



Robert S. Peterson Building  
45580 Woodward Ave  
Pontiac, MI 48341  
248-309-3752-Phone 248-309-3835-Fax  
www.gbchc.org

### **LISTA DE VERIFICACION PARA LA APLICACION DE ASISTENCIA GRATUITA**

Para convertirse en paciente de Gary Burnstein Community Health Clinic, proporcione los documentos que se le indican a continuación. Nuestros horarios de servicio son los siguientes:

**Lunes- Viernes 9am a 4pm**

- Un ingreso de \$33, 975 o menos para usted y \$11, 800 adicionales por cada miembro de familia en casa. (Por ejemplo: \$33, 975 o menos para usted, agregue +\$11, 800 si tiene un hijo o un conyugue. \$33,975 + \$11,800 = Sería el total de \$45,775.)
- Carta de denegación de Medicaid del departamento de Servicios Humano
- Formulario de declaración de impuestos (forma 1040) para el año fiscal anterior al presente año. Si necesitas ayuda, por favor consulte con la persona en el área de recepción.
- Identificación valida, Licencia de conducir, identificación estatal/ Pasaporte vigente, identificación de residencia, Visa, Credencial, toda identificación debe tener dirección vigente en Michigan).
- Su aplicación tendrá valides solo por un ano. En orden de mantenerse en el programa gratuito en GBCHC, será su responsabilidad proporcionar y renovar cada ano. Si no lo hace puede resultar en ser despido(a) de la clínica.

Todos nuestros servicios son gratuitos para todo aquel calificado. Si usted recibe servicios utilizando información falsa, usted entiende y es de acuerdo que tendrá que pagar por todos los servicios prestados y será despedido de nuestro cuidado.

¡Esperamos poder ayudarle!  
Personal de GBCHC



## CONTRATO DE CONCENTIMIENTO

Autorización para el tratamiento médico

### **Por Favor Lea Con Atención – Esto es un Contrato**

Consiento a recibir servicios en la Gary Burnstein Community Health Clinic (GBCHC). Este tratamiento puede incluir evaluación, procedimiento diagnóstico de rutina, medicamentos, cuidado dental, y tratamiento médico, así como los personal médico considere necesario para mi atención médica. Reconozco que no hay ninguna garantía en cuanto al resultado del examen o tratamiento en esta clínica.

También entiendo que los servicios que recibo en la clínica de GBCHC, o como resultado de un referido de GBCHC, que están siendo proporcionado por practicantes profesionales de la salud y voluntarios quienes no reciben dinero a cambio ni tampoco solicitan dinero a ninguna fuente. Entiendo, según lo previsto por la ley federal y Estado de Michigan, que estos voluntarios no serán responsables de demandas como resultado de actos o descuidos, con la excepción de actos que constituyan incumplimiento intencionalmente, comportamiento cruel o inapropiado, o con la intención de hacerme daño.

Cualquier comportamiento verbalmente abusivo o amenazante para el personal de la clínica GBCHC son motivos para terminar los servicios de la clínica.

En el caso de que cualquier personal de la clínica de GBCHC este en contacto de alguna manera con mis fluidos corporales, se extraerán muestras de sangre de ambas partes para detectar enfermedades infecciosas.

En caso de que el paciente tiene que cancelar una cita, **solicitamos que todas las cancelaciones ocurran dentro de las 48 horas antes de su cita.** Entiendo que tres visitas de “NO PRESENTARTE” (NO SHOW) son motivos para terminar todos los servicios en la clínica de GBCHC.

**Para rellenar medicamentos:** Llame **2** semanas antes de quedarse sin sus medicamentos para asegurarse de que se le proporcione el medicamento en el tiempo apropiado y sin alguna interrupción.

