



## Quienes Somos

Faith Family Medical Center es un centro de atención primaria sin fines de lucro para personas no están cubiertas por ningún seguro médico o tienen cobertura de infraseguro. Faith Family Medical Center se financia principalmente con donaciones. La tarifa de visita al consultorio que paga cubre solo una pequeña parte de los costos de sus servicios. El resto se paga con las generosas contribuciones de otros. Lo trataremos con respeto y cuidado y le pediremos que sea respetuoso y cortés con nosotros.

Fecha inicial: \_\_\_\_\_

---

## Responsabilidad del Paciente

El personal de FFMC está aquí para ayudarlo a recibir la mejor atención y tratamiento. Necesitamos su participación y cooperación para garantizar esto. Sus obligaciones, como paciente, se enumeran a continuación:

- Sea respetuoso y cortés con el personal de Faith Family en todo momento, incluidas las llamadas telefónicas.
- Debe notificar a FFMC si recibe seguro médico de cualquier tipo.
- Actualizar prueba de ingresos e información de dependientes anualmente, si sus ingresos cambian o si se solicita.
- Actualice su información de contacto (número de teléfono y dirección) a medida que cambie.
- Pague la tarifa de su visita al consultorio al momento de su cita.
- Llegue 15 minutos antes de su cita para actualizar la documentación (si es un paciente nuevo, 30 minutos). Si llega más de 10 minutos tarde a su cita, se le reprogramará para otro día.
- Para resurtidos de medicamentos en su farmacia local, llame al menos 1 semana ANTES de que se acabe el medicamento para asegurarse de recibir los resurtidos a tiempo. Las solicitudes de medicamentos y resurtidos tienen un mínimo de 1 día hábil de tiempo de procesamiento. Esperar hasta el día en que se acabe no acelerará el tiempo de procesamiento.
- Para reabastecimiento de medicamentos a través de nuestro programa de asistencia al paciente (PAP), llame al menos 2 a 3 semanas ANTES de que se acabe el medicamento para asegurarse de recibir los reabastecimientos a tiempo.
- Proporcione su número de farmacia.
- Sepa qué medicamentos está tomando y por qué.
- Espere hasta 7 días para recibir los resultados de laboratorio antes de llamar. Varias llamadas solo retrasarán nuestra capacidad de responder a su solicitud.
- **Asistir a todas las citas programadas en Faith Family Medical Center. Incluyendo, entre otros, citas con un proveedor; especialista; unidad móvil de mamografía; Días de Diabetes y/o Hipertensión; asesoramiento nutricional; y actividades de Journey to Wellness. Si no puede asistir a su cita, cancele al menos 24 horas antes de la hora de su cita. Si no cancela 24 horas antes de la hora de su cita, se contará como que no se presentó. Tres no presentaciones dentro de un período de 12 meses, resultarán en el alta de nuestro centro. Para pacientes nuevos, si no confirma su cita, se considerará que no se presentó. Es su responsabilidad registrar y asistir a todas las citas programadas.**

*Entiendo mis obligaciones como paciente en Faith Family Medical Center. Entiendo que el incumplimiento de estas obligaciones puede resultar en la terminación de esta práctica.*

Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Complete este formulario lo mejor que pueda y de la manera más completa posible. Toda la información solicitada es necesaria para brindarle a usted y a su familia atención médica en nuestro Centro.

¿Tienes seguro médico? Sí No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿qué compañía de seguros y cuál es el número de póliza? (Solo para referencias)

¿Está cubierto por Medicaid, TennCare/Medicare, TriCare o Cover Kids? Sí No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, marque cuál de las opciones anteriores.

**¿Cómo se enteró de Faith Family Medical Center? Por favor circule Y especifique con el nombre:**

Amigo \_\_\_\_\_ Familia \_\_\_\_\_ Otro contacto \_\_\_\_\_  
Publicidad \_\_\_\_\_ Material impreso \_\_\_\_\_ Boca a boca \_\_\_\_\_  
Hospital \_\_\_\_\_ Proveedor médico \_\_\_\_\_ Organización sin fines de lucro \_\_\_\_\_  
Redes Sociales (especifique Facebook/Instagram