



To Nuestro nuevo paciente:

Bienvenido a Community Health & Wellness Partners (CHWP), donde nuestra misión es proporcionar atención médica integral y centrada en el paciente a cualquier persona y a todos en nuestra comunidad.

Establecido en 2014, CHWP atiende a los residentes de Logan, Champaign y los condados circundantes con atención primaria de salud, incluidos procedimientos en el consultorio, salud conductual, farmacia, nutrición, manejo de atención crónica, tratamiento de uso de sustancias y servicios sociales. Los servicios están disponibles en todos los sitios primarios y centros de salud escolares como se identifica a continuación, y las visitas pueden ser en persona o a través de telesalud.

Muchos de nuestros proveedores, tanto médicos como enfermeras practicantes, están tomando nuevos pacientes. Nuestro personal puede ayudarlo a aceptar nuevos pacientes y elegir un proveedor que lo ayude a alcanzar sus objetivos de atención médica. Revise nuestro sitio web a continuación para obtener más información sobre nuestros proveedores y servicios ofrecidos. Para prepararse mejor para su primera visita, le pedimos que complete este Paquete de Paciente Nuevo en su totalidad. Este paquete solicita la información necesaria que nos ayudará a proporcionar la calidad de atención médica que usted merece. Parte de la información puede parecer invasiva o personal. La intención de estas preguntas es apoyar la declaración de CHWP de que no discriminamos en ningún nivel en la prestación de servicios de atención médica. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en ponerse en contacto con nosotros. Estamos encantados de atenderle.

CHWP acepta pacientes asegurados, sin seguro, con seguro insuficiente y autopagados. Se ofrece una escala de tarifas móviles a aquellos que califican. Por favor, complete la información de ingresos en la página 1 completamente. Si decide NO participar en la escala de tarifas móviles, marque la proporción de ingresos aplicable a su hogar y firme la parte de exención en la página 2 de la solicitud indicando que elige no completar la solicitud en este momento.

Tenga en cuenta que este paquete debe devolverse antes de que se programe su nueva cita con el paciente. Una vez que recibamos el paquete completo, nos pondremos en contacto con usted con la hora de su cita. Puede dejar este paquete en una de nuestras oficinas mencionadas a continuación, enviarnos por correo, completarlo en línea en www.CHWPCares.org/Resources o regresar al personal de un hospital para que puedan enviarnos.

¡Gracias por elegir a CHWP como su socio en el cuidado de la salud! ¡Esperamos conocerte en persona pronto!

Sinceramente

Tara D. Bair, Presidenta/CEO

(Fecha: 8/2022)

Bellefontaine
212 E. Columbus Ave., Suite 1
Bellefontaine, OH 43311

Indian Lake
8200 St. Rt. 366, Suite 1
Russells Point, OH 43348

West Liberty
4879 US Rt. 68 South
West Liberty, OH 43357

Urbana
605 Miami St., Suite 100
Urbana, OH 43078

School-Based Health Centers
West Liberty-Salem Benjamin Logan Indian Lake

Phone: 937.599.1411 • Fax: 937.599.4128 • chwpcares.org



**COMMUNITY HEALTH
& WELLNESS PARTNERS**
Care... To Live Life Fully

Información de paciente (Favor de escribir con letra de molde y llenar todos los espacios)

Nombre legal del paciente _____
apellido nombre inicial del nombre segundo
Nombre preferido _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Número de Seguridad social _____ el sexo al nacer Femenina _____ Masculino _____
Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código postal
Número de teléfono de casa _____ Número de teléfono celular _____
Correo electrónico _____
¿Cómo debemos contactarlo? Teléfono _____ Email _____ Correo _____ Text _____
Contacto de emergencia: Nombre _____ Número de teléfono _____ Relación _____
Persona responsable (requerido por pacientes que no tienen 18 años)
Apellido _____ Nombre _____ Relación _____
¿Cómo nos descubrió? Paciente _____ Periódico _____ Internet _____ Radio _____ Folleto _____
Cartelera _____ Evento de la comunidad _____ Otro _____
¿Tiene ud. acceso al internet? Sí _____ No _____

Información de seguro (Favor de presentar TODAS las tarjetas de seguro y una forma de identificación con foto)

Seguro primario _____ Número de póliza _____ Número de grupo _____
Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Relación al paciente _____ ¿Cuánto es el copago? \$ _____

