utilizará y mantendrá medidas de protección apropiadas para proteger la información en la base de datos. Los pacientes recibirán el Aviso de las Prácticas de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPPA por sus siglas en inglés) de los Proveedores Participantes, cuando sea aplicable, que proporciona información adicional acerca de las políticas respectivas de confidencialidad de los proveedores. La información divulgada a los Proveedores Participantes basada en esta Autorización puede ser nuevamente divulgada de acuerdo con las leyes de privacidad aplicables.

Autorización del Paciente

- Comprendo que al firmar este formulario, otorgo permiso para todos los Proveedores Participantes actuales y futuros del CCC, y sus empleados y agentes y asociados comerciales involucrados en mi atención, para que vean mis registros personales de salud y financieros en la base de datos del CCC. Los proveedores pueden ver esta información aún si ellos no son mi proveedor usual y no tienen mis registros médicos anteriores.
- Comprendo que mi información de salud podría incluir los antecedentes médicos e información con respecto a mi diagnóstico o tratamiento por primera vez de una enfermedad comunicable (como por ejemplo enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, tuberculosis o hepatitis), enfermedad mental, abuso de alcohol o de sustancias.
- Un Proveedor Participante puede obtener información acerca de mis servicios de atención médica previa que yo haya recibido de otros Proveedores Participantes del CCC.
- Yo he revisado la lista de Proveedores Participantes actuales del CCC (Adjunto A) y comprendo que pueden agregarse otros en el futuro.
- Acuso haber recibido una copia de esta autorización.
- Comprendo que esta autorización estará vigente a menos que y hasta que yo la cancele en forma apropiada o que el CCC interrumpa sus negocios.
- Comprendo que tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento completando un Formulario de Cancelación, que puedo obtener de cualquier Proveedor Participante. La cancelación no afecta la información ya compartida y está vigente solamente después de que el CCC reciba un Formulario de Cancelación apropiadamente llenado y desactive la información en la base de datos.
- Comprendo que si firmo como representante de un paciente, yo estoy certificando que yo tengo la autoridad bajo la Ley de Carolina del Norte para tomar decisiones de atención médica para el paciente.
- Comprendo que aunque mi firma en este formulario permite a los Proveedores Participantes del CCC involucrados en mi atención compartir mi información de salud y financiera, ningún Proveedor Participante puede tener acceso a mi información en la base de datos a menos que yo vaya a ese Proveedor Participante para tratamiento, y a menos que la información acerca de mi tratamiento de atención médica previa ya ha sido ingresada en la base de datos del CCC.
- **Comprendo que mi decisión acerca de si participar o no en el CCC es completamente VOLUNTARIA y que ningún Proveedor Participante puede condicionar mi tratamiento al hecho si yo firmo o no este formulario. Si usted no firma el formulario, los Proveedores Participantes del CCC no compartirán mi información entre ellos a menos que yo proporcione autorización para hacerlo en un momento posterior.**

MI firma más abajo indica que mi autorización para que mi información de salud y financiera sea ingresada en la base de datos del CCC y compartida con los Proveedores Participantes actuales y futuros del CCC y sus asociados comerciales.

Nombre del Paciente (EN IMPRENTA) _____

Firma del Paciente o Representante Autorizado aplicable)

Relación con el Paciente (si fuera aplicable)

Nombre de facilidad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Testigo _____ Fecha _____

Adjunto A

Los Proveedores Participantes Actuales de CapitalCare Collaborative son:

- Alliance Medical Ministry
- Duke Raleigh Hospital
- Rex Healthcare
- Urban Ministries of Wake County, Open Door Clinic
- Wake County Human Services
- Wake Co. Medical Society (incluyendo el Project Access y Community Care of NC)
- Wake Health Services, Inc.
- WakeMed Health & Hospitals



Alliance Medical Ministry Historia Médica

Fecha dd / mm / aa

Nombre _____ Edad _____ Fecha de nacimiento dd / mm / aa

Sexo Estado Civil
 Masculino Soltero/a Separado/a Viudo/a
 Femenino Casado/a Divorciado/a Unión Libre

Describe los problemas de salud que tiene en este momento

Por favor marque con una X por cuáles de las siguientes razones usted ha consultado un doctor en el pasado

<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Enfermedades Psiquiátricas	<input type="checkbox"/> Problemas en la tiroides
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Problemas en los riñones
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales
<input type="checkbox"/> Ataque cardiaco	<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Problemas intestinales
<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Problemas neurológicos
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Hipertensión/Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Reflujo
<input type="checkbox"/> Derrame	<input type="checkbox"/> Problemas de hígado	<input type="checkbox"/> Soplo cardiaco
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas en el hígado	<input type="checkbox"/> Tuberculosis

Alguna vez tuvo una transfusión sanguínea Si No

Por favor escriba si ha sido operado u hospitalizado anteriormente _____

Es alérgico a algún medicamento _____

Medicinas, vitaminas o hierbas medicinales que toma actualmente

Historia de Vacunas

Antitetánica dd / mm / aa
 Gripe dd / mm / aa
 Neumonía dd / mm / aa
 Hepatitis dd / mm / aa

Exámenes Médicos

<input type="checkbox"/> Colonoscopia dd / mm / aa	<input type="checkbox"/> Óptico dd / mm / aa
<input type="checkbox"/> Sonograma dd / mm / aa	<input type="checkbox"/> Colesterol dd / mm / aa
<input type="checkbox"/> Electro cardiograma dd / mm / aa	<input type="checkbox"/> CAT dd / mm / aa
<input type="checkbox"/> MRI dd / mm / aa	<input type="checkbox"/> Rayos X dd / mm / aa

Hábitos personales

Fuma Si No

Dejó de fumar en dd / mm / aa

Cajetillas diarias _____

Cuantos años _____

Consumo Licor Si No

Dejó de tomar en dd / mm / aa

Tragos a la semana _____

Cuantos años _____

Hace ejercicio fuera del trabajo Si No

Utiliza el cinturón de seguridad Si No

Días que trabaja a la semana _____

Sólo para mujeres

Fecha de su último periodo menstrual dd / mm / aa

Sus periodos son regulares _____

Ultima mamografía dd / mm / aa

Número de embarazos _____

Número de hijos _____

Papanicolao dd / mm / aa

Complicaciones en el embarazo _____

Cesáreas _____

Densitometría (huesos) dd / mm / aa

Historia Familiar

Por favor señale con una X quienes de su familia han sufrido alguno de los siguientes problemas de salud

	Madre	Padre	Abuelos Maternos	Abuelos Paternos	Hermanos	Hermanas	Otro
Presión Alta/Hipertensión							
Paro Cardíaco							
Diabetes/azúcar							
Derrame/embolia							
Cáncer							
Osteoporosis							
Problemas de Tiroides							
Glaucoma							
Problemas psiquiátricos							