

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Ubicación del centro de salud:** \_\_\_\_\_

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial media: \_\_\_\_\_

Nombre anterior (si corresponde): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_ Hombre \_\_ Mujer \_\_ Desconocido

**S.O. /G.I Sexo de nacimiento:** \_\_ Hombre \_\_ Mujer \_\_ Desconocido

**Orientación sexual**

- Lesbianas, gays u homosexuales
- Heterosexual o heterosexual
- Bisexual
- No sé
- Elija no revelar
- Otra cosa (por favor describa):  
\_\_\_\_\_

**Identidad de género**

- Hombre       Mujer
- Hombre femenino a hombre/transgénero
- Mujer de hombre a mujer/transgénero
- Género, no masculino ni femenino
- Elija no revelar
- Transgénero
- Género adicional (por favor describa):  
\_\_\_\_\_

<b>Parte Responsable</b>		
Nombre:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Relación:	Teléfono:

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_ Divorciado \_\_ Casado \_\_ Pareja \_\_ Soltero \_\_ Desconocido

\_\_ Separado \_\_ Viudo

**Lenguaje primario:** \_\_\_\_\_ **Traductora requerido:** \_\_ Sí \_\_ No

**Raza**

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico
- Negroafro Americano o africano
- Blanco
- Otro isleño del pacífico
- Otra Raza       Se negó a especificar

**Etnicidad**

- Hispano o latino
- No hispano o latino
- Se negó a especificar

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

**Liberación de información:** (HIPAA)  Sí  No

**Consentimiento del historial de medicamentos recetados:**  Sí  No

**Directiva avanzada:**  N/A (No aplica)  Sí  No

**Empleo:**  Tiempo completo  Tiempo parcial  No empleado  Retirado

Trabajadores por cuenta propia  Servicio militar activo  Desconocido

**Estado de estudiante:**  Tiempo completo  No un estudiante  Tiempo parcial

<b>Seguro primario</b>
Nombre:
Nombre del asegurado:
Número de póliza:
Relación con asegurado:

<b>Seguro secundario</b>
Nombre:
Nombre del asegurado:
Número de póliza:
Relación con asegurado:

**Nombre alternativo del paciente, si corresponde (Último, Primero, MI):**

\_\_\_\_\_

**Nombre alternativo del asegurado, si corresponde (Último, Primero, MI):**

\_\_\_\_\_

<b>Farmacia #1</b>
Nombre:
Habla a:
Primario: Sí o No (circulo)

<b>Farmacia #2</b>
Nombre:
Habla a :
Primario: Sí o No (circulo)

**Información Adicional** (Si es diferente a la dirección de correos)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

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

**Como te enteraste de nosotros?**  Cartelera  Evento comunitario

Instalacion de confinamiento  Oficina del doctor  Conducir por  Empleador  Familia

Amigo  Departamento de salud  Feria de la salud  Hospital

Seguros o servicios sociales  Internet  Periódico  Asilo de ancianos  Superar a

Directorio telefónico  Tarjeta postal  Compañía de bienes raíces

Colegio  Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

**Veterano:** \_\_ Sí \_\_ No    **Trabajo agrícola estacional:** \_\_ Sí \_\_ No

**Trabajo agrícola migrante:** \_\_ Sí \_\_ No    **Sin hogar:** \_\_ Sí \_\_ No

**Si es así, estado de desamparado:** \_\_ Desconocido \_\_ Calle \_\_ Doblar \_\_ Vivienda de transición  
\_\_ Refugio para indigentes \_\_ Otro

**Vivienda pública:** \_\_ Sí \_\_ No    **Inglés limitado para hablar, escribir o comprender:** \_\_ Sí \_\_ No

**Contactos adicionales**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Acuerdo de consentimiento y responsabilidad financiera**

Por la presente otorgo / otorgamos permiso a North Florida Medical Center Inc. (NFMC) para tratarme a mí o a mi hijo / pupilo por cualquier enfermedad o lesión que yo / nosotros podamos encontrar. Por la presente autorizamos / autorizamos a NFMC a proporcionar toda la información con respecto a mi historial médico, diagnóstico y tratamiento de mí o de mi hijo (si corresponde) a una compañía de seguros con respecto a mis reclamos de beneficios. Sin embargo, si dicho asegurador no cumple con esta obligación en su totalidad o en parte, o si yo no estoy asegurado, yo / nosotros aceptamos ser responsables de los honorarios y costos involucrados en el tratamiento del paciente mencionado anteriormente. Autorizo / autorizamos el pago de beneficios médicos a NFMC y estoy de acuerdo en que si recibo pagos directamente de cualquier compañía de seguros por servicios facturados en mi nombre por el centro, entregaré esos pagos a NFMC inmediatamente. Además, entiendo que si mi cuenta tiene que ser remitida a una agencia de cobranza, soy responsable de todos los cargos y costos incurridos allí. Por la presente autorizamos / autorizamos a NFMC a actuar en mi nombre para acceder a mis registros médicos cuando sea necesario.

\_\_\_\_\_

**Firma de por vida del paciente o padre/tutor legal**

\_\_\_\_\_

**Nombre del paciente (imprimir) y fecha**

*North Florida Medical Center, Inc.*

**Paciente Médico, Familia, Historia Social**

Por favor, rellene los siguientes apartados tan completa y precisa como sea posible para que podamos proporcionar la mejor calidad de la salud Esta información se recopila para identificar las condiciones que pueden afectar su salud, funcionamiento y/o calidad de vida, y para que podamos conectarlo con recursos que pueden brindarle apoyo.