Información solamente para las estadísticas

Raza: caucásico Negro/Afroamericano Indio Americano/Nativo de Alaska _____
Nativo de Hawái _____ Otro Pacífico _____ Guamaniano o Chamorro _____ Samoan _____
Asian Indio _____ Chinese _____ Filipino _____ Japanese _____ Korean _____ Vietnamese _____
asiático Otro Asian _____ Más de una race _____ otra (especifique) _____
Rehúsa answer _____

Etnia: No hispano, latino/a, o español/a, origen _____ mexicano, mexicoamericano, chicano/a _____
Puerto Rican _____ Cuban _____ Otro origen hispano, latino/a o español _____
Rehúsa answer _____



**COMMUNITY HEALTH
& WELLNESS PARTNERS**

Care... To Live Life Fully

Idioma preferido: inglés _____ español _____ francés _____ alemán _____ ruso _____ otro _____
la lengua de signos _____

El estado civil: soltero _____ casado _____ divorciado _____ separado legalmente _____
enviado _____ compañero _____ otro _____

Identidad de sexo: masculino _____ femenino _____ transgénero femenina _____
transgénero masculino _____ otro _____ Ud. No quiere responder _____

Orientación sexual: heterosexual _____ lesbiana/homosexual _____
bisexual _____ otro _____ ni idea _____ Ud. no quiere responder _____

Profesión: Jubilado _____ Discapacitado _____ Sin empleo _____

Estudiante _____ No quiere responder _____ Con empleo _____
_____ (favor de escribir su profesión)

Si ud. esté empleado, por favor escribe su profesión _____

¿Necesita ud. transporte? Sí _____ No _____

Si ud. Necesite transporte, ¿tiene aparato asistido? _____

¿Es ud. veterano? Sí _____ No _____

¿Es ud. migrante/de temporada? Sí _____ No _____

¿Es ud. sin hogar? Sí _____ No _____

Si ud. sea sin hogar, ¿dónde vive? refugio _____ de transición _____ con otra persona _____
en la calle _____ otro _____

¿Cuáles directivas avanzadas tiene ud.?

Testamento vital _____ Poder notarial _____ Poder notarial _____

duradero _____

Ud. no quiere responder _____ ninguno _____

Si ud. sí lo tenga, favor de escribir su nombre y su relación y provea una copia del
documento a CHWP.

Nombre _____ número de teléfono _____ relación _____

¿Cuáles son sus metas más importantes para su primera cita?

1. _____

2. _____

3. _____



Historia de salud

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Farmacia _____

30 días _____ 90 días _____

La historia de salud: ¿Ha sufrido ud. de los problemas siguientes?: _____ Paciente niega las enfermedades.

Condición	Fecha
AIDS	
Alcoholismo	
Alzhéimer's	
Anemia	
Artritis	
Asma	
Defectos de nacimiento	
Problema de sangre	
Cáncer	
COPD	
Depresión	
Diabetes	

Condición	Fechas
Epilepsia	
Glaucoma	
Cardiopatía	
Colesterol alto	
Hipertensión	
Hipertiroidismo	
Hipotiroidismo	
Intestino irritable	
Enfermedad renal	
Enfermedad de hígado	
Migraña	
Neumonía	

Condición	Fechas
Apoplejía	
Suicidio	
Ataque isquémico transitorio	
Tuberculosis	
Úlcera	
Infección urinaria	
Otro:	

Medicamentos: Favor de escribir TODOS los medicamentos que ud. está tomando ahora. _____ Paciente niega tomar ningún medicamento.

Por favor, traiga todos los medicamentos a todas las citas.

Nombre de medicamento	La dosis (mg)	Con qué frecuencia al día

Las alergias: Favor de escribir todas las alergias de comida, medicamento y ambiente. _____ Paciente niega tomar ninguna alergia

Hospitalizaciones: _____ Paciente niega ninguna hospitalización

Fecha	Dónde	Razón	Duración



Historia social:

Miembro del hogar	Edad	Relación

Profesión: _____

El uso de tabaco: _____ Nunca _____ En el pasado _____
 _____ Masticar/Fumar ¿Cuánto al día? _____ El uso de alcohol: ¿Cuántas bebidas? _____
 _____ ¿Con qué frecuencia? _____

El uso de las drogas: _____ Nunca _____ En el pasado _____ Ud. las usa ahora
 ¿Qué tipo de ejercicio hace ud.? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
 ¿Es ud. sexualmente activo? _____ Sí _____ No ¿Cuántos compañeros sexuales por la vida?: _____

Historia de la familia: Favor de escribir todas las condiciones de su familia.