**Al firmar a continuación, declaro que he leído y estoy de acuerdo con los términos de este contrato.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/ Persona responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (Imprima)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Formulario De Registro De Pacientes

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Apellido                      Segundo Nombre                      Nombre                      Fecha de Nacimiento                      Numero de Seguro Social                      Religión

\_\_\_\_\_  
 Direccion                      Ciudad                      Estado                      Codigo Postal                      Raza

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico                      No. Telefono de Casa                      No. Telefono de celular                      No. Telefono. alternativo

Numero de visitas a urgencias en los ultimos 12 meses: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido \_\_\_\_\_

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <u>Estado de Empleo:</u><br><input type="checkbox"/> Tiempo Completo<br><input type="checkbox"/> Tiempo Parcial<br><input type="checkbox"/> Jubilado<br><input type="checkbox"/> Trabajador independiente<br><input type="checkbox"/> Sin Trabajo<br><br><u>Ingreso:</u><br>\$ _____ Anual<br><br><u>Numero de personas que viven en el hogar:</u><br>_____ | <u>Cobertura de seguro Médico:</u><br>Si o No<br><br>Si tiene cobertura médica, explique por favor:<br>_____<br>_____<br>_____ | <u>Discapacidad:</u><br><input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No<br><u>Militar:</u><br><input type="checkbox"/> Servicio Activo<br><input type="checkbox"/> Veterano<br><input type="checkbox"/> Jubilado<br><input type="checkbox"/> Ninguno<br><u>Sin hogar:</u><br><input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No | <u>Referido por:</u><br><input type="checkbox"/> Hope Center<br><input type="checkbox"/> Otro Refugio<br><input type="checkbox"/> MPRI<br><input type="checkbox"/> internet<br><input type="checkbox"/> 211<br><input type="checkbox"/> Familia/Amigo<br><input type="checkbox"/> Hospital/Medico<br>Facilidad:<br>_____ |
|---|--|--|--|

**Anterior Proveedor Medico:** \_\_\_\_\_

**Actual Proveedor Medico:** \_\_\_\_\_  
 Nombre de Medico                      No. Tel. de Medico                      Nombre de Facilidad/Centro medico

**Anterior Proveedor Dental:** \_\_\_\_\_

**Actual Proveedor Dental:** \_\_\_\_\_  
 Nombre de Medico                      No. Tel. de Medico                      Nombre de Facilidad/ Centro Medico

## CONTACTO(S) DE EMERGENCIA:

\_\_\_\_\_  
 Nombre/Apellido                      Relación al Paciente                      Numero de Telefono

\_\_\_\_\_  
 Nombre/Apellido                      Relación al Paciente                      Numero de Telefono

Al firmar a continuación, entiendo que toda la información proporcionada anteriormente es cierta según mi conocimiento. También, entiendo es posible que se requiera documentación adicional. Acepto y doy mi consentimiento a la clínica de GBCHC para que divulgue la información necesaria a apropiados terceros para mi atención y cuidado de salud. Entiendo que mi información solo se divulgará a las partes responsables o solo a quienes doy mi consentimiento por escrito.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Divulgar Información Medica Protegida (opcional)**

Autorizo a la clínica Gary Burnstein Community Health Clinic a compartir/divulgar mi información de salud con las personas seleccionadas a continuación:

- Yo Mismo       Individuo(s) listado

| Información de individuos: |  | <b>Poder Legal</b> (Persona que puede tomar decisión sobre su salud o cuidado médico.) |
|----------------------------|--|--|
| 1.) <u>Nombre:</u>         | <u>Dirección, Ciudad, Código Postal:</u> | Circula uno: Si o No<br><br><u>Teléfono:</u>   |
| 2.) <u>Nombre:</u>         | <u>Dirección, Ciudad, Código Postal:</u> | Circula uno: Si o No<br><br><u>Teléfono:</u>   |
| 3.) <u>Nombre:</u>         | <u>Dirección, Ciudad, Código Postal:</u> | Circula uno: Si o No<br><br><u>Teléfono:</u>   |