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales:** \_\_\_\_\_

**Historia Medica Pasada- PMHx** (*¿Tiene/tuvo alguno de los siguientes?>*):

<input type="checkbox"/> SIDA/VIH o exposición a	<input type="checkbox"/> Cáncer testicular	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Cáncer de tiroides	<input type="checkbox"/> Embolia pulmonar
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Reflujo/ERGE
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Anomalías congénitas	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo/ convulsiones
<input type="checkbox"/> Bipolar	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Bronquial	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Problemas de la piel
<input type="checkbox"/> Cáncer de vejiga	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Tromboflebitis
<input type="checkbox"/> Cancer de mama	<input type="checkbox"/> Enfermedad de corazon	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> Cáncer de cuello uterino	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C transportista o exposición	<input type="checkbox"/> Ataque isquémico transitorio
<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)
<input type="checkbox"/> Cáncer de esofago	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Otros por favor describa
<input type="checkbox"/> Cáncer renal	<input type="checkbox"/> Trastorno inmunológico	
<input type="checkbox"/> Cancer de laringe	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon	
<input type="checkbox"/> Cáncer de pulmon	<input type="checkbox"/> Problemas del hígado/estómago/ intestino	
<input type="checkbox"/> Cancer de prostata	<input type="checkbox"/> Migrañas	
<input type="checkbox"/> Cancer de recto	<input type="checkbox"/> Desorden obsesivo compulsivo	
<input type="checkbox"/> Cáncer de piel	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	

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

**Alergias/Reacciones a medicamentos:**

---

---

**Historia Quirúrgica**

<input type="checkbox"/> Abdominal	<input type="checkbox"/> Derivación intestinal
<input type="checkbox"/> Angioplastia	<input type="checkbox"/> reemplazo de articulación
<input type="checkbox"/> Reparación de aneurisma aórtico	<input type="checkbox"/> Riñón
<input type="checkbox"/> Apendicectomía	<input type="checkbox"/> Laminectomía /Discectomina
<input type="checkbox"/> Artroscopia de rodilla	<input type="checkbox"/> Litotricia
<input type="checkbox"/> Cirugía de espalda	<input type="checkbox"/> Mastectomía
<input type="checkbox"/> Vejiga	<input type="checkbox"/> Neurocirugía
<input type="checkbox"/> Biopsia de mama	<input type="checkbox"/> Ooforectomía
<input type="checkbox"/> Cardiotorácica	<input type="checkbox"/> Abra las adherencias de lisis
<input type="checkbox"/> Túnel carpal	<input type="checkbox"/> Ortopédico
<input type="checkbox"/> Implante de catarata/lente	<input type="checkbox"/> Próstata
<input type="checkbox"/> Colectomía	<input type="checkbox"/> Piel/dérmica
<input type="checkbox"/> Colectomía	<input type="checkbox"/> Resección del intestino delgado
<input type="checkbox"/> Colostomía, parcial	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Injerto de derivación de la arteria coronaria	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía
<input type="checkbox"/> Entrega por cesárea	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas
<input type="checkbox"/> Oídos, nariz, garganta	<input type="checkbox"/> Resección transuretral de la próstata
<input type="checkbox"/> Gástrico, otro	<input type="checkbox"/> Úlcera
<input type="checkbox"/> Gastroplastia, bariátrica	<input type="checkbox"/> Cirugía previa Otro –
<input type="checkbox"/> Hernia	Explique:
<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera	
<input type="checkbox"/> Histerectomía	

**Hospitalización previa y fechas:**

---

---

---

---

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

**Historia Familiar** Por favor marque (✓) todo lo que aplique

Estado: V = Vivo, F = Fallecido, D = Desconocido

Miembros de Familia	estado	Edad (años)	Diabetes	hiper tensión	Enfermedad de Corazón	Enfermedad mental	Cáncer	Desconocido
Hija (s)								
Padre								
Amigos)								
Hijos)								
Esposa								
Madre								
Abuelo paterno								
Abuela paterna								
Abuelo por materna								
Abuela materna								
Tío paterno								
Tía paterna								
Tío materno								
Tía materna								
Hermanos								
Niños								

Número de Hermanos = \_\_\_ Hermanos \_\_\_ Hermanas \_\_\_ Saludable Notas: \_\_\_\_\_

Número de Niños = \_\_\_ Hijos \_\_\_ Hijas \_\_\_ Saludable Notas: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL (Evaluación Integral de Salud)**

**Características familiares :** # de adultos en el hogar \_\_\_\_\_ # de niños en el hogar \_\_\_\_\_

**Necesidades de comunicación:**

¿Audición? \_\_\_ Sí \_\_\_ No    Visión? \_\_\_ Sí \_\_\_ No    Cognición (comprensión)? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

**Vida social:** ¿Te consideras una persona social? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

**Planificación anticipada de atención:** ¿tiene una directiva anticipada en el archivo? \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
 \_\_\_ Rechazado \_\_\_ Rehusar \_\_\_ No Corresponde

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Determinantes sociales de salud:** ¿Está expuesto a la delincuencia en su vecindario?  Sí  No

¿ **Hospital/sala de emergencias más reciente?** Fecha de visita \_\_\_\_\_

¿Fecha de seguimiento? \_\_\_\_\_ ¿Dado de alta?  Sí  No

**El consumo de tabaco:**  Fumador  Ex fumador  No fumador

¿Cuántas/con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ mastica tabaco  fumador de pipa  usuario de Tabaco

¿Es usted otro usuario de tabaco?  Sí  No \_\_\_\_\_

### **Historia sexual:**

¿Tuvo relaciones sexuales en los últimos 12 meses (vaginal, oral o anal)?  Sí  No

¿Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual? (STD)?  Sí  No

Último período menstrual \_\_\_\_\_

No se puede documentar último periodo menstrual:  depo provera  histerectomía

Control natal de Mirena  posmenopáusica  ablación uterina

¿Estás teniendo problemas sexuales?  Sí  No ¿Cuántas parejas sexuales has tenido? \_\_\_\_\_

