

Health Screening Questionnaire

Nombre del Paciente: (Apellido) _____ (Nombre) _____

Género: ___ Masculino ___ Femenino ___ Transgénero Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Fecha de última Evaluación Física: ___/___/___ Estatura _____ Peso _____

Médico Actual:

Nombre _____

Dirección _____

Número de Teléfono _____

Si usted actualmente no tiene médico, estaría interesado en que le ayudemos a buscar uno? No Si

Han cambiado los siguientes en el último año? Si su respuesta es sí, como ha cambiado?

Apetito No Si _____

Peso No Si _____

Hábitos de sueño No Si _____

Nivel de energía No Si _____

Por favor indique si usted hace o siguiente. Si su respuesta es si, con que frecuencia?

Ejercicio No Si _____

Toma Agua No Si _____

Toma Café / Té No Si _____

Toma bebidas energizantes No Si _____

Bebe Alcohol (incluyendo cerveza) No Si _____

Usa Drogas (incluyendo marihuana) No Si _____

Fuma Cigarrillos No Si _____

Otros productos que contengan nicotina No Si _____

Si usted utiliza productos con nicotina, por favor responda las siguientes:

Hay productos que contengan nicotina en casa y están al alcance de niños No Si

Esta usted interesado en reducir o dejar de fumar? No Si

Historia Personal Médica (elija todas) las que apliquen a usted

Presión Alta No Si

Colesterol Alto No Si

Diabetes No Si

Ataque al Corazón No Si

Derrame Cerebral No Si

Otra Condición Cardíaca No Si

Pulmonar (Enfisema, EPOC, Asma) No Si

Enfermedad del Riñón No Si

Enfermedad del Hígado (Cirrosis, Hepatitis A/B/C) No Si

Condición Endocrina (Tiroides Alta o Baja, Enfermedad Pituitaria, Insuficiencia Suprarrenal) No Si

Exceso de Peso No Si Lesión cerebral traumática No Si

VIH/SIDA No Si Cáncer No Si

Tuberculosis No Si Discapacidad Motriz No Si

Discapacidad Auditiva No Si Discapacidad Visual No Si

Otra _____

Alergias (medicamentos, comida, ambiental): _____

Cirugías en los Últimos 6 meses- incluya las fechas: _____

Medicamentos/Suplementos (por favor liste todos los medicamentos/suplementos que usted está tomando actualmente. Incluya medicamentos recetados/no recetados, vitaminas y medicamentos de venta libre, cantidad y frecuencia) _____

Firma del Paciente (si tiene menos de 18 años/tutor tiene que firmar)

_____ Fecha ____/____/____

Firma Clínica _____ Fecha ____/____/____

Fecha dada a la Enfermera ____/____/____

Assessment (to be completed by a physician, nurse practitioner, medical assistant, or Registered Nurse practitioner)

Signature and title of the staff _____ Date _____



PERMISO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Yo soy el custodia padre o guardián legal del niño nombrado arriba.
Doy permiso para cualquiera de los profesionales del centro de
CoveCare para proveer tratamiento psicoterapéutico a

Firma

Fecha

Nombre en imprenta

Relación

Testigo

**Formulario de Consentimiento de PSYCKES
COVECARE CENTER**

Psychiatric Services and Clinical Enhancement System (PSYCKES) es una base de datos administrativa mantenida por el New York State Office of Mental Health (OMH). Contiene información de salud desde la base de datos de reclamos de NYS Medicaid, así como información de salud desde las historias clínicas de personas que han recibido atención por parte de los centros psiquiátricos operados por el Estado, e información de salud desde otras bases de datos de salud del estado de Nueva York. Estos datos administrativos incluyen información de identificación (como el nombre, fecha de nacimiento,) información sobre los servicios médicos que han sido pagados por Medicaid, e información sobre la historia de la atención médica de una persona (como tratamiento para enfermedades o lesiones que una persona haya tenido, resultados de pruebas, y las listas de medicamentos que una persona ha tomado). Para obtener una lista actualizada y más información de las bases de datos de salud del estado de Nueva York en PSYCKES, visite www.psyckes.org y vea "About PSYCKES."

La información de salud en PSYCKES puede ayudar a su proveedor proporcionarle un buen cuidado. En este formulario de consentimiento, usted puede elegir si desea o no darle a su proveedor acceso electrónico a la información de su salud que está en PSYCKES. Usted puede dar o negar su consentimiento, y puede llenar este formulario ahora o más adelante. Su decisión no afectará su capacidad para obtener atención médica ni cobertura de seguro médico. Su decisión de dar o negar su consentimiento no se utilizará para negarle servicios médicos.

Si marca en el cuadro **"Doy mi consentimiento"**, está diciendo "Sí, el personal de este proveedor, que me suministra servicios médicos, puede ver y obtener acceso a toda mi información médica que está en PSYCKES."

Si marca en el cuadro **"No doy mi consentimiento"**, está diciendo "No, este proveedor no puede ver ni obtener acceso a mi información médica a través de PSYCKES", esto no quiere decir en modo alguno que a su proveedor se le impide por completo el acceso a su información médica. Por ejemplo, si el programa de Medicaid tiene alguna inquietud con la calidad de sus servicios de la salud, entonces, según las reglamentaciones federales y estatales, su proveedor podría obtener acceso a su información para aclarar la inquietud sobre la calidad. También hay excepciones a las leyes de confidencialidad que podrían permitirle a su proveedor obtener la información necesaria directamente de otro proveedor para fines de tratamiento, según lo establecen las leyes y reglamentaciones estatales y federales.