Condición
AIDS
Alcoholismo
Alzheimer's
Anemia
Artritis
Asma
Defectos de nacimiento
Problema de sangre
Cáncer
COPD
Depresión
Diabetes

Condición
Epilepsia
Glaucoma
Cardiopatía
Colesterol alto
Hipertensión
Hipertiroidismo
Hipotiroidismo
Intestino irritable
Enfermedad renal
Enfermedad de hígado
Migraña
Neumonía

Condición
Apoplejía
Suicidio
Ataque isquémico transitorio
Tuberculosis
Úlcera
Infección urinaria
Otro:

Solamente las mujeres:

Fecha del periodo : _____ Su edad cuando tuvo el periodo primero: _____

¿Hay algún problema con el periodo? _____

Cantidad de embarazadas: _____ Cantidad de hijos: _____

¿Es posible que ud. esté embarazada ahora? _____ Sí _____ No

¿Hay algún problema durante el embarazo? _____



**COMMUNITY HEALTH
& WELLNESS PARTNERS**

Care... To Live Life Fully

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha de nacimiento del paciente

Doy mi consentimiento voluntario para la atención médica, los procedimientos de diagnóstico, la asesoría de salud conductual, los servicios de farmacia o de asesoría nutricional que puedan realizarse, solicitarse, indicarse o delegarse en opinión del proveedor que me atiende. Comprendo que puedo rechazar cualquier servicio en cualquier momento.

Autorizo la divulgación de información a todos los terceros pagadores o las agencias de servicios sociales y de salud.

Autorizo la divulgación de información a Medicare y autorizo a Community Health and Wellness Partners del condado de Logan a facturar mis cargos a Medicare.

Comprendo que soy igualmente responsable de mi factura, a pesar de que puedo tener un seguro médico.

Comprendo que se me solicitará que proporcione un comprobante de ingresos al menos una vez al año, para que mis cargos se calculen con precisión de acuerdo con el programa de tarifas variables.

Comprendo que debo presentar una tarjeta de ayuda pública, seguro médico o tarjeta de Medicare vigente en cada visita a Community Health and Wellness Partners del condado de Logan cuando mis cargos estén cubiertos.

Por la presente, cedo, transfiero y asigno a Community Health and Wellness Partners del condado de Logan todos mis derechos, títulos e intereses de mis beneficios de reembolso médico conforme a mis pólizas de seguro.

Community Health and Wellness Partners está obligado por ley a proteger la privacidad de sus pacientes. Mantendrá la confidencialidad de toda la información de la atención médica del paciente.

Este aviso cumple con los lineamientos establecidos en la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos. (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, vigente desde el 14 de abril de 2003.

Firma del paciente, padre o garante

Fecha

Testigo

Fecha



COMMUNITY HEALTH & WELLNESS PARTNERS

Care... To Live Life Fully

HIPAA

Nombre del paciente: (letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Iniciales

Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad respecto a información médica protegida

He recibido el Aviso de privacidad del consultorio. Las fotocopias de este documento deben considerarse tan válidas como el original.

Recaudación de fondos y mercadotecnia: A menos que nos solicite que no lo hagamos, usaremos su nombre y dirección para respaldar nuestros esfuerzos de recaudación de fondos o mercadotecnia. Si no desea participar en los esfuerzos de recaudación de fondos o mercadotecnia, marque la siguiente casilla.

Deseo que se me excluya de cualquier **Campaña de recaudación de fondos** **Campaña de mercadotecnia**

Iniciales

Cesión de beneficios:

Reconozco la responsabilidad financiera por todas las tarifas del centro y del médico. Entiendo que la oficina de facturación del médico presentará mi reclamación al seguro y cedo el pago directo al médico por todos los pagos efectuados conforme a los términos y disposiciones de mi póliza. Asimismo, comprendo que cualquier disputa sobre la cobertura es entre mi compañía aseguradora y yo, y seré responsable del pago por los servicios denegados, independientemente del resultado de mi disputa. Reconozco la responsabilidad financiera sobre todos los cargos si se proporciona información inexacta sobre el seguro al momento del servicio y la información no se corrige antes del límite de presentación oportuna de mi compañía de seguros.