Cualquier abuso sexual:

ninguno  tiene plan de seguridad  historial en el pasado  continuo en relación

Use condones  Sí  No Usar otro método anticonceptivo \_\_\_\_\_

**Drogas/Alcohol:** ¿Ha usado drogas que no sean por razones médicas en los últimos 12 meses?

Sí  No Si "Sí", qué droga (s) \_\_\_\_\_

¿Tuviste una bebida que contenía alcohol en el último año ?  Sí  No

Si "Sí" con qué frecuencia:  Nunca  mensual o menos  2 a 4 veces al mes

2-3 veces a la semana  4 o más a la semana

Ingesta de cafeína:  ninguna/1-2 tazas por día  2-3 tazas por día  3-4 tazas por día

más de 4 tazas por día

Otro cafeina:  chocolate  soda  pastillas  Otra

¿Cuánto / con qué frecuencia de otros? \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Diverso:** Niños:  ninguno  conoce problemas de seguridad  
 sin preocupaciones de comportamiento  no tiene problemas escolares  en la guardería

Participación de la comunidad:  ninguna  grupo religioso  organizaciones comunitarias  
 actividades deportivas o recreativas

Violencia Doméstica:  ninguno  historia en el pasado  tiene orden de restricción  
 se siente insegura en casa  tiene un plan de seguridad

Ejercicio:  Sí  No Con qué frecuencia?  semanalmente  diariamente  ocasionalmente  
Qué tipo de ejercicio \_\_\_\_\_

¿Detectores de humo domésticos?  ninguno  detectores de humo  detectores de radon  
 detector de monóxido de carbono

Alojamiento:  sin hogar  albergue  alquiler  posee una casa  vive con parientes

Problemas legales:  ninguno  en período de prueba  en libertad condicional  
 esperando juicio

Vivir con:  solo  cónyuge  pareja  familia  amigos

Estado civil:  nunca se casó  soltero  casado  separado  divorciado  viudo  
 en relación con pareja masculina  en relación con pareja femenina

Sistema de apoyo natural:  ninguno  depende de la familia  depende de amigos  
 depende de la ayuda del gobierno

Estado laboral de ocupación:  jubilado  autónomo  desempleado  trabaja en casa  
 trabaja a tiempo parcial  trabajo a tiempo completo Ocupación: \_\_\_\_\_

Exposición ocupacional:  ninguno  sustancias químicas tóxicas  ruido  
 agentes infecciosos  estrés físico repetitivo

Otros en el hogar:  padres  hermanos  niños de crianza

Mascotas:  ninguno  gatos  perros  aves  reptiles  animales exóticos \_\_\_\_\_

Viaje fuera de los Estados Unidos:  ninguno en los últimos seis (6) meses  América del Sur  
 Europa  Asia  África



**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Abuso verbal:

ninguno  ocasional  frecuente  buscar consejería  tiene un plan de seguridad

Hogar:

Número de adultos en el hogar \_\_\_\_\_ Número de niños en el hogar \_\_\_\_\_

Religión \_\_\_\_\_

Educación:  alguna escuela secundaria  terminó la escuela secundaria  
 alguna universidad  terminó la universidad  escuela profesional

Ingresos familiares anuales: \_\_\_\_\_

*F:common/forms/PMFSH eCW (Spanish) 2/12/2018, Rev. 3/26/2018, Rev. 6/2021*



**PRAPARE: Protocol for Responding to and Assessing Patient Assets, Risks, and Experiences**  
**(Protocolo para responder y evaluar los recursos, riesgos y experiencias de los pacientes)**

**1. ¿Cuál es su situación actual de vivienda?**

- Tengo vivienda
- No tengo vivienda (alojarse con otros, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en la playa, o en un parquet)
- Elijo no responder a esta pregunta

**2. ¿Te preocupa perder tu vivienda?**

- Sí
- No
- Elijo no responder a esta pregunta

**3. ¿Cuál es el nivel más alto de escuela que has terminado?**

- Menos de un título de secundaria
- Diploma de Escuela Secundaria o GED
- Más que la escuela secundaria
- Elijo no responder a esta pregunta

**4. ¿Cuál es su situación laboral actual?**

- Desempleados o en busca de trabajo
- Tiempo parcial o trabajo temporal
- Trabajo a tiempo complete
- De lo contrario, desempleado pero no buscando trabajo  
(ex. Estudiante, jubilado, discapacitado, dador de atención primaria no remunerado)
- Elijo no responder a esta pregunta

**5. En el último año, ¿usted o algún miembro de la familia con el que vive no ha podido obtener ninguno de los siguientes cuando realmente era necesario? (Compruebe todo lo que corresponda)**

- víveres    Cuidado de niños    Otros (por favor escriba)
- Ropa    Medicina o cualquier atención médica (médica, dental, de salud mental o visión)
- Utilidades    Teléfono    No tengo problemas para satisfacer mis necesidades
- Elijo no responder a esta pregunta

6. **¿La falta de transporte le ha impedido tener citas médicas, reuniones, trabajo o hacer las cosas en su vida diaria?**
- Sí, me ha impedido tener citas médicas o recibir mis medicamentos
  - Sí, me ha impedido no recibir reuniones médicas, citas, trabajo o conseguir las cosas necesarias para la vida diaria
  - No
  - Elijo no responder a esta pregunta
7. **¿Con qué frecuencia ves o hablas con personas que te importan y a las que te sientes cercano? (por ejemplo: hablar con amigos por teléfono, visitar amigos o familiares, ir a reuniones de la iglesia o del club)**
- Menos de una vez a la semana       1 o 2 veces por semana
  - De 3 a 5 veces por semana       más de 5 veces por semana
  - Elijo no responder a esta pregunta
8. **¿Qué tan estresado estás? El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está preocupada?**
- De nada       Un poco
  - Algo       Un rato largo
  - Mucho       Elijo no responder a esta pregunta
9. **¿En el último año ha pasado más de 2 noches en la cárcel, la prisión, el centro de detención o el centro correccional juvenil?**
- Si
  - No
  - Elijo no responder a esta pregunta
10. **¿Eres un refugiado?**
- Si
  - No
  - Elijo no responder a esta pregunta
11. **¿De qué país eres?**
- Une a un país de los Estados
  - Unidos distinto de los Estados Unidos (por favor, escriba)
  - Elijo no responder a esta pregunta

