

# HUMBOLDT FAMILY WALK-IN CLINIC

[www.HFWIC.com](http://www.HFWIC.com) 731-470-4020  
1600 Coleman Dr. (East End & 45 Bypass)



1600 Coleman Drive Humboldt, TN 38343 Phone (731) 470-4020 Fax: (731) 562-0349

## Información del paciente

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

Idioma: \_\_\_\_\_

Nombre: Apellido \_\_\_\_\_ Primera \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Dirección:

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

State \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ teléfono de casa \_\_\_\_\_ del trabajo \_\_\_\_\_

Móvil \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ testamento vital:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ seguridad Social # \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:

\_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Estado civil: Soltero, Casado, Divorciado, soltera, viuda

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ relación \_\_\_\_\_

télefono de casa \_\_\_\_\_ del trabajo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

## Parte responsable (si las pacientes que los)

Nombre: \_\_\_\_\_ Última Primera \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

seguridad Social # \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

télefono de casa \_\_\_\_\_ del trabajo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

## preferencias de los pacientes

El método preferido de contacto: Correo electrónico, teléfono de casa, teléfono celular, funciona, no me entra en contacto Voy a llamar a la farmacia clínica

preferido: \_\_\_\_\_

# HUMBOLDT FAMILY WALK-IN CLINIC



**www.HFWIC.com 731-470-4020**  
**1600 Coleman Dr. (East End & 45 Bypass)**

**1600 Coleman Drive Humboldt, TN 38343 Phone (731) 470-4020 Fax: (731) 562-0349**

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**Encierre en un círculo Sí para cada problema que le corresponda:**

Si las alergias  
Si la anemia  
Si Ansiedad  
Si Transfusión de Sangre  
Si Cáncer- En caso afirmativo, tipo de estado  
\_\_\_\_\_

Si Depresión  
Si Diabetes Mellitus  
Si enfisema  
Si ERGE  
Si Glaucoma  
Si ataque al corazón

Si Stroke  
Si Abuso de Sustancias  
Si úlceras de estómago  
La enfermedad de tiroides Si  
Si Tuberculosis  
Si ronquido fuerte

Si cataratas  
Si la enfermedad arterial coronaria  
Si la insuficiencia cardíaca  
Si trastorno de la coagulación  
Si EPOC  
Si los problemas de colesterol  
Si la presión arterial alta

Si soplo cardíaco  
Si el VIH / SIDA  
Si la enfermedad renal  
Si meningitis  
Si Nervio Enfermedades / muscular  
Si osteoporosis  
Si anemia de células falciformes

Si la apnea del sueño

**Sólo las hembras**

Un ge del último período de

Número de embarazos edad a la  
menopausia Número de Historia  
niños Frotis de Pap

**Por favor marque la caja para cada cirugía que le corresponda:**

La eliminación del apéndice  
 La eliminación del apéndice  
 Cirugía cerebral  
 Cirugía cerebral  
 La cirugía de derivación cardíaca  
 La cirugía de derivación cardíaca  
 Cardíaco colocación de stent  
 stent cardíaco  
 La cirugía de colon,  
Colocación  
 Los tubos del oído Cirugía del oído  
 La cirugía de colon  
 Cirujía de ojo  
 Los tubos del oído Cirugía del oído  
 Otro  
 Cirujía de ojo  
 Otro

Fractura  
 vesícula biliar  
 Bypass gástrico  
Cirugía  
 Hernia  
 Histerectomía  
Total / parcial  
 Reemplazo de la articulación  
 Cirujía de ojo

La cirugía de próstata  
 Cirugía del intestino delgado  
 La amigdalectomía / adenoidectomía  
 tiroidectomía  
 reemplazo de la válvula  
 reemplazo vascular  
 vasectomía

Si No Uso de Alcohol Indicar la cantidad de \_\_\_\_\_ círculo: latas de vinos de licor

Si Sin Abuso de Drogas Comentar uso: \_\_\_\_\_ Si El consumo de tabaco sin

paquete al día: \_\_\_\_\_ años de fumador: \_\_\_\_\_

(Sin humo) ¿Puede por día: \_\_\_\_\_ años de masticar: \_\_\_\_\_

Si Ninguna cantidad de cafeína de admisión: \_\_\_\_\_



# HUMBOLDT FAMILY WALK-IN CLINIC

[www.HFWIC.com](http://www.HFWIC.com) 731-470-4020  
1600 Coleman Dr. (East End & 45 Bypass)



1600 Coleman Drive Humboldt, TN 38343 Phone (731) 470-4020 Fax: (731) 562-0349

Razón de la visita: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Los medicamentos actuales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Problemas médicos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lesiones y fechas: \_\_\_\_\_

Fechas de hospitalización: \_\_\_\_\_

Tratamientos y fechas: \_\_\_\_\_

Fecha de la última físico anual: \_\_\_\_\_

Mammogram \_\_\_\_\_

Papilla \_\_\_\_\_

PSA \_\_\_\_\_

Colonoscopia \_\_\_\_\_

Densitometría \_\_\_\_\_

EKG \_\_\_\_\_

Pruebas cardiacas \_\_\_\_\_

sigmoidoscopia \_\_\_\_\_

# HUMBOLDT FAMILY WALK-IN CLINIC

www.HFWIC.com 731-470-4020  
1600 Coleman Dr. (East End & 45 Bypass)