Iniciales

Intercambio de historias clínicas:

CHWP participa en uno o más intercambios de información sanitaria (Health Information Exchange, HIE). Los HIE son redes electrónicas que proporcionan y obtienen acceso a sus registros sanitarios de forma segura para tener una mejor perspectiva de sus necesidades de salud. Los proveedores de CHWP y otros proveedores de atención médica pueden proporcionar y obtener el acceso a su información sanitaria mediante un HIE para un tratamiento, un pago u otras operaciones de atención médica. Como paciente de CHWP, usted puede excluirse de cualquier HIE en cualquier momento, para lo que debe notificar a un asociado de CHWP. Este es un acuerdo voluntario. A menos que nos indique lo contrario, su proveedor de CHWP puede acceder a su información a través de un HIE.

Iniciales

Consentimiento para el historial de medicamentos:

Entiendo que llevar a cabo una conciliación de medicamentos con el fin de prevenir las interacciones adversas de fármacos y una sobredosis es un componente fundamental de mi atención. Al escribir mis iniciales en esta sección, autorizo a mi proveedor a consultar y revisar mi historial de medicamentos, lo que incluye el fármaco, la dosis, el tipo de dosificación, la potencia, el proveedor que receta y la farmacia.

Iniciales

Preferencias de comunicación con respecto a la PHI

Para ayudarlo con su atención, puede ser necesario divulgar nuestra información de salud protegida a alguien que no sea usted.

¿Con quién podemos hablar? Marque las casillas y escriba el(los) nombre(s).

Si No

Cónyuge/Pareja:

Padre/Madre/Padrastra/Madrastra:

Hijo/Nieto:

Otra persona:

Contacto de emergencia:

Comunicación por correo electrónico o mensaje de texto

Iniciales

Por la presente autorizo a Community Health and Wellness Partners ("Proveedor") y otros profesionales médicos o miembros del personal que el Proveedor haya designado para que se comuniquen conmigo y con los cuidadores identificados anteriormente, si los hubiere, sobre mis afecciones médicas y mi tratamiento mediante mensajes de texto no cifrados, si he proporcionado un número de teléfono móvil, o mediante correos electrónicos no cifrados, si he proporcionado una dirección de correo electrónico, incluidos aquellos que pueden considerarse mensajes de mercadotecnia (por ejemplo, recordatorios de vacunas contra la gripe, etc.). Reconozco que los mensajes de texto son inherentemente inseguros y que terceros pueden acceder a ellos.

Iniciales

Podemos dejar un mensaje en: Casa Móvil Trabajo

Método preferido para recordatorio de citas (marque todo lo que corresponda):

Llamada a la casa Llamada al móvil Mensaje de texto al móvil

Horario preferido para las llamadas de recordatorios: Mañana Tarde Noche

Firma del paciente/representante

Fecha

Bellefontaine
212 E. Columbus Ave., Suite 1
Bellefontaine, OH 43311

Indian Lake
8200 St. Rt. 366, Suite 1
Russells Point, OH 43348

West Liberty
4879 US Rt. 68 South
West Liberty, OH 43357

Urbana
605 Miami St., Suite 100
Urbana, OH 43078

School-Based Health Centers

West Liberty-Salem

Benjamin Logan

Indian Lake

Riverside



COMMUNITY HEALTH & WELLNESS PARTNERS

Care... To Live Life Fully

Oportunidad de tarifa variable

Se debe completar antes de que se proporcione el servicio.

A todos los pacientes que solicitan servicios se les garantiza que recibirán los servicios independientemente de su capacidad de pago. No se deniega el servicio a nadie debido a la falta de medios económicos para pagar, siempre que complete el proceso de solicitud y se determine que cumple los requisitos.

Tanto para solicitar o rechazar la oportunidad de tarifas variables, debe firmar:

SOLICITUD

Estoy solicitando acceder a servicios con descuento que están disponibles para pacientes, miembros de la familia u otras personas que atraviesan una dificultad financiera. Los descuentos se ofrecen con base en los ingresos familiares y el tamaño de la familia. Nuestros servicios incluyen medicina familiar y salud conductual. Puede obtener la información y los formularios si proporciona su consentimiento para recibir esta información.