12. **¿Te sientes física y emocionalmente seguro donde vives actualmente?**

- Sí
- No
- Seguro
- Elijo no responder a esta pregunta

13. **En el último año, ¿le has tenido miedo a tu pareja o expareja?**

- Sí
- No
- Seguro
- No he tenido pareja en el último año
- Elijo no responder a esta pregunta

**Nombre:** \_\_\_\_\_

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

## **Consent for the Use and Disclosure of Individually Identifiable Health Information for Treatment, Payment, and/or Health Care Operations**

I understand that as a part of my health care, **North Florida Medical Centers, Inc. (NFMC)** receives, originates, maintains, discloses, and uses individually identifiable health information, including, but not limited to, health records and other health information describing my health history, symptoms, examination and test results, diagnosis, treatment, treatment plans, and billing and health insurance information. I understand that NFMC and its physicians, other health care professionals, and staff may use this information to perform the following tasks:

- Diagnose my medical psychiatric/psychological condition.
- Plan my care and treatment.
- Communicate with other health professionals concerning my care.
- Document services for payment/reimbursement.
- Conduct routine health care operations, such as quality assurance and peer review.
- For research and similar purposes designed to improve the quality and to reduce the cost of healthcare.

I have been provided a NOTICE OF INFORMATION PRACTICES that fully explains the uses and disclosures that NFMC will make with respect to my individually identifiable health information. I understand that I have the right to review the NOTICE before signing this consent. NFMC has afforded me sufficient time to review this NOTICE and has answered any questions that I have to my satisfaction. I also understand that NFMC cannot use or disclose my individually identifiable health information other than as specified on the NOTICE. I also understand, however, that NFMC reserves the right to change its notice and the practices detailed therein prospectively (for uses and disclosures occurring after the revision) if it posts a copy of the revised notice in a prominent space in the medical center(s).

I understand that I do not have to consent to the use of disclosure of my individually identifiable health information for treatment, payment, and health care operations, but that if I do not consent, NFMC may refuse to provide me health care services unless applicable state or federal law requires NFMC to provide such services.

I understand that I have the right to request restrictions on the use or disclosure of my individually identifiable health information to carry out treatment, payment, or health care operations. I further understand that NFMC is not required to agree to the requested restriction but that, if it does agree, it must honor the restriction unless I request that it stop doing so or NFMC notifies me that it is no longer going to honor the request.

I understand that I have the right to request restriction as to the method of communications to me. I understand that I may revoke this consent in writing but that the revocation will not be effective to the extent that NFMC has already taken action in reliance on my earlier effective consent.

I request the following restrictions on the use or disclosure of my individually identifiable health Information:

---

Patient or Legal Guardian Signature

---

Date

I object to uses and disclosures as follows:

**UNIVERSAL PATIENT AUTHORIZATION FORM FOR  
FULL DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION FOR TREATMENT AND QUALITY OF CARE**

\*\*\*PLEASE READ THE ENTIRE FORM, BOTH PAGES, BEFORE SIGNING BELOW\*\*\*

**Patient (name and information of person whose health information is being disclosed):**

Name (First Middle Last): \_\_\_\_\_

Date of Birth (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

***You may use this form to allow your healthcare provider to access and use your health information. Your choice on whether to sign this form will not affect your ability to get medical treatment, payment for medical treatment, or health insurance enrollment or eligibility for benefits.***

**By signing this form, I voluntarily authorize, give my permission and allow use and disclosure:**

**OF WHAT:** ALL MY HEALTH INFORMATION including any information about sensitive conditions (if any) [See page 2 for details]

**FROM WHOM:** ALL information sources [See page 2 for details]

**TO WHOM:** Specific person(s) or organization(s) permitted to receive my information (must be a healthcare provider):

Person/Organization Name: \_\_\_\_\_ Phone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Fax: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**PURPOSE:** To provide me with medical treatment and related services and products, and to evaluate and improve patient safety and the quality of medical care provided to all patients.

**EFFECTIVE PERIOD:** This authorization/permission form will remain in effect until my death or the day I withdraw my permission.

**REVOKING MY PERMISSION:** I can revoke my permission at any time by giving written notice to the person or organization named above in "To Whom."

**In addition:**

- I authorize the use of a copy (including electronic copy) of this form for the disclosure of the information described above.
- I understand that there are some circumstances in which this information may be redisclosed to other persons [See page 2 for details].
- **I understand that refusing to sign this form does not stop disclosure of my health information that is otherwise permitted by law without my specific authorization or permission.**
- **I have read all pages of this form and agree to the disclosures above from the types of sources listed.**

**X** \_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Patient's Legal Representative

\_\_\_\_\_  
Date Signed (mm/dd/yyyy)

\_\_\_\_\_  
Print Name of Legal Representative (if applicable)

Check one to describe the relationship of Legal Representative to Patient (if applicable):

Parent of minor

Guardian

Other personal representative (explain: \_\_\_\_\_)

NOTE: This form is invalid if modified. You are entitled to get a copy of this form after you sign it.

## Explanation of Form Florida AHCA FC4200-004

### “Universal Patient Authorization for Full Disclosure of Health Information for Treatment & Quality of Care”

Laws and regulations require that some sources of personal information have a signed authorization or permission form before releasing it. Also, some laws require specific authorization for the release of information about certain conditions and from educational sources.

