

Family First
2112 - 2114 - 2116 E Rusk Street
Jacksonville, Texas 75766
Phone: 903-284-6105 F: 903-284-6140
www.familyfirstjville.com

Nombre (Patient Name): _____ Sexo: (Sex) M F
Fecha de Nacimiento (DOB): _____ Numero de Seguro Social (SSN): _____
Direccion (Mailing Address): _____
Ciudad (City): _____ Estado (State): _____Codigo Postal (Zip Code): _____
#de Celular (Cell #) _____ # de Casa (Home#) _____
de Trabajo (Work#) _____
Correo Electronico (Email address): _____

Favor de Circular

Raza (Race):	Caucasico	Afro - Americano	Asiatico	Hispano	Indio Nativo Americano	Otro	Negar
Estado Marital (Marial Status):	Casado(a)	Soltero(a)	Separado(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)	Menor	

Si es Representante del Paciente, Nombre y Relacion: _____

FAMILY FIRST HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Alergias: _____

Historial Social:

Uso de drogas recreativas: Actualmente Pasado Nunca

Fumar:: Actualmente Pasado Nunca Paquetes/día: _____

Alcohol: Actualmente Pasado Nunca Bebidas/día: _____

Escriba todos los medicamentos que toma, incluyendo los medicamentos sin receta y las vitaminas. Incluya dosis específicas y cuando se toman. Si no lo sabe, llame a su farmacéutico para confirmar.

Medicamentos	Medicamentos sin receta y vitaminas
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Que farmacia usa/prefiere? _____

HISTORIAL MEDICO PERSONAL: (Favor de circular todo lo que aplique)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ADHD - <i>TDAH, Trastorno por Deficit de Atencion e Hiperactividad</i> Alcoholism - <i>Alcoholismo</i> Allergies, Seasonal - <i>Alergias Estacionales</i> Anemia Anxiety - <i>Ansiedad</i> Arrhythmia (<i>irregular heartbeat</i>) - <i>Arritmia (latir del corason irregular)</i> Arthritis - <i>Artritis</i> Asthma
<i>Asma</i> Bipolar Bladder problem/incontinence - <i>Problemas de Vejiga / Incontinencia</i> Bleeding problems/<i>Problemas de sangrado</i> Cancer: _____ Carpal Tunnel - <i>Tunel Carpiano</i> Crohn's Disease - <i>Enfermedad do Crohn</i> COPD - <i>Enfermedad pulmonar obstructiva cronica</i> Dementia - <i>Demencia</i> | <ul style="list-style-type: none"> Depression - <i>Depresion</i> Diabetes: 1 or 2 Diverticulitis - <i>Diverticulosis</i> DVT (blood clot) - <i>Trombosis Venosa Profunda</i> Eczema Emphysema - <i>Enfisema</i> Gallstones - <i>Piedras Villiar</i> GERD 9 acid reflux) - <i>Enfermedad de Reflujo Gastroesofagico</i> Glaucoma Headaches - <i>Dolores de cabeza</i> Heart Disease - <i>Enfermedad de Corazon</i> Heart Attack (MI) - <i>Ataque de Corazon</i> Hiatal Hernia - <i>Hernia Hiatal</i> High Blood Pressure - <i>Presion Sanquinea Alta</i> High Cholesterol - <i>Colesterol Alto</i> HIV- <i>VIH Virus de inmunodeficiencia Humana</i> | <ul style="list-style-type: none"> Hepatitis Irritable Bowel Syndrome - <i>Sindrome del intestino irritable</i> Kidney Stones - <i>Piedras en el rinón</i> Kidney Disease / <i>Enfermedades de rinón</i> Lupus Liver Disease - <i>Enfermedad del Higado</i> Macular Degeneration
<i>Degeneracion Macular</i> Migraines - <i>Migranas</i> Nosebleeds
<i>Hemorragias nasales</i> Neuropathy - <i>Neuropatia</i> Osteopenia/Osteoporosis Parkinson's Disease - <i>Enfermedad de Parkinson</i> Peptic Ulcer - <i>Ulceras Pepticas</i> Peripheral Vascular Disease - <i>Enfermedad de arterias perifericas</i> Psoriasis Pulmonary Embolism (PE) - <i>Embolia Pulmonar</i> | <ul style="list-style-type: none"> Rheumatoid Arthritis - <i>Artritis Reumatoide</i> Sciatica - <i>Ciatica</i> Seizure Disorder - <i>Trastorno Convulsivo</i> Sleep Apnea - <i>Apnea del sueno</i> Stroke - <i>Infarto</i> Thyroid Disorder
<i>Enfermedad de Tiroides</i> Ulcerative Colitis - <i>Colitis Ulcerosa</i> |
|---|---|---|---|