Lea atentamente la información que aparece en el dorso de este formulario antes de tomar una decisión.

Sus opciones de consentimiento. Usted puede llenar este formulario ahora o en el futuro. Usted tiene dos opciones:

- Doy mi consentimiento para que este proveedor tenga acceso a toda** mi información de salud por vía electrónica que está en PSYCKES en relación con proveerme cualquier servicio de salud.
- No doy mi consentimiento para que este proveedor tenga acceso a** mi información de salud por vía electrónica que está en PSYCKES; no obstante, comprendo que mi proveedor puede obtener mi información aun sin mi consentimiento

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha de nacimiento del paciente

Número de Medicaid del paciente

Firma del paciente o del

Fecha representante legal del paciente

Nombre del representante legal del paciente
en letra de imprenta (si corresponde)

Relación del representante legal
con el paciente (si corresponde)

Firma del testigo

Nombre del testigo en letra de imprenta

Detalles de la información sobre el paciente contenida en PSYCKES y el proceso de consentimiento:

1. ¿Cómo se usará su información? Su información electrónica de salud se usará solamente para:

- Dispensar tratamiento médico y servicios relacionados
- Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica brindada a todos los pacientes.

Nota: La opción que usted elija en este formulario de consentimiento no les permite a las compañías de seguro médico obtener acceso a su información para los fines de decidir si le ofrecen o no seguro médico o si pagan sus facturas. Usted puede tomar esa decisión en un formulario de consentimiento distinto que tienen que usar las compañías de seguro médico.

2. ¿Qué tipos de información sobre usted se incluyen?

Si usted da su consentimiento, _____ puede obtener acceso a toda su información electrónica de salud a través de PSYCKES. Esto incluye la información creada antes y después de la fecha de este formulario de consentimiento. La información en PSYCKES incluye información de sus expedientes de salud como el historial de enfermedades o lesiones que haya sufrido (como diabetes o un hueso fracturado), resultados de pruebas o análisis (como radiografías o análisis de sangre), y listas de los medicamentos que haya tomado. Esta información puede estar relacionada a condiciones delicadas de salud, incluyendo, pero no limitadas a:

- condiciones de la salud mental;
- problemas con el uso de alcohol o drogas;
- anticonceptivos y abortos (planificación familiar);
- enfermedades congénitas (heredadas) o pruebas genéticas ;
- VIH/SIDA;
- enfermedades sexualmente transmitida;

3. ¿De dónde procede su información de salud en PSYCKES?

Si ha recibido servicios relacionados con la salud que fueron pagados por Medicaid, la información sobre estos servicios se almacenará en PSYCKES. Si usted ha recibido servicios por parte de centros psiquiátricos operados por el Estado, la información relacionada con la salud tomados de sus registros clínicos también se almacenará en PSYCKES. Sin embargo, a pesar que la información contenida en PSYCKES puede venir de su historia clínica, su expediente en PSYCKES no es lo mismo que su historia clínica completa. Información de salud de otras bases de datos mantenidas por NYS también se incluye en PSYCKES. Para obtener una lista actualizada y más información de las bases de datos de salud del estado de Nueva York en PSYCKES, visite www.psyckes.org y vea "About PSYCKES" o preguntele a su proveedor que le imprima esta lista para usted.

4. Si usted da su consentimiento, ¿quién puede obtener acceso a su información?

Solamente estas personas pueden obtener acceso a información sobre usted: médicos y demás proveedores de servicios de salud que formen parte del personal médico de _____ que participan en su atención médica, los proveedores de servicios de salud que estén cubriendo a los médicos de _____ o estén turno y los miembros del personal que realicen actividades permitidas por este formulario de consentimiento, como se indica anteriormente en el párrafo uno.

5. Sanciones por acceso o uso indebido de su información.

Hay sanciones por acceso o uso indebido de su información de salud por vía electrónica. Si en cualquier momento sospecha usted que alguien que no deba haber visto u obtenido acceso a su información ha en efecto visto u obtenido dicha información, llame a _____ al _____ o llame al departamento de Relaciones con el Cliente de la Oficina de Salud Mental del Estado de NY al 800-597-8481.

6. Re-divulgación de información.

_____ puede volver a divulgar cualquier información de su salud por vía electrónica a otras personas solamente en el medida en que lo permitan las leyes y reglamentaciones estatales y federales. Esto también corresponde a la información de salud sobre usted que exista por escrito en papel. Algunas leyes estatales y federales ofrecen protecciones especiales para algunos tipos de información médica delicada, como la información sobre VIH/SIDA y sobre tratamiento para la adicción a las drogas y el alcohol. Las personas que reciban estos tipos de información de salud delicada deben seguir las exigencias especiales de dichas leyes.

7. Periodo de vigencia.

Este formulario de consentimiento se mantendrá vigente hasta 3 años después de la última fecha en que haya recibido cualquier servicio médico a partir del _____ o el día en que usted revoque su consentimiento.

8. Revocación de su consentimiento.

Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento al firmar el Formulario para Revocar Consentimiento y entregárselo a _____. También puede cambiar sus opciones de consentimiento en cualquier momento al firmar un

nuevo formulario de consentimiento. Puede obtener estos formularios directamente de este proveedor o en el sitio Web de PSYCKES en www.psyckes.com, o si llama a _____ al _____. Nota: Las organizaciones con acceso a su información de salud a través de _____, pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos mientras esté vigente su consentimiento. Aunque más adelante usted decida revocar su consentimiento, a estas organizaciones no se les exige devolverlo o eliminarlo de sus registros.

9. Copia del formulario. Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento después de firmarlo.