**Entiendo y estoy consciente que al firmar este formulario autorizo a Gary Burnstein Community Health Clinic a discutir/divulgar cualquier información médica sobre mi tal como servicios de tratamiento de salud, resultados, pruebas, diagnósticos y otros hallazgos médicos, así como información de sustancias, trastornos o conductas de salud mental con las personas mencionadas anteriormente.**

|   |                      |
|---|----------------------|
| Firma del paciente o representante legal:         | Fecha:      /      / |
| Nombre del paciente o representante legal:        |                      |
| Relación del representante legal con el paciente: | Fecha:      /      / |

## Dental ■ FOLMULARIO HISTORIAL DEL PACIENTE

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

**Por favor, responda estas preguntas lo mejor que usted pueda. Por favor, marque las respuesta más adecuada para usted, "Sí" o "No".**

### Médico:

|  |  |   |
|--|--|---|
| ¿Ha habido algún cambio en su salud este último año?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                  | Nombre del médico:<br>Número de teléfono:<br>Fecha de la última visita médica:   | ¿ha tenido alguna cirugía, radiografías, tratamiento médico, o quimioterapia para un tumor u otra condición?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Está bajo el cuidado de un médico o recibe atención médica continua?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Estás embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>fecha de parto ____/____/____:<br>¿Estas lactando? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez le han dicho que necesita estar medicado antes del tratamiento dental?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                           |

### Información médica:

|  |   |  |  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|--|--|---|
| infarto<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>               | Presión alta<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                 | Articulación artificial<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Válvula cardíaca artificial<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Diabetes<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>         | asma<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | enfisema<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                | Problemas del estómago<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Depresión, o Ansiedad<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Artritis, o Dolor de espalda<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Hepatitis A, B o C<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>      | Convulsiones<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                | Derrame Cerebral<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Dolores de cabeza<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Trastornos de la sangre<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | VIH/SIDA<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>               |

### Dental:

|  |   |   |
|--|---|---|
| ¿Tiene usted alguna molestia en este momento?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                   | Fecha de la última visita dental: _____<br>Le pone nervioso el trabajo dental?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                   | ¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?: _____<br>¿Con qué frecuencia usas hilo dental en tus dientes?: _____  |
| ¿Anteriormente ha tenido problemas serios con trabajos dental ?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha tenido algún sangrado anormal asociado con extracciones previas, cirugía, trauma?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Usas tabaco? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Qué tipo: _____ Cuánto: _____<br>¿Usas alcohol? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Qué tipo: _____ Cuánto: _____ |

**Medicamentos:** ¿Está tomando algún medicamento recetado o medicina de venta libre? Sí  No

**Por favor, liste todos sus medicamentos con y sin receta médica, la dosis con y sin prescripción. Con la frecuencia que la toma, y la razón por la cual la toma: (adjunte una hoja separada si necesita más espacio.**

|     |     |
|-----|-----|
| 1.) | 3.) |
| 2.) | 4.) |

**Alergias:** Sí  No  Si es así, por favor liste a continuación las alergias y ¿qué reacciones tiene?

|          |           |
|----------|-----------|
| Alergia: | Reacción: |
| 1.)      |           |
| 2.)      |           |

Entiendo y declaro que todas las respuestas son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento. Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud o en mis medicamentos, informaré a Gary Burnstein Community Health Clinic. Por lo presente doy mi consentimiento a la clínica de GBCHC para mi tratamiento, o el tratamiento del paciente nombrado (de quien soy el padre/madre o guardián legal) . Reservamos tiempo para usted, entonces, si piensa llegar tarde a su cita, pedimos que nos notifique más temprano posible. Si falta llegar a una cita será cancelada y le daremos una nueva cita si podemos (quizás hasta 6 meses). Si falta a dos citas, es posible que no se le proporcionaran más citas y en cambio solo pueda hacer citas el mismo día solo si una cita es disponible. Estas reglas son firmes para que podamos servirle en todo lo que usted necesite con una atención de manera oportuna.

