

Clínica médica gratuita

FMCOR.ORG

## Lista de Verificación

1. ¿Vive en uno de estos tres condados (Anderson, Morgan, Roane) o es un estudiante activo en Roane State Community College o Tennessee College of Applied Technology?

Sí No

1. ¿Tiene seguro médico de algún tipo?

Sí No

3. ¿Cumple con nuestras pautas de ingresos anuales (consulte la tabla a continuación)?

Sí No

**NOTA:** Para cumplir con nuestras pautas, su ingreso familiar anual debe ser igual o inferior al 200% del Nivel federal de pobreza actual (FPL), como se indica en la tabla a continuación para el tamaño de su familia. Para

Se proporciona su información, los equivalentes promedio de ingresos mensuales y semanales.

Tamaño del hogar / familiar Ingreso	promedio anual 200% FPL	promedio mensual 200% FPL	Promedio semanal 200% FPL
1	\$ 29,160	\$ 2,430	\$ 560
2	\$ 39,440	\$ 3,287	\$ 758
3	\$ 48,720	\$ 4,143	\$ 956
4	\$ 60,000	\$ 5,000	\$1,1541
5	\$ 70,280	\$ 5,857	\$ 1,352
6	\$ 80,560	\$ 6,713	\$ 1,747

Cada persona adicional \$ 10,280

\$ 857

\$ 198

---

Nombre en letra de imprenta

---

Fecha de hoy (MM / DD / AA)

---

Firma

---

Fecha de nacimiento (MM / DD / AA)

# Registración del paciente

\*\*\*\*\* "Revise y actualice la siguiente información lo mejor que pueda. 4 \*." \*

<b>INFORMACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE - POR FAVOR IMPRIMA</b>	<b>Dia de registraci3n:</b>
Apellido:	¿Como escucho de nuestra clínica?
Nombre:	Transferido del hospital:
Nombre preferido:	Autoridad para historia de medicamentos: Si / No
SEGUNDO NOMBRE SUFIJO:	¿Tiene aseguranza? Si / No
NOMBRE PREVIO:	Cover RX: Si / No
Estado civil:	Dia que aplico para Cover RX:
¿Confinado a casa? Si / No	# AÑOS de educaci3n:
MUJER 1      1 HOMBRE 1      1 NO BINARIO 1      1	Lenguaje primario que lee:
Fecha de nacimiento (Mes/Dia/ano):	Lenguaje que (s) habla:
Número de seguro social:	Raza:
direcci3n:	ETNICIDAD:
Apto/Suite/OTRO:	Tamaño de familia:
ciudad:	Ingreso anual de la familia: \$
Estado:	
Condado donde reside:	Notas del paciente:
C3digo postal:	
Preferencias para contactarlo: Mobile / casa / trabajo / Email	
Correo Electr3nico:	
Tel3fono de Casa:	
Tel3fono M3vil:	
Consentimiento para mandar un mensaje de texto: Yes / No	
Tel3fono del trabajo:	
Consentimiento para llamar: Casa / M3vil / Trabajo	
Estado de empleo:	
Ampliador:	
Título profesional:	
Cuanto tiempo tiene en el trabajo:	
Ingreso anual del paciente: \$	
¿Tienes autom3vil? Si / No	
¿Que usas para trasportaci3n?	

## **Registración del paciente - page 2**

Free Medical Clinic

### **Otro**

Paciente fue referido por: \_\_\_\_\_

### **Guardian**

Apellido: \_\_\_\_\_

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

Segundo nombre, sufijo: \_\_\_\_\_

### **Contacto de emergencia**

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

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

### **Pariente más cercano**

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

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### **Información de la farmacia preferida**

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_

Teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

*A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y precisa.*

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

## Historial medico

Nombre (apellido, nombre, segundo): \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_ No-Binario Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Mes Dia AÑO

**Nota:** Este es un informe confidencial de su historial médico. La información contenida en este documento se divulgará solo si nos ha autorizado a hacerlo.