1600 Coleman Drive Humboldt, TN 38343 Phone (731) 470-4020 Fax: (731) 562-0349

## AUTORIZACIÓN PARA LA INFORMACIÓN DE SALUD

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre anterior: \_\_\_\_\_

Seguridad Social #: \_\_\_\_\_

Solicito y autorizo \_\_\_\_\_ para liberar información de salud  
del paciente antes mencionado a:

[Nombre] [dirección de la calle]

[Ciudad, ST Código postal]

Esta solicitud y autorización se aplica a:

información sanitaria relacionada con el siguiente tratamiento, condición, o fechas [Lista aquí]

Toda la información de la salud

Otro

[Listado aquí]

[Información Adicional]

**Definición:** Enfermedad de transmisión sexual (STD) tal como se define por la ley, RCW 70.24 y siguientes., Incluye herpes, herpes simplex, virus del papiloma humano, verrugas, verrugas genitales, condiloma, Chlamydia, no específica uretritis, la sífilis, VDRL, chancroide, linfogranuloma venereum, VIH (Virus de Inmunodeficiencia humana), el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), y la gonorrea.

Sí  No

Autorizo la divulgación de los resultados de mi prueba de ETS, VIH / SIDA, ya sean positivas o negativas, a la persona (s) que aparece arriba. Yo entiendo que la persona (s) enumerado anteriormente será notificado de que tengo que dar permiso por escrito antes de la divulgación de estos resultados de la prueba a nadie.

Sí  No

Autorizo la liberación de cualquier registro con respecto a las drogas, el alcohol, o el tratamiento de la salud mental de la persona (s) que aparece arriba.

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

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

# HUMBOLDT FAMILY WALK-IN CLINIC

**www.HFWIC.com 731-470-4020**  
**1600 Coleman Dr. (East End & 45 Bypass)**



**1600 Coleman Drive Humboldt, TN 38343 Phone (731) 470-4020 Fax: (731) 562-0349**

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA CLÍNICA para utilizar o divulgar información de atención médica para el tratamiento, y operaciones de atención médica

Pacientes NOMBRE: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ PACIENTES SSN: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que mi información médica es privada y confidencial. Entiendo que **Humboldt Family Walk-In Clinic** trabaja muy duro para proteger mi privacidad y preservar la confidencialidad de la información de mi salud. Entiendo que al firmar este documento significa que **HFWIC** puede utilizar y divulgar mi información personal de salud para ayudar a proporcionar atención médica para mí, para manejar la facturación y pago, y para cuidar de otras operaciones de cuidado de la salud. El no firmar este consentimiento puede resultar en **HFWIC** negarse a tratarme.

**HFWIC** tiene un documento detallado llamado el "Aviso de Privacidad". Contiene más información acerca de las políticas y las prácticas en las cuales la clínica protege la privacidad de sus pacientes. Yo entiendo que tengo el derecho de leer el "aviso" antes de firmar este acuerdo.

**HFWIC** puede actualizar este "Aviso de Privacidad", y si se le pide, **HFWIC** me proporcionará el más actual "Aviso de Privacidad".

Bajo los términos de este consentimiento, puedo pedir **HFWIC** para restringir la cantidad es usada y revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago, o las opciones de cuidado de la salud información de salud personal. Entiendo que **HFWIC** no tiene que estar de acuerdo con mi petición. Si **HFWIC** no está de acuerdo con mi solicitud, entiendo que **HFWIC** seguiría los límites acordados.

Yo entiendo que tengo el derecho de cancelar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Si hago cancelar el consentimiento, entiendo que **HFWIC** ya hayan usado o revelado información sobre mí y la cancelación de este consentimiento no afectaría a la información ya utilizada o revelada.

Puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento mediante una de las siguientes:

1. Firmar y fechar una forma que **HFWIC** puede dar me llamaron un "Revocación del consentimiento para el uso y divulgación de información de atención médica".
2. Escribir, firmar y fechar una carta a **HFWIC**. Si escribo una carta a **HFWIC**, se debe indicar que quiero revocar mi consentimiento para autorizar el uso y divulgación de información personal de salud del paciente para el tratamiento, pago y atención médica.

Entiendo que si cancelo esta autorización, **HFWIC** no tiene que proporcionar cualquier servicio de atención médica más a mí. Mi firma indica que se me ha dado la oportunidad de revisar una copia actualizada de **HFWIC** de "Aviso de Privacidad".