Firma del paciente o guardián legal: \_\_\_\_\_ Imprima: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## **Reglas De Asistencia Para Servicio Dental**

### **PRESENTARSE A TIEMPO (10 minutos antes de la cita)**

Usted recibirá atención dental y citas adicionales sin costo alguno según sea necesario. (inicial) \_\_\_\_\_

### **RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

Cambio o cancelación de citas deben ser por lo menos 48 horas antes de su cita o le daremos una nueva cita si podemos (quizás hasta 6 meses).  
(inicial) \_\_\_\_\_

### **NO SE PRESENTO / NO LLAMO:**

No podrá recibir servicios por hasta 12 meses.  
(inicial) \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ entiendo las reglas de asistencia de Gary Burnstein  
Community Health Clinic (GBCHC)- dental.

**Toda cita no confirmada causará la pérdida de su cita.**

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

## AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL PARA USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

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

Entendemos que la información sobre usted y su salud es personal, y estamos comprometidos a proteger la privacidad de esa información. Debido a este compromiso, debemos obtener su autorización por escrito antes de poder usar o divulgar su información de salud protegida para los fines que se describen a continuación. Este formulario proporciona esa autorización y nos ayuda a asegurarnos de que usted está debidamente informado de cómo esta información puede ser utilizada o divulgada. Por favor, lea la información a continuación cuidadosamente antes de firmar este formulario.

### USOS Y DIVULGACIONES CUBIERTOS POR ESTA AUTORIZACIÓN

Como paciente de **Gary Burnstein Community Health Clinic (GBCHC)**, esta clínica recopila y mantiene parte de su información de salud. La clínica está obligada por ley a mantener su privacidad y la seguridad de su información de salud y a proporcionarle este Aviso de prácticas de privacidad. Este Aviso describe cómo se puede usar y compartir su información de salud y explica sus derechos de privacidad. La clínica está obligada a seguir los términos de este Aviso. Sin embargo, podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en el futuro, y esos cambios pueden afectar toda la información de salud mantenida por la clínica. Si nuestras prácticas de privacidad cambian, se le enviará por correo un nuevo Aviso.

#### USOS PERMITIDOS Y USO COMPARTIDO DE SU INFORMACIÓN DE SALUD:

**Tratamiento:** Usaremos y compartiremos su información de salud para asegurarnos de que se le proporcione tratamiento y servicios médicos. Por ejemplo, GBCHC puede compartir su información de salud con un médico o hospital que le está dando atención médica.

**Operaciones de atención médica:** Usaremos y compartiremos su información de salud para las operaciones clínicas necesarias para asegurarnos de que nuestros clientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, GBCHC puede compartir su información de salud con un tercero para revisar los registros del hospital y de los médicos para evaluar la atención que recibió.

**Comunicaciones futuras:** Podemos usar su información de salud para enviarle por correo información sobre programas de atención médica y opciones de atención médica.

**Requisitos legales:** Compartiremos información médica sobre usted cuando así lo requiera la ley federal o estatal.

**Para evitar daños:** Podemos usar o compartir su información de salud para prevenir amenazas graves a su salud y seguridad o a la salud y seguridad de otros.

**Investigación:** Bajo ciertas circunstancias, podemos compartir su información de salud con fines de investigación. Todos los proyectos de investigación deben ser aprobados, y el proyecto debe mantener su información confidencial.

**Salud Pública:** Podemos compartir su información de salud con agencias de salud pública para prevenir o controlar la propagación de enfermedades.

**Actividades de supervisión de la salud:** Podemos compartir su información de salud con una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades pueden incluir, por ejemplo, auditorías, investigaciones e inspecciones.

**Demandas y disputas:** Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa válida.

**Forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** De acuerdo con la ley aplicable, podemos compartir su información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funerarias, para que puedan llevar a cabo sus funciones. Su información de salud también se puede compartir para

garantizar la donación de órganos y tejidos.