“Of What”: includes ALL YOUR HEALTH INFORMATION, INCLUDING:

1. **All records and other information regarding your health history, treatment, hospitalization, tests, and outpatient care. This information may relate to sensitive health conditions (if any), including but not limited to:**
  - a. Drug, alcohol, or substance abuse
  - b. Psychological, psychiatric or other mental impairment(s) or developmental disabilities (excludes “psychotherapy notes” as defined in HIPAA at 45 CFR 164.501)
  - c. Sickle cell anemia
  - d. Birth control and family planning
  - e. Records which may indicate the presence of a communicable disease or noncommunicable disease; and tests for or records of HIV/AIDS or sexually transmitted diseases or tuberculosis
  - f. Genetic (inherited) diseases or tests
2. **Copies of educational tests or evaluations, including Individualized Educational Programs, assessments, psychological and speech evaluations, immunizations, recorded health information (such as height, weight), and information about injuries or treatment.**
3. **Information created before or after the date of this form.**

“From Whom” includes: **All information sources** including but not limited to medical and clinical sources (hospitals, clinics, labs, pharmacies, physicians, psychologists, etc.) including mental health, correctional, addiction treatment, Veterans Affairs health care facilities, state registries and other state programs, all educational sources that may have some of my health information (schools, records administrators, counselors, etc.), social workers, rehabilitation counselors, insurance companies, health plans, health maintenance organizations, employers, pharmacy benefit managers, worker’s compensation programs, state Medicaid, Medicare and any other governmental program.

“To Whom”: For those health care providers listed in the “TO WHOM” section, your permission would also include physicians, other health care providers (such as nurses) and medical staff who are involved in your medical care at that organization’s facility or that person’s office, and health care providers who are covering or on call for the specified person or organization, and staff members or agents (such as business associates or qualified services organizations) who carry out activities and purpose(s) permitted by this form for that organization or person that you specified. Disclosure may be of health information in paper or oral form or may be through electronic interchange.

“Purpose”: Your signature on this form does NOT allow health insurers to have access to your health information for the purpose of deciding to give you health insurance or pay your bills. You can make that choice in a separate form that health insurers use.

“Revocation”: You have the right to revoke this authorization and withdraw your permission at any time regarding any future uses by giving written notice. This authorization is automatically revoked when you die. You should understand that organizations that had your permission to access your health information may copy or include your information in their own records. These organizations, in many circumstances, are not required to return any information that they were provided nor are they required to remove it from their own records.

“Re-disclosure of Information”: Any health information about you may be re-disclosed to others only to the extent permitted by state and federal laws and regulations. You understand that once your information is disclosed, it may be subject to lawful re-disclosure, in accordance with applicable state and federal law, and in some cases, may no longer be protected by federal privacy law.

Limitations of this Form: If you want your health information shared for purposes other than for treating you or you want only a portion of your health information shared, you need to use Form Florida AHCA FC4200-005 (Universal Patient Authorization Form For Limited Disclosure of Health Information), instead of this form. Also, this form cannot be used for disclosure of psychotherapy notes. This form does not obligate your health care provider or other person/organization listed in the “From Whom” or “To Whom” section to seek out the information you specified in the “Of What” section from other sources. Also, this form does not change current obligations and rules about who pays for copies of records.

# **RESUMEN DE LA DECLARACION DE LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES DE LA FLORIDA**

Las leyes de la Florida requieren que su proveedor de cuidados de salud o las instalaciones que proveen cuidados de salud reconozcan sus derechos mientras usted recibe cuidados de salud y que usted respete el derecho de su proveedor de cuidados de salud y de las instalaciones de cuidados de salud de esperar ciertas normas de conducta por parte de los pacientes. Usted puede pedirle una copia del texto completo de esta ley a su proveedor de cuidados de salud o a cualquier instalación que provee cuidados de salud. Un resumen de sus derechos y de sus responsabilidades aparece a continuación.

## **LOS CENTROS DEL FLORIDA DE NORTE, Inc.**

### **DECLARACION DE LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES**

**MISIÓN:** Para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria de calidad para las poblaciones subatendidas y para incrementar la participación de valor con un motivado y preparado de trabajo.

#### **EL PACIENTE TIENE EL DERECHO DE:**

1. Que se le trate con respeto y cortesía, reconociendo su dignidad individual y protegiendo su necesidad a la privacidad.
2. Que se le contesten sus preguntas y se responda a sus deseos rápida y razonablemente.
3. Saber quien le provee servicios médicos y quien se responsabiliza por su cuidado.
4. Saber que servicios médicos y quien se responsabiliza por su cuidado.
5. Saber que servicios de apoyo existen para el paciente, incluso el saber si hay un intérprete a su disposición si no habla inglés.
6. Saber que reglas y reglamentos conciernen su conducta.
7. Que su proveedor de cuidados de salud le de información respecto al diagnóstico, planes de curso de tratamiento, alternativas, riesgos y pronósticos.
8. Rehusarse a recibir tratamiento, excepto en casos prescritos por la ley.
9. Recibir, si lo pide, información completa y el asesoramiento necesario sobre la existencia de recursos financieros conocidos para ayudar con su cuidado.
10. El paciente que tiene elegibilidad para recibir Medicare, tiene el derecho de saber, si lo solicita y, antes de recibir tratamiento, si su proveedor de cuidados de salud o la instalación de cuidados de salud aceptan la tasa de pagos establecida por Medicare.
11. De recibir, si lo solicita y, antes de recibir tratamiento, un estimado razonable de lo que se le va a cobrar por el cuidado médico.
12. Recibir una copia razonablemente clara y comprensible de una cuenta detallada y, si lo solicita, una explicación de los cobros.
13. Tener acceso a tratamiento médico o a instalaciones para recibirlo de forma imparcial sin que se considere raza, origen nacional, religión, impedimento físico o procedencia del pago.
14. Que se le de tratamiento de emergencia para cualquier estado de salud que puede deteriorarse si no se le da tratamiento.
15. Saber si el tratamiento que se le ofrece tiene como propósito llevar a cabo investigaciones experimentales y consentir o rehusarse a participar en dicho tratamiento.
16. Expresar sus quejas sobre cualquier violación de sus derechos, tal como aparece en las leyes de la Florida, a través del proceso de quejas del proveedor de cuidados de salud o del lugar que provee esos cuidados y con la agencia del estado que expide las licencias apropiadas.