\_\_\_\_\_  
Los pacientes o legalmente autorizado la firma del individuo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el  
paciente si firmada por persona autorizada legalmente

I, \_\_\_\_\_, doy **HFWIC** permiso para divulgar mi información personal de salud a  
\_\_\_\_\_ (cónyuge u otra persona autorizada)

# HUMBOLDT FAMILY WALK-IN CLINIC

[www.HFWIC.com](http://www.HFWIC.com) 731-470-4020  
1600 Coleman Dr. (East End & 45 Bypass)



1600 Coleman Drive Humboldt, TN 38343 Phone (731) 470-4020 Fax: (731) 562-0349

## Acuerdo de Sustancias Controladas

Los proveedores de Humboldt Family Walk-In Clinic entienden la necesidad de control del dolor para los pacientes que sufren de dolor crónico. En última instancia, nuestro objetivo es disminuir el dolor y la incomodidad para cada uno de nuestros pacientes de una manera segura y eficaz. A continuación, es un contrato destinado a promover una comprensión mutua entre el proveedor y el paciente respecto a los medicamentos controlados para el dolor y otros medicamentos programados tales como Adderall, Xanax, etc. Los pacientes con síntomas prolongados (crónicos) tendrá un plan individualizado para mejorar los síntomas de los cuales puede incluir terapia física, la evaluación psicológica, asesoramiento o una reducción y eventual abandono del consumo de narcótico. Los planes de tratamiento del dolor se basan en los hallazgos clínicos, el nivel de dolor del paciente y, en última instancia, a discreción de los proveedores. En general,

\* Un narcótico es una sustancia controlada destinado a disminuir el dolor y puede afectar el estado de ánimo, comportamiento, o tiene el potencial para la dependencia o tolerancia.

\* Los proveedores de Humboldt Family Walk-In Clinic definen el abuso de narcóticos como la siguiente:

1. solicitando repetidamente primeras recargas de medicamentos narcóticos
2. Recibir varias recetas de estupefacientes de diferentes proveedores
3. La alteración de recetas escritas
4. La venta de narcóticos
5. Compartir con los demás medicamentos para el dolor (incluyendo miembros de la familia)
6. El uso de narcóticos distintos de la forma prescrita.

\* Por favor, lea este contrato cuidadosamente y firme en las zonas marcadas. Si tiene alguna pregunta con respecto a este contrato, por favor, póngase en contacto con nuestra oficina.

- Humboldt Family Walk-In Clinic (HFWIC) no puede sustituir a los medicamentos que están perdidos o robados a menos que un informe policial de robo ha sido presentada y enviadas a nosotros. En el caso de robo, una investigación legal se llevará a cabo. Si los medicamentos se pierde o es robada por segunda vez en un periodo de doce meses, que no pueden ser reemplazados, sin importar la circunstancia. Medicamentos o prescripciones perdidos en el correo no pueden ser reemplazados.
  - Es la política de HFWIC para llevar a cabo de vez en cuando las pantallas de drogas de orina al azar. Puede haber, o no puede haber un costo para el paciente para esta prueba, sin embargo HFWIC no será capaz de prescribir medicamentos si un paciente se niega tales pruebas. HFWIC no será capaz de prescribir medicamentos para cualquier paciente que dé positivo por cualquier sustancia ilegal, pruebas positivas de estupefacientes no prescritos al paciente, o cualquier evidencia de desvío de prescripción de narcóticos.
- Es responsabilidad de cada paciente a todas sus citas. Si un paciente no mantiene sus citas, HFWIC no volverá a llenar cualquier medicamento a menos que el paciente regresa a la clínica para una cita. En última instancia, es a discreción del proveedor de continuar para prescribir cualquier medicamento después de repetidas cancelaciones de citas, si no se presenta o conflictos proveedor dentro o fuera de la oficina.
- El régimen de dolor del paciente sólo se cambiará a la discreción de los proveedores. El paciente sólo debe recibir medicación de recambio dolor desde el proveedor de la prescripción inicial. En cualquier caso, si el proveedor original no está disponible para renovar la prescripción, otro proveedor de HFWIC puede renovar o denegar la prescripción. El plan del proveedor inicial para el manejo del dolor será seguido en la mayoría de los casos, a discreción de los proveedores. Tipo de medicamento, la fuerza, la cantidad y frecuencia de uso pueden diferir de la

# HUMBOLDT FAMILY WALK-IN CLINIC



**www.HFWIC.com 731-470-4020**  
**1600 Coleman Dr. (East End & 45 Bypass)**

**1600 Coleman Drive Humboldt, TN 38343 Phone (731) 470-4020 Fax: (731) 562-0349**

la preferencia del paciente si se considera apropiado por el proveedor. Si el paciente siente que él / ella no está recibiendo control adecuado del dolor, el paciente puede ser referido a una clínica del dolor certificada para su evaluación y tratamiento. *Una vez que se refiere a una instalación de tratamiento del dolor, todos los medicamentos para el dolor adicionales serán manejados por el especialista en manejo del dolor a los que se hace referencia.*

Entiendo que si no cumplo con una o más de las condiciones enumeradas anteriormente, el acuerdo será nulo. El régimen de medicación se detendrá y que puede ser descartado como un paciente de Humboldt Family Walk-In Clinic. \_\_\_\_\_

Iniciales del paciente

La farmacia que voy a utilizar para llenar mis recetas es:

Farmacia: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Al firmar este contrato, que significa mi entendimiento y estoy de acuerdo en cumplir sus términos.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del testigo:

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Proveedor:

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