Ultimo period menstrual: Si / no Fecha: _____ Normal / Abnormal

Colonoscopia: Si / no Fecha: _____ Normal / Abnormal

Mamograma: Si / no Fecha: _____ Normal / Abnormal

Densidad Osea: Si / no Fecha: _____ Normal / Abnormal

Otros problemas medicos no mencionados en la pagina anterior:

Historial Quirurgico: Favor de escribir todas las cirugias anteriores y las fechas aproximadas en las que se realizaron.

Historial Familiar:

Padre : Vivo: Edad: _____ Fallecido Edad: _____

Alcoholism <i>Alcoholismo</i>	Blood Cancer <i>Cancer de Sangre</i>	Migraines <i>Migranas</i>	High Cholesterol <i>Colesterol Alto</i>
COPD/Emphysema <i>Enfermedad pulmonary obstructive Cronica/Enfisema</i>	Heart Disease <i>Enfermedad del Corazon</i>	Colan Cancer <i>Cancer de Colon</i>	Thyroid Disorder <i>Enfermedad de Tiroide</i>
Stroke <i>Infarto</i>	Asthma <i>Asma</i>	Skin Caner <i>Cancer de Piel</i>	Dementia <i>Demencia</i>
Anemia	Depression <i>Depresión</i>	Lymph Caner <i>Cancer Linfatico</i>	Ovarian Cancer <i>Cancer de Ovario</i>
Blood Clot/DVT <i>Trombosis Venosa Profunda (Coagula Sanguineo</i>	High Blood Pressure <i>Presion Sanguinea alta</i>	Kidney Disease <i>Enfermedad Renal</i>	Thyroid Cancer <i>Cancer de Tiroide</i>
Arthritis	Diabetes 1 or 2	Bipolar	Osteoporosis

Otro: _____

Madre: Viva: Edad: _____ Fallecida:: Edad: _____

Alcoholism <i>Alcoholismo</i>	Blood Cancer <i>Cancer de Sangre</i>	Migraines <i>Migranas</i>	High Cholesterol <i>Colesterol Alto</i>
COPD/Emphysema <i>Enfermedad pulmonary obstructive Cronica/Enfisema</i>	Heart Disease <i>Enfermedad del corazón</i>	Colan Cancer <i>Cancer de Colon</i>	Thyroid Disorder <i>Enfermedad de Tiroide</i>
Stroke <i>Infarto</i>	Asthma <i>Asmo</i>	Skin Caner <i>Cancer de Piel</i>	Dementia <i>Demencia</i>
Anemia	Depression <i>Depresion</i>	Lymph Caner <i>Cancer Linfatico</i>	Ovarian Cancer <i>Cancer de Ovario</i>
Blood Clot/DVT <i>Trombosis Venosa Profunda (Coagula Sanguineo</i>	High Blood Pressure <i>Presion Sanguinea alta</i>	Kidney Disease <i>Enfermedad Renal</i>	Thyroid Cancer <i>Cancer de Tiroide</i>
Arthritis	Diabetes 1 or 2	Bipolar	Osteoporosis

Otro: _____

Herman@s: _____

Enliste otros proveedores con los cuales consulta regularmente: (Ejemplo, Cardiólogo, Proveedor de Salud Mental, ect.)

Firma de Paciente: _____ Fetcha: _____



Kristin Ault, DO
Justin McInnis, MD
Craig Weaver, MD
Dr. Michael Galbraith, DO
Jeff Pilette, FNP
Holly Thompson, FNP
Maribel Arredondo, FNP
Jessica Childress, FNP

Cuestionario para nuevos pacientes

Nombre: _____ Genero: M F

Fecha de nacimiento: _____ Seguridad Social# _____

Problemas medicos actuales	Medicacion actual
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medica que ves actualmente: _____ Duración del cuidado: _____

Es esta una lesion relacionada con el trabajo / enfermedad o un Accidente de vehículo motorizado:
(un circulo) Si No

Por favor circule el medico preferido/Enfermera practicante:

- | | | |
|------------------------|---------------------|---------------------|
| Kristin Ault, DO | Justin McInnis, MD, | Craig Weaver, MD |
| Michael Galbraith, DO | Shelbi Bolton, DO | Jeff Pilette, FNP |
| Maribel Arredondo, FNP | Ryan Earle, FNP | Holly Thompson, FNP |
| Jessica Childress, FNP | | |

Family First
2112 - 2114 - 2116 E Rusk Street
Jacksonville, Texas 75766
Teléfono: 903-284-6105 F: 903-284-6140
www.familyfirstjville.com

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN

Propósito: Family First Jacksonville y sus médicos, empleados y no empleados siguen las prácticas de privacidad descritas en este Aviso. Family First mantiene su información de salud en registros que se mantienen de manera confidencial, según lo exige la ley. The Family First debe usar y divulgar o compartir su información de salud según sea necesario para el tratamiento. Pago y operaciones de atención médica para brindarle atención médica de calidad.

Uso y divulgación de su información de salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica: Family First tiene que usar y divulgar parte de su información de salud para llevar a cabo sus negocios. Se nos permite usar y divulgar información de salud sin su autorización. El tratamiento incluye compartir información entre los proveedores de atención médica que participan en su atención. Por ejemplo, su proveedor de atención médica puede compartir información sobre su afección con radiólogos u otros consultores para hacer un diagnóstico. Family First puede usar su información de salud según lo requiera su aseguradora para determinar si es elegible o para obtener el pago de su tratamiento. Además, Family First puede usar y divulgar su información de salud para mejorar la calidad de la atención.

¿Cómo usará y divulgará Family First mi información de salud? Su información de salud puede ser utilizada para los siguientes propósitos, a menos que usted solicite restricciones sobre un uso específico o divulgue:

Nota: Tendrá la oportunidad de rechazar algunas de estas comunicaciones sobre su información de salud, indicadas por (*).

- Familiares o amigos cercanos involucrados en su atención o pago por el tratamiento. (*)
- Agencia de socorro en caso de desastre si usted está involucrado en un esfuerzo de socorro en caso de desastre. (*)
- Para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios o servicios relacionados con su salud. (*)
- Recordatorios de citas
- Actividades de salud pública, incluida la prevención de enfermedades, lesiones o discapacidades; informar de nacimientos y muertes, informar de reacciones a problemas con medicamentos o productos; notificación de retiradas; control de enfermedades infecciosas; notificar a las autoridades gubernamentales sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Actividades de supervisión de la salud, como auditorías, inspecciones, investigaciones y licencias.
- Aplicación de la ley, según lo exijan las leyes federales, estatales o locales.
- Demandas y disputas, en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento o cualquier otra solicitud legal.
- Para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad.
- A las autoridades del mando militar si es miembro de las fuerzas armadas o miembro de una autoridad militar extranjera.
- Actividades de seguridad nacional e inteligencia a personas autorizadas para llevar a cabo investigaciones especiales.
- Compensación al trabajador. Su información médica con respecto a los beneficios por lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo puede divulgarse según corresponda.
- Llevar a cabo funciones de tratamiento, pago y operaciones de atención médica a través de socios comerciales, como instalar un nuevo sistema informático.

Se requiere su autorización para otras divulgaciones. A excepción de lo descrito anteriormente, no usaremos ni divulgaremos su información médica, a menos que usted permita que Family First lo haga por escrito. Puede retirar o revocar su permiso, que será efectivo solo después de la fecha de su retiro por escrito.

La información sobre el abuso de alcohol y drogas tiene protecciones especiales de privacidad. Family First no divulgará ninguna información que identifique a una persona como paciente ni proporcionará ninguna información de salud relacionada con el tratamiento por abuso de sustancias del paciente a menos que el paciente lo autorice por escrito; para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones; o según lo exija la ley.