#### **EL PACIENTE TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:**

1. Proporcionarle al proveedor de cuidados de salud, al límite de sus mejores conocimientos, información completa y correcta sobre sus quejas presentes, enfermedades pasadas, estancias en el hospital, medicamentos y otras cuestiones relacionadas con su salud.
2. Informar al proveedor de cuidados de salud de cambios inesperados en su condición física.
3. Informar al proveedor de cuidados de salud si comprende la manera en que se procederá y lo que se espera que el o ella haga.



4. Seguir el plan de tratamiento recomendado por el proveedor de cuidados de salud.
5. Ir a sus citas y, si no puede ir por cualquier razón, de notificar al proveedor de cuidados de salud o a la instalación de cuidados de salud.
6. Aceptar los resultados de sus acciones si rehusa tratamiento o si no sigue las instrucciones del proveedor de cuidados de salud.
7. Asegurarse de que las obligaciones financieras relacionadas con sus cuidados de salud se cumplan pronto como sea posible.
8. El paciente tiene la responsabilidad de seguir las reglas y reglamentos de la instalación de cuidados de salud que tienen que ver con la conducta y cuidado de los pacientes.

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

Yo, \_\_\_\_\_ (su nombre) recibidos una copia de los derechos y responsabilidades del paciente y ha leído o han leído a me.

\_\_\_\_\_  
Firma de por vida del paciente, padre o guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**North Florida Medical Centers, Inc.**  
**Aviso de Métodos de Información**

ESTE AVISO INDICA COMO PUEDE SER REVELADA INFORMACION MEDICA SOBRE Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE

**Como Entender la Información en su Record de Salud**

Cada vez que visita el hospital, un médico u otro asistente médico anota su visita. Esta anotación contiene su historia de salud, síntomas, exámenes y resultados, diagnóstico, y un futuro plan de tratamiento. Esta información, o record médico, tiene las siguientes funciones:

- Base para planear su cuidado y tratamiento
- Modo de comunicación entre profesionales de salud contribuyentes a su cuidado.
- Usted y una tercera persona pueden verificar que recibió los servicios que le están cobrando.
- Método para educación médica
- Método de información para oficiales de salud con la labor de mejorar la salud de las regiones donde laboran.
- Método de asesorar la calidad de cuidado que ha recibido
- Método para mejorar la calidad de asistencia médica y lograr mejores resultados del paciente

Entender el contenido de su record de salud y como esta información le puede ayudar a:

- Asegurar que este correcta y completa
- Entender quienes, adonde, y porque otros pueden obtener acceso a su información de salud
- Llegar a un acuerdo sobre darle autorización a otras personas
- Mejor entendimiento de los siguientes derechos de información de salud

**Sus Derechos Bajo la Norma Federal de Privacidad**

Aunque su record de salud es propiedad del médico quien completó la información, usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información:

- Pedir restricciones sobre el uso y revelación de su información de salud para el tratamiento, pagos, y funciones de asistencia médica. “Funciones de Asistencia Médica” son necesarias para dirigir las funciones de asistencia médica rutinarias y asegurar que el personal este de acuerdo con los procedimientos. El derecho de pedir restricciones no aplica al uso o declaraciones permitidas o requeridas bajo las siguientes secciones de la ley federal de privacidad: 164.502(a)(2)(i) (revelaciones a usted), 164.510(a) (para directivos pero usted tiene el derecho de oponer al uso), o 164.512 (uso y revelaciones sin consentimiento ni autorización). Según el último, el uso y declaración, por ejemplo, si es requerido por la ley, tal como enfermedades contagiosas. En ese caso, usted no tiene el derecho a pedir restricciones. El acuerdo de usar y revelar su información de salud individualmente identificable es razón para pedir la restricción. Sin embargo, no tenemos que estar de acuerdo con la restricción. En tal caso, tenemos que tomarla en cuenta a menos que usted pida lo contrario, o le notifiquemos con anticipación. También puede pedir que nos comuniquemos con usted alternativamente, y si su solicitud tiene validez, la tenemos que honrar. Puede pedir restricción u otros métodos de comunicación en el formulario de consentimiento para tratamiento, pagos, y funciones de asistencia médica.
- Aunque se haya puesto una copia en un lugar accesible en el/ los centros médicos, usted tiene el derecho de solicitar una copia para uso personal.

Revisar y reproducir su información de salud cuando la solicite. Nuevamente, este derecho no es absoluto. En ciertas ocasiones le podemos negar acceso si usted puede causar daño. Usted no tiene derecho de acceso a las siguientes:

- Anotaciones de psicoterapia,. Estas anotaciones son de médicos especialistas en salud mental quienes documentan y analizan conversaciones con grupos profesionales y durante sesiones de asesoramiento familiar, que son aparte de su record medico.
- Información recopilada para uso en casos civiles, criminales o acciones administrativas.
- Información de salud protegida sujeto a Enmiendas Para el Mejoramiento de Laboratorios Clínicos de 1988, 42 U.S.C. , Sección 263a, que al darle acceso sería contra la ley.
- Información recibida de personas que no son proveedores de salud bajo una promesa confidencial y al solicitarla revelaría la fuente de información.

En ciertas ocasiones le podremos negar acceso, pero en tal caso, tendremos que darle una explicación del porque se lo negamos. Esta explicación de negarle el acceso tiene las siguientes razones:

- Un profesional de salud, tal como su médico, ha determinado que darle acceso puede poner en peligro la vida o salud física de usted u otra persona.
- La información de salud protegida le hace referencia a otra persona (aparte de un proveedor de salud) y un médico profesional han determinado que al darle acceso puede causarle daño a otra persona.
- La solicitud viene de su representante personal y un médico profesional ha determinado que al darle acceso puede causarle daño a usted o a otra persona.