RECHAZO

Elijo no solicitar la oportunidad de tarifa variable de CHWP en este momento. Rechazo mi derecho a solicitar el descuento de tarifa variable. Comprendo que seré responsable del pago total de todos los cargos al momento de recibir el servicio. Soy consciente de que, si mis circunstancias financieras cambian, no tengo prohibido solicitar el programa de tarifa variable en el futuro.

SOLICITUD

Nombre del paciente en letra de imprenta

Firma del paciente

Fecha

RECHAZO

Nombre del paciente en letra de imprenta

Firma del paciente

Fecha

Determine el número de personas de su grupo familiar y verifique su rango de ingresos anuales. Esta información es para informes generalizados con respecto al centro de salud.

NO SE COMPARTE INFORMACIÓN FINANCIERA.

CANTIDAD DE PERSONAS EN SU GRUPO FAMILIAR: _____

Rango 1 () \$0 a \$15,000	Rango 2 () \$15,001 a \$30,000	Rango 3 () \$30,001 a \$45,000	Rango 4 () \$45,001 a \$60,000	Rango 5 () \$60,001 a \$75,000	Rango 6 () Más de \$75,001
---	--	--	--	--	--

Bellefontaine
212 E. Columbus Ave., Suite 1
Bellefontaine, OH 43311

Indian Lake
8200 St. Rt. 356, Suite 1
Russells Point, OH 43348

West Liberty
4879 US Rt. 58 South
West Liberty, OH 43357

Urbana
605 Miami St., Suite 100
Urbana, OH 43078

Revisado: 2/2024

School-Based Health Centers
West Liberty-Salem Benjamin Logan Indian Lake Riverside

Phone: 937-599-1411 • Fax: 937-599-4128 • CHWPCares.org



**COMMUNITY HEALTH
& WELLNESS PARTNERS**
Care... To Live Life Fully

Solicitud revisada por:	Fecha:
Documentación recibida por:	Fecha:
Nivel de aprobación para tarifas variables (A a E):	Fecha:
Firma:	

Solicitud para tarifas variables

¿Cómo le gustaría que nos comuniquemos con usted? _____ Llamada _____ Portal _____ Mensaje de texto
Espera hasta 10 días para procesar su solicitud después de recibirla.

Nombre _____ Fecha de hoy _____

Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____

Miembros del grupo familiar: se define como un grupo relacionado por nacimiento, matrimonio o adopción y por residencia conjunta. El tamaño del grupo familiar se limitará a la familia inmediata, cónyuge, pareja, hijos y dependientes. Los dependientes deben tener una edad de 19 años o menos.

Miembros del grupo familiar	Nombre(s)	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Ingreso mensual
1 (usted)		/ /	
2		/ /	
3		/ /	
4		/ /	
5		/ /	
6		/ /	
		Total	

Nota: Se calcularán los ingresos totales para determinar la aprobación.

Confirmando que esta información es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender, y entiendo que está sujeta a confirmación por parte de CHWP. Comprendo, además, que en caso de que mi situación económica cambie, soy el único responsable de informar el cambio en mi próxima visita. Cualquier declaración falsa o intento de engañar puede resultar en una denegación de los beneficios de tarifas variables y el saldo asociado con esto sería mi responsabilidad.

Seré responsable de pagar al menos una tarifa nominal mínima por servicios de atención médica. Si existe un saldo impago en mi cuenta después de solicitar mi descuento de tarifas variables, acepto realizar acuerdos de pago y cumplir con los términos. Comprendo que, si no puedo realizar un pago en un mes determinado, debo comunicarme con la Oficina de Facturación antes de la fecha de vencimiento para analizar mi necesidad de modificar mi acuerdo de pago.