### Historial médico pasado

Consulta las condiciones que Tenía: \_\_\_\_\_  
 tengas

### Antecedentes quirúrgicos pasados

¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido (GERD)                  | <input type="checkbox"/> DOLORS DE CABEZA                       |
| <input type="checkbox"/> ADHD                                  | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL CORAZON                 |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH                              | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DEL CORAZON                  |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                | <input type="checkbox"/> Hepatitis                              |
| <input type="checkbox"/> ANCIEDAD                              | <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones                      |
| <input type="checkbox"/> Artritis                              | <input type="checkbox"/> COLESTEROL ALTO                        |
| <input type="checkbox"/> Asthma                                | <input type="checkbox"/> Hipertensión (HTN)                     |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE VEJIGA                   | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo                        |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DE LA SANGRE             | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo                         |
| <input type="checkbox"/> TRANSFUSION DE SANGRE                 | <input type="checkbox"/> Infertilidad                           |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE LOS SENOS                | <input type="checkbox"/> Nefropatía                             |
| <input type="checkbox"/> COPD                                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar                    |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                                | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Maniere                  |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento                         | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Problemas musculares/articulares/óseos |
| <input type="checkbox"/> Depresión                             | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                           |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del desarrollo              | <input type="checkbox"/> Pólipos                                |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar                | <input type="checkbox"/> Preeclampsia                           |
| <input type="checkbox"/> Diverticulitis                        | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar                       |
| <input type="checkbox"/> Problemas de oído/audición            | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia                 |
| <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario                 | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/AIT          |
| <input type="checkbox"/> Eccema                                | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                           |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis                         | <input type="checkbox"/> Várices                                |

OTRO (EXPLIQUE POR FAVOR)

Mantenimiento de la salud (rellene todos los que correspondan)

Fecha del último examen de la vista:

Fecha del último examen de próstata:

Fecha de la última prueba de PAPANICOLADO

Mamografía previa:

Gafas / Lentes de contacto / Ambos (círculo según corresponda)

TIPO:	año:
TIPO:	año:
TIPO:	año:
TIPO:	año:
TIPO:	año:
FUMA:	Yes No
ACTIVO /A SEXUALMENTE:	Yes No

### Medicamentos

Enumere todos los medicamentos / suplementos con dosis y frecuencia.

### Alergias

¿ERES ALERGICA A CUALQUIER MEDICAMENTO? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Por favor, enumere:

## Autorización para divulgar: registros médicos o información de salud

La Clínica Médica Gratuita (FMC) sabe que la información de salud es personal, y estamos comprometidos a proteger la privacidad de su información. Como paciente de FMC, la atención y el tratamiento que recibe se registran en un registro de atención médica. Para atender mejor sus necesidades médicas, a veces debemos compartir su registro médico (en su totalidad o en parte) con otros proveedores de atención médica involucrados en su tratamiento o con otras entidades durante el curso normal de las operaciones comerciales. No usaremos ni divulgaremos su información de salud para ningún otro propósito sin su permiso.

YO, \_\_\_\_\_ dar mi consentimiento y autorizar el

Por favor, imprima claramente- Nombre del paciente Free Medical Clinic (FMC) para divulgar información de mis registros a otros proveedores de atención médica con fines de continuidad de la atención.

Además, le doy a FMC mi consentimiento y autorización para obtener mis registros médicos, dentales y / o de salud conductual / mental de otros proveedores con fines de continuidad de la atención. Le doy a FMC el permiso para compartir cualquiera de mi información general y médica con los socios de FMC que me brindan servicio y apoyo.

Esta autorización puede ser revocada por mí en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas.

Tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización, y mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento a menos que lo permita la ley.

***Este consentimiento expira un año después de su fecha de firma.***

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

FIRMA de Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre, tutor o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo al personal y voluntarios de FMC a dejar mensajes sobre mi atención médica de la siguiente manera cuando no esté disponible (verifique la línea apropiada para indicar su selección):

\_\_\_\_ Solo déjame información. no nadie más o correo de voz (si marca esta casilla, no marque ninguna otra)

\_\_\_\_ Puedo dejar la siguiente información en mi buzón de voz y/o contestador automático (círculo todo lo que corresponda).

Recordatorios de citas

Informes de laboratorio

Preguntas/información general

\_\_\_\_ Puede dejar la siguiente información con los contactos nombrados a continuación (círculo de todos los que correspondan).

Recordatorios de citas

Informes de laboratorio

Preguntas/información general

Contacto 1 Nombre:

Teléfono:

Contacto1:

Teléfono:

# Responsabilidades del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Por favor, imprima claramente

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
el mes      día      año

Free Medical Clinic (FMC) es una organización sin fines de lucro financiada por donaciones y subvenciones y cuenta principalmente con médicos y enfermeras voluntarios. Queremos que su experiencia aquí sea de calidez y cuidado. Nuestra misión es ayudarlo a recuperarse y mantenerlo lo más saludable posible. A continuación se enumeran cosas importantes que debe comprender sobre FMC y la atención que brindamos. Por favor, lea cada elemento cuidadosamente e inicie cada declaración para indicar su acuerdo y comprensión..

## RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

INICIAL CADA UNA

1. Entiendo que la atención médica en FMC es proporcionada principalmente por médicos voluntarios, enfermeras y otros cuidadores; por lo tanto, puede haber retrasos, reprogramación o cambios en quien veo, y puede que no lo sea. capaz de ver al mismo proveedor en cada cita. \_\_\_\_\_
2. Entiendo que la clínica brinda atención médica básica y es posible que no pueda ayudar con todos mis problemas médicos o brindar asistencia con todos los medicamentos que necesito. Si bien soy paciente de FMC, no buscaré atención primaria de ningún otro proveedor, incluidos los departamentos de salud del condado, y los proveedores de FMC coordinarán cualquier atención especializada que reciba. \_\_\_\_\_
3. Entiendo que FMC puede ayudarme a solicitar asistencia al paciente y programas de descuento de medicamentos. Algunos medicamentos pueden requerir prueba de ingresos. Si no suministro esta información de manera oportuna, se me pedirá que pague por el medicamento. \_\_\_\_\_
4. Entiendo que FMC no prescribe, almacena ni facilita medicamentos o tranquilizantes narcóticos crónicos para el dolor. \_\_\_\_\_
5. Si llego más de 15 minutos tarde a mi cita, me doy cuenta de que es posible que no pueda ser visto ese día.
6. Entiendo que hay algunos especialistas y procedimientos a los que FMC no tiene servicios de referencia disponibles y, por lo tanto, algunos laboratorios, imágenes, citas de referencia de especialistas y otros procedimientos externos pueden no ser gratuitos. El personal de FMC me informará con anticipación sobre las tarifas o cargos que se espera que pague. FMC no es responsable del pago de estos servicios. \_\_\_\_\_
7. Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad hacer preguntas si no entiendo lo que dicen los médicos y enfermeras sobre mis problemas médicos o tratamiento. \_\_\_\_\_
8. Doy mi consentimiento para hacerme la prueba del VIH, el VHB y el VHC en el caso de que un proveedor de atención médica u otra persona que me brinde servicios como paciente de FMC tenga una exposición potencial de mi parte a estas enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre. Entiendo que no se me cobrará por las pruebas. También doy mi consentimiento para que FMC divulgue información sobre mí a una autoridad solicitante suficiente para que dicha parte determine si tengo o he tenido tal infección y podría haberla transmitido a la persona que proporciona servicios tomo. \_\_\_\_\_
9. Entiendo que seré despedido de FMC si no me adhiero a las responsabilidades anteriores o si soy descortés y / o abusivo con el personal o los voluntarios. \_\_\_\_\_

FIRMA:

Fecha:

# Aviso de Prácticas de Privacidad

**Cómo recopilamos información sobre usted:** The Free Medical Clinic y sus empleados y voluntarios recopilan datos a través de una variedad de medios que incluyen, entre otros, formularios de pacientes, cartas, llamadas telefónicas, faxes, correos electrónicos u otros medios necesarios para brindar asistencia a través de nuestra organización.

**Lo que no hacemos con su información:** La información sobre su situación financiera y las condiciones médicas y la atención se mantiene en la más estricta confidencialidad.

No damos, intercambiamos, intercambiamos, alquilamos, vendemos, prestamos ni difundimos ninguna información sobre solicitantes o pacientes que se considere confidencial, esté restringida por ley o haya sido específicamente restringida por un paciente / solicitante en un formulario de consentimiento HIPAA firmado.

**Cómo usamos su información:** La información se usa solo para procesar su solicitud o para brindarle servicios de salud o asesoramiento que pueden requerir comunicación entre la Clínica Médica Gratuita y otros proveedores de atención médica, proveedores de productos o servicios médicos, farmacias y otros proveedores.

Si proporciona información a la Clínica Médica Gratuita con la intención de fraude o que resulta en el delito real de fraude, su información no médica se puede proporcionar a las autoridades legales, incluidos la policía, los investigadores, los tribunales y / o abogados u otros profesionales legales.