Para estas explicaciones un profesional médico tiene 60 días para revisar la decisión del proveedor por su razón de porque le niega el acceso. Si le negamos acceso, le explicaremos la razón, y cuales son sus derechos, las gestiones, y como lograr recibir la explicación. Si le damos acceso le informaremos como adquirir el acceso. Reservamos el derecho de cobrarle un cargo razonable a base de costo por hacerle fotocopias.

- Solicitar una modificación/corrección de su información de salud. No le tenemos que conceder la solicitud bajo las siguientes condiciones:
  - El record médico no fué creado por nosotros. En tal caso, como en una consulta de otro proveedor de salud, nosotros no creamos el record, y no sabemos si esta correcto. Entonces usted tendría que obtener la modificación/corrección de la persona quien creó el record. Si la persona modifica o corrige el record, nosotros pondremos el record corregido en nuestros archivos.
  - Los records no estan disponibles a usted como indicado previamente.
  - El record está correcto ni completo.

Si le negamos su solicitud de modificación/corrección, le notificaremos la razón, como puedo apegar una declaración de desacuerdo en su records (el cual podemos refutar) y como puede hacer una denuncia. Si le concedemos su solicitud, haremos la corrección y la distribuiremos a aquellos que la necesiten y tambien a las personas que usted nos indique que la necesitan.

- Obtener un informe de usos no rutinarios y declaraciones, aparte de esos para tratamiento, pagos, y asistencia médica. No tenemos que dar informes sobre las siguientes declaraciones:
  - A usted para revelación de información de su salud protegida.
  - Para el directivo o personas involuncradas en su cuidado o para propósitos de notificación como lo estipulado en Sección 164.510 del reglamento de privacidad federal (usos y declaraciones que requieren que la persona tenga la oportunidad de acordar o oponer, incluyendo miembros de familia, representantes personales, u otras personas responsables por su cuidado, condición general, o muerte.)
  - Para razones de seguridad nacional, o propósitos de inteligencia bajo Sección 164.512(k)(2) del reglamento de privacidad federal (declaraciones que no requieren consentimiento, autorización, u oportunidad para oponer.)
  - A instituciones correccionales o officials de la ley [policías] bajo Sección 164.512(k)(5) del reglamento de privacidad federal (declaraciones que no requieren consentimiento, autorización, u oportunidad para oponer.)

- Que ocurrieron antes del 14 de abril de 2003.
- Tenemos que mandar el reporte dentro de 60 días. El reporte tiene que incluir la siguiente información:
- Fecha de cada declaración.
  - Nombre y dirección de la organización o persona que recibió la información de salud protegida.
  - Una breve descripción de la información declarada..
  - Un breve informe por la razón de la declaración que le informa el porque de la declaración o, en lugar del informe, una copia de su autorización por escrito o una copia del la solicitud por escrito para obtener la declaración.
- Revocar su consentimiento o autorización para el uso o declarar información de salud excepto al extremo que hemos tomado acción en confianza en el consentimiento o autorización.
  - Mandar una denuncia a NFMC y a HHC si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Puede ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad del NFMC al (850) 385-4494 para poner una denuncia. NFMC no va a vengarse contra personas por hacer una denuncia.
  - Disputas no resueltas por el proceso de denuncia seran resueltas por arbitración obligatoria en Tallahassee, Florida, bajo los reglamentos de La Asociación Americana de Arbitración con cada persona pagando los costos de un abogado.

### **Nuestras Responsabilidades bajo la Norma Federal de Privacidad**

Además de proveerle sus derechos, como previamente mencionado, según la norma federal de privacidad tenemos que tomar las siguientes medidas:

- Mantener la privacidad de su información de salud, inclusive implementar salvoconducto razonable y apropiado, físico, administrativo, y tecnico para proteger la información.
- Darle este aviso en cuanto a nuestra obligación legal y prácticas de privacidad con respecto a información de salud individualmente identificable que colectamos y mantenemos de usted.
- Guiarnos por las condiciones de esta aviso.
- Educar nuestro personal sobre la privacidad y la confidencialidad.
- Implementar una poliza de autorización y castigar aquellas personas quienes violan la privacidad/confidencialidad o nuestras polizas referente a ello.
- Mitigar (reducir el daño a) cualquiera violación de privacidad/confidencialidad.

No usaremos ni revelaremos su información de salud sin su consentimiento o autorización, excepto como lo definido en este Aviso o requerido por ley.

### **Como Acudir mas Información o Reportar un Problema**

Si usted tiene alguna pregunta or requiere mas información puede ponerse en contacto en el Oficial de Privacidad o el Jefe Ejecutivo al 850-385-4494.

### **Ejemplos de Declaraciones para Tratamiento, Pagos, o Funciones de Salud**

- *Si nos da consentimiento, usaremos su información de salud para su tratamiento.* Por ejemplo: Un médico, asistente médico, terapeuta o un consejero, enfermera, u otro miembro de su equipo de salud anotará la información en su record, hace un diagnosis de su condición, y determina el major tratamiento para usted. Su médico principal ordenará el tratamiento y anotará lo que el o ella espera que los otros miembros del cuerpo de salud hagan para atenderlo. Entonces los otros miembros documentaran las acciones tomadas y sus observaciones. De esa manera, su médico principal tiene conosimiento a como usted esponde al tratamiento. También le daremos copias de su records a otros profesionales de salud para asistirlos en su tratamiento una vez deje de estar bajo tratamiento con nosotros.
- *Si nos da consentimiento, usaremos su información de salud para facturación.* Por ejemplo: Podremos enviarle a usted una factura, o a una tercera persona tal como su aseguradora de salud. La información adjunto a la factura puede incluir información indenticandolo a usted, su diagnosis, los tratamientos administrados, y los materiales que se utilizaron.