**Compensación de Trabajadores:** Podemos compartir su información de salud con programas que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia:** Podemos compartir su información de salud con funcionarios federales autorizados para actividades relacionadas con la seguridad nacional e investigaciones especiales.

**Reclusos:** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos compartir su información de salud con la institución correccional o el funcionario encargado de hacer cumplir la ley con fines de atención médica o seguridad.

### **SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD:**

**Derecho a ver y obtener una copia de su información de salud:** Puede ver y obtener una copia de su información de salud haciendo una solicitud por escrito a Gary Burnstein Community Health Clinic en la dirección proporcionada dentro de este formulario. Solo podemos proporcionar aquellos registros que se crearon para o en nombre de GBCHC. Es posible que no vea ni obtenga una copia de ninguna nota o información de psicoterapia preparada únicamente para su uso en una acción legal civil, penal o administrativa.

**Derecho a solicitar que corriamos su información de salud:** Si cree que la información de salud que le hemos proporcionado es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información haciendo una solicitud por escrito al Director Médico de GBCHC. En ciertos casos, la clínica puede denegar su solicitud de modificación de su información.

**Derecho a una lista de divulgaciones hechas de su información de salud:** Usted tiene derecho a una lista de aquellos casos en los que hemos compartido su información de salud, que no sea para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, o cuando autorizó específicamente a la clínica a compartir su información. Su solicitud debe ser por escrito al Director Médico de la clínica.

**Derecho a solicitar que su información de salud se comunique de manera confidencial:** Puede solicitar por escrito al Director Médico de GBCHC que su información de salud se proporcione de manera confidencial, como enviar correo a una dirección que no sea su hogar. La clínica cumplirá con las solicitudes razonables.

**Derecho a solicitar que no usemos ni compartamos su información de salud:** Usted tiene derecho a solicitar que no usemos ni compartamos su información médica para tratamiento, pago o operaciones de atención médica, o con personas involucradas en su atención, excepto cuando usted lo autorice específicamente, cuando lo requiera la ley o en una emergencia. Su solicitud debe ser por escrito al Director Médico, y consideraremos su solicitud, pero no estamos legalmente obligados a aceptarla.

**Derecho a una copia del Aviso:** Puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento.

### **¿Cuándo expirará esta autorización?**

[Esta autorización expirará después de 10 años o si se realizan cambios y el paciente firma un nuevo formulario.]

Al firmar este formulario de autorización, usted autoriza el uso o divulgación de su información de salud protegida como se describe anteriormente. Esta información puede volver a divulgarse si el(los) destinatario(s) descrito(s) en este formulario no están obligados por ley a proteger la privacidad de la información, y dicha información ya no está protegida por las regulaciones federales de privacidad de la información de salud.

Usted tiene derecho a negarse a firmar esta autorización. Su atención médica y sus beneficios de atención médica no se verán afectados si no firma este formulario. También tiene derecho a recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado.

Si firma esta autorización, tendrá derecho a revocarla en cualquier momento, excepto en la medida en que la clínica haiga actuado en base a su autorización. Para revocar esta autorización, por favor escriba a:



GBCHC 45580 Woodward Ave, Pontiac, MI 48341

### **FIRMA**

He leído este formulario y todas mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Al firmar a continuación, reconozco que he leído y aceptado lo anterior.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante personal

### **INFORMACIÓN DE CONTACTO**

La información de contacto del paciente o representante personal que firmó este formulario debe rellenarse a continuación.

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ (por la mañana)

\_\_\_\_\_ (por la tarde)

Dirección de correo electrónico(opcional): \_\_\_\_\_

**EL REPRESENTANTE PERSONAL DEBE SER PROPORCIONADO POR EL PERSONAL O SU REPRESENTANTE PERSONAL CON UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DESPUÉS DE QUE SE HAYA FIRMADO.**