**Derecho limitado a usar información personal no identificable de biografías, cartas, notas y otras fuentes:** Cualquier imagen, historia, carta, biografía, correspondencia o nota de agradecimiento que se nos envíe se convierte en propiedad exclusiva de la Clínica Médica Gratuita. Nos reservamos el derecho de utilizar información no identificable sobre nuestros pacientes (aquellos que reciben servicios de o a través de nosotros) para fines promocionales y de recaudación de fondos que están directamente relacionados con nuestra misión.

Los clientes no serán compensados por el uso de esta información y no se utilizará ninguna información de identificación (fotos, direcciones, números de teléfono, información de contacto, apellidos o nombres identificables de forma única) sin el permiso expreso previo del cliente.

Puede solicitar específicamente que NO se utilice ninguna información con fines promocionales, pero debe identificar por escrito cualquier restricción solicitada. Respetamos su derecho a la privacidad y le aseguramos que ninguna información de identificación o fotos que nos envíe se utilizarán públicamente sin su consentimiento directo o indirecto.

Bienvenido a la Clínica Médica Gratuita (FMC) para nuestros servicios de atención primaria sin cargo. Nos sentimos honrados de servirle a usted y a sus necesidades de atención primaria de la salud. Su cuidado realmente es gratuito porque tiene vecinos compasivos que lo cuidan y quieren ayudarlo durante su momento de necesidad.

**Podrá recibir atención en cualquier clínica de FMC (Oak Ridge, Rockwood, Briceville o Clinica Mobile), pero le pedimos que complete y devuelva este paquete a la siguiente dirección:**

**The Free Medical Clinic 116 East Division Road, Oak Ridge, TN 37830**

**Recibirá su atención médica de tres maneras diferentes: en persona, citas** de telesalud (telefónica) y en eventos médicos especiales. Para la telesalud, un proveedor lo llamará y realizará la cita por teléfono o computadora en lugar de que tenga que venir a la clínica para una visita en persona. Le informaremos del tipo de visita a medida que se programen sus citas.

REVISE LA LISTA A CONTINUACIÓN DE DOCUMENTOS NECESARIOS PARA COMPLETAR SU REGISTRO Y COMPLETE TODOS LOS DOCUMENTOS INCLUIDOS LO MÁS COMPLETAMENTE POSIBLE. DEVUELVA TODOS LOS DOCUMENTOS POR CORREO EN EL SOBRE SELLADO INCLUIDO.

**Otros documentos necesarios además de los formularios FMC incluidos:**

- 1. Prueba de ingresos:** Esta prueba puede ser una copia de su talón de pago más reciente o prueba de otros beneficios (como Pagos de Seguro Social o Discapacidad), declaración de impuestos, estado de cuenta bancario o una carta o estado de cuenta de su empleador. *Si no tiene ninguna fuente de ingresos, deberá completar el Formulario de Declaración de Apoyo que se incluye en este paquete. Debe firmarse en presencia de un notario. Puede llevar el formulario a TN Bank en 401S. Illinois Avenue en Oak Ridge, y notarizarán el formulario de forma gratuita si se identifica como paciente de Free Medical Clinic. También tenemos un notario en el personal en algunas clínicas, y podemos ayudarlo si hace una cita para ese propósito.*
- 1. Identificación con foto:** Proporcione una copia de su identificación con foto actual, no vencida. Si usted es un estudiante actual en Roane State Community College (RSCC) o Tennessee College of Applied Technology (TCAT), puede proporcionar una copia de su tarjeta de estudiante. Actualmente debe estar inscrito como estudiante activo.
- 1. Prueba de residencia:** Si la identificación con foto que proporciona tiene su residencia actual en la lista de Anderson, Morgan o el condado de Roane, o si es un estudiante activo en RSCC o TCAT, entonces no necesitamos ninguna documentación adicional de residencia. Si la identificación con foto no muestra la residencia actual en uno de esos condados, proporcione una copia de un correo personal (por ejemplo, no correo basura) u otro documento que respalde su dirección y residencia.

Si no tiene acceso a una fotocopidora, devuelva su paquete de paciente por correo con todos los demás formularios completados. Traiga los documentos anteriores con usted a su primera cita en persona, y obtendremos copias de su comprobante de ingresos, identificación con foto y comprobante de residencia en ese momento. **Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su clínica FMC o visítenos en [FMCOR.ORG](https://www.fmc.org)**