- *Si nos da consentimiento, usaremos su información de salud para funciones de salud.* Por ejemplo: Miembros del cuerpo médico, la persona encargada de riesgo o mejoramiento de calidad, o miembros del cuerpo de asegurar la calidad, pueden usar la información en su record de salud para asesorar su cuidado y los resultados de sus casos, y la aptitud de los proveedores de salud. Usaremos esta información para continuar mejorando la calidad y eficacia de nuestros servicios de salud.
- *Asociados de Empresas:* Nosotros proveemos algunos servicios por medio de contratos con asociados de empresas. Ejemplos: ciertos diagnósticos de exámenes, servicios de fotocopadoras para hacer fotocopias de records médicos, y semejantes. Al usar estos servicios podemos revelarle su información de salud a los asociados de empresas para que se puedan lograr las funciones con ellos bajo contrato, y para enviárselos a usted o a la tercera persona por los servicios rendidos. No obstante, para poder proteger su información de salud, requerimos que los asociados de empresas protejan su información.
- *Directorio:* A no ser que nos notifique que se opone, usaremos su nombre, lugar, condición general, y afiliación religiosa para uso del directorio. Podemos darle esta información a miembros de la iglesia, excepto para afiliación religiosa, a otras personas quienes preguntan por usted personalmente
- *Notificación:* Podremos usar o revelar información para notificar o asistir a miembros de familia, un representante personal, u otra persona responsable por su cuidado, su situación o condición general.
- *Comunicación con Familiares:* A no ser que se oponga, profesionales de salud, bajo su mejor decisión, pueden revelarle su información a familiares, personas de confianza, o cualquier otra persona quien usted identifique información de salud pertinente a su cuidado.
- *Estudios:* Podremos revelar información para estudios, solo si sus estudios han sido aproavods por una junta revisadora institucional que ha revisado la propueta y ha establecido protocolos que aseguran su información de salud.
- *Directores de Funerarias:* Podemos revelar información de salud aplicables por ley a directores de funerarias para que pueden ejercer sus labores.
- *Mercadeo/Continuidad de Cuido:* Podremos contactarlos para recordarles de citas médicas, o alternativas de tratamientos, o cualquier otros beneficios de salud que puedan interesarle.
- *Recaudación de Fondos:* Podemos contactarlo para propósitos de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho de solicitar para no recibir estas solucitides para recaudación de fondos.
- *Administración de Drogas y Alimentos (ADA):* Podremos revelarle a la ADA información de salud que pretienen a efectos/eventos adversivos con respecto a alimentos, drogas, suplementos, productos o productos defectuosos, y facilitar la rellamada de productos, reparos, y reemplazo.
- *CompensaciónLegal por Accidentes de Trabajos:* Podemos revelar información de salud al extremo según autorizado y hasta el extremo necesario para cumplir con las leyes pertenecientes a la compensación legal por accidentes de trabajos u otros programas similares establecidos por ley.
- *Salud Pública:* Según la ley, podemos revelar su información de salud a oficiales de salud o legales encargados de prevenir o controlar enfermedades, lastimos, o incapacidad.
- *Institución Correccional:* Si usted es reo/preso de una institución correccional, podemos revelarle a la institución o a sus agents la información de salud necesaria para su salud o por la salud y seguridad de otros individuos.
- *Ejecución de la Ley:* Podemos revelar información de salud para propósitos de ejecuciones de la ley, requeridos por ley, o respondiendo a una citación válida.
- *Agencias de Cuidado de Salud y Autoridades de Salud Pública:* Si algún miembro de nuestro personal de labores o un asociado de empresa en buena fe piensa que nos hemos dedicado a

comportamientos ilegales o hemos violado normas profesionales o médicas que potencialmente pueden poner en peligro uno o más pacientes, trabajadores, o el público, podrán revelar su información de salud a agencias de cuidado de salud y/o autoridades de salud pública tal como el departamento de salud.

- *El Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos:* Bajo las normas de privacidad, tenemos que revelar su información de salud al Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos según necesario para determinar nuestra conformidad a esas normas.

Fecha de Vigencia: 14 de abril de 2003.

Revisado 1 de abril de 2017

Lane M. Lunn, Jefe Ejecutivo  
North Florida Medical Centers, Inc.

**RESERVAMOS EL DERECHO DE HACERLE CAMBIOS A NUESTRAS PRACTICAS Y HACERLE TODAS LAS PROVISIONES EFECTIVAS PARA TODA INFORMACION DE SALUD IDIVIDUALMENTE IDENTIFICABLE QUE MANTENEMOS. SI CAMBIAMOS NUESTRAS PRACTICAS DE INFORMACION, PONDREMOS EL AVISO NUEVO EN LOS CENTROS MEDICOS.**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## NFMC

Centros Médicos del Norte de Florida, Inc.

Cuestionario de detección de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) REVISADO 07/14/2020

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Por favor conteste lo siguiente:

1. ¿Ha tenido alguno de los siguientes:

Tos SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Falta de aliento o dificultad para respirar? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Y

2. ¿Has tenido alguno de los siguientes?

Fiebre \* en las últimas 48 horas SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Escalofríos SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Sacudidas repetidas con escalofríos SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Dolores musculares o corporales SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Dolor de cabeza SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Dolor de garganta SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nueva pérdida de sabor y olor SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Congestión o secreción nasal SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Fatiga SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Diarrea SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Náuseas SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

3. ¿Le han hecho la prueba COVID-19 en el último mes? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

4. ¿Ha estado expuesto a alguien diagnosticado con COVID-19 en el último mes? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

\* confirmado o no confirmado

Escrito 02/04/2020; Revisado el 03/04/2020; Revisado el 18/03/2020; Revisado el 04/07/2020; 28/04/2020; 30/06/2020; 14/07/20