Usted tiene derechos con respecto a su información de salud. Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica, si se solicita en los formularios proporcionados por Family First:

- **Derecho a solicitar restricciones:** Puede solicitar limitaciones a su información de salud que usamos o divulgamos para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, aunque no estamos obligados a cumplir con su solicitud. Por ejemplo, puede pedir que no se revele que se ha sometido a un procedimiento en particular. Divulgaremos la información si es necesario para el tratamiento de emergencia. Le notificaremos por escrito si cumplimos con su solicitud o no.
- **Derecho a comunicaciones confidenciales:** Puede solicitar comunicaciones de su información de salud de cierta manera o en un lugar determinado, pero debe decirnos cómo o dónde desea que lo comuniquemos.
- **Derecho a inspeccionar y copiar:** Tiene derecho a revisar y obtener una copia de su expediente médico o de salud. Las notas de psicoterapia no pueden ser inspeccionadas ni copiadas. Es posible que cobremos una tarifa por copias, envío por correo y suministros. En circunstancias limitadas, su solicitud puede ser denegada; puede solicitar la revisión de la denegación por parte de otro profesional de la salud con licencia elegido por Family First. Family First cumplirá con el resultado de la revisión.
- **Derecho a solicitar una enmienda:** Si cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar una enmienda en el formulario proporcionado por Family First. Family First no está obligado a aceptar la enmienda.
- **Derecho a la contabilidad de las divulgaciones:** Puede solicitar una lista de las divulgaciones de su información de salud que se han hecho a personas o entidades para divulgaciones no relacionadas con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica dentro de los últimos seis (6) años para los registros de salud en papel, y para los registros de salud electrónicos puede solicitar tres (3) años, incluidas las divulgaciones para el tratamiento, el pago o las operaciones. Después de la primera solicitud, puede haber un cargo.
- **Derecho a una copia de este Aviso:** Puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si se le ha proporcionado una copia electrónica. Un aviso más detallado también está disponible en la oficina de Family First si desea obtener más información sobre estas prácticas.

Requisitos con respecto a este Aviso: Family First está obligado por ley a proporcionarle este Aviso. Cumpliremos con este Aviso durante el tiempo que esté vigente. Family First puede cambiar este Aviso, y estos cambios entrarán en vigencia para la información de salud que tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Cada vez que se inscriba en Family First para recibir servicios de salud, es posible que reciba una copia del Aviso vigente en ese momento.

Quejas: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante:

Family First
2114 Rusk Street
Jacksonville, Texas 75766
(903) 284-6105

Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Avenida de la Independencia, S.W.
Sala 509, Edificio HHH
Washington, D.C. 20201

No penalizaremos ni tomaremos represalias contra usted de ninguna manera por presentar una queja a Family First o al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Comuníquese con la Oficina de Privacidad de Family First al (903-)284-6105 si:

- Tiene alguna pregunta sobre este aviso;
- Desea solicitar restricciones sobre los usos y divulgaciones para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica;
- Desea obtener un formulario para ejercer sus derechos individuales.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Su nombre y firma en esta hoja indican que se le ha dado la oportunidad de revisar y solicitar una copia del aviso de practicas de privacidad de Family First de Jacksonville en la fecha indicada. Si tiene alguna pregunta relacionada con la información de Aviso de Practicas de Privacidad de Family First, no dude en ponerse en contacto con un representante de la clínica.

Nombre de Paciente: _____

Firma: _____

Fecha de Aviso Recibido: _____

Si es Presentante del Paciente, Nombre y relación _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN VERBAL DE INFORMACIÓN

Autorización para el uso o divulgación de información por Family First

Yo, _____, por la presente autorizo a Family First a divulgar mi información medica protegida a:

- 1. _____
- 2. _____

Esta información de salud protegida se utiliza o se divulga para los siguientes propósitos: información directamente relacionada con tratamiento, Pago y/o operaciones de Cuidado de Salud. La información puede incluir, pero no limitada a, información medica, datos anemográficos, aseguransa, fechas de servicio, Tipo de servicio, cargos y motivos de negación o responsabilidad del paciente, etc.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, en cualquier momento enviando dicha notificación por escrito a Family First.

Firma de Paciente / Representante

Fecha

RECONOCIMIENTO DE SUSANCIAS CONTROLADAS

Sera política de Family First el no recetar medicamentos controlados para el tratamiento de afecciones a largo plazo. Creemos que existen mejores y terapias mas seguras para el tratamiento de dolor crónico y la ansiedad. Tenemos muchas otras opciones para abordar estas condiciones, incluyendo medicamentos alternativos, derivación a especialistas, y terapia fisica. En Family First estamos dedicados a proveer los mejores tratamientos a nuestros pacientes para el dolor crónico y creemos que este enfoque no debe ser solo el mas seguro sino quetambién el mas efectivo.

Firma del paciente

Fesha