Nombre del paciente (letra de imprenta) _____

Firma del paciente o garante _____

Fecha de la firma _____

Actualizado el: 22 de marzo de 2024

Bellefontaine
212 E. Columbus Ave., Suite 1
Bellefontaine, OH 43311

Indian Lake
8200 St. Rt. 366, Suite 1
Russells Point, OH 43348

West Liberty
4879 US Rt. 68 South
West Liberty, OH 43357

Urbana
605 Miami St., Suite 100
Urbana, OH 43078

School-Based Health Centers

West Liberty-Salem Benjamin Logan Indian Lake Riverside

Phone: 937-599-1411 • Fax: 937-599-4128 • CHWPcare.org



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre de la persona que completa el formulario: _____

Relación con el paciente: _____

Autorizo a Community Health & Wellness Partners (CHWP) a solicitar, usar o divulgar información médica protegida como se indica a continuación.

Intercambiar información con Solicitar información Enviar información a

Nombre de la parte que solicita o recibe información:
Dirección:
Ciudad/Estado/Zip:
Teléfono/Fax:
Dirección de correo electrónico:

Comprendo que se me podrían denegar los servicios si me niego a dar consentimiento para una divulgación con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, si lo permite la ley estatal. No se me denegarán los servicios si me niego a dar consentimiento para una divulgación para otros fines.

Comprendo que mis registros están protegidos conforme a las regulaciones federales que rigen la confidencialidad y el registro de los pacientes por trastornos por abuso de sustancias, Parte 2 del Título 42 del CFR, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, partes 160 y 164 del Título 45 del CFR, y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de ella. Con el fin de revocar la autorización para la divulgación de información, me comunicaré con el Departamento de gestión de la información médica de Community Health and Wellness Partners.

Esta autorización permanecerá en vigor durante un año después de que firme y feche este formulario, a menos que especifique una fecha de vencimiento ANTERIOR en el espacio provisto. Fecha de vencimiento anticipada:

Aviso: esta información se le ha divulgado a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (Parte 2 del Título 42 del CFR). Las normas federales le prohíben divulgar cualquier otra información de este registro que identifique a un paciente que padece o ha padecido un trastorno por consumo de sustancias, ya sea directamente, por referencia a información disponible públicamente o a través de la verificación de dicha información por otra persona, a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permitido por la Parte 2 del Título 42 del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este fin (ver párrafo 2.31). Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar en relación con un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, salvo lo dispuesto en los párrafos 2.12(c)(5) y 2.65.

(Estas condiciones aplican a cada página divulgada y una copia de esta autorización acompañará cada divulgación.)



COMMUNITY HEALTH & WELLNESS PARTNERS

Care... To Live Life Fully

Cantidad de información que se va a divulgar:

Información que cubre todas las fechas del servicio (pasadas, presentes y futuras)

Información que cubre el siguiente rango de fechas especificado: _____(mm/dd/aaaa) a _____(mm/dd/aaaa)

Otras (especifique la fecha del tratamiento o admisión/alta): Fecha: _____

El propósito/necesidad de esta solicitud es:

La siguiente información **CON INICIALES** puede proporcionarse por correo postal, fax, en persona, verbalmente o por correo electrónico seguro:

- _____ Toda mi información médica física contenida en los cuadros de descripción a continuación:
- _____ Toda mi información de salud mental contenida en los cuadros de descripción a continuación:
- _____ Toda mi información sobre consumo de sustancias contenida en los cuadros de descripción a continuación:

INICIALES junto a la información a compartir/solicitar

_____ Información y resultados de la evaluación	_____ Notas de progreso/Notas clínicas
_____ Revisión/plan de atención médica	_____ Resultados de laboratorio/resultados de análisis de drogas
_____ Recomendación de tratamiento	_____ Historial de medicamentos
_____ Resumen de traslado/alta	_____ Resultados de hepatitis C
_____ Información financiera	_____ Información de diagnóstico sobre VIH o SIDA/ARC
_____ Evaluación psiquiátrica	_____ Citas programadas en CHWP
_____ Diagnóstico del tratamiento	_____ Citas a las que asistió en CHWP
_____ Progreso del tratamiento	_____ Otro: _____

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente

Fecha de la firma del paciente

Nombre en letra de imprenta de la persona autorizada a firmar por el paciente

Describe la autoridad para firmar por el paciente

Firma de la persona autorizada a firmar para el paciente

Fecha de la firma

Autorización de CHWP para la divulgación de información, 11/2023

Solo para uso administrativo:

Completado por: _____

¿Necesita enviarse por fax?
Sí _____ o No _____

Método de entrega preferido
Papel _____ Fax _____ Correo electrónico _____
Otro: _____

Fecha de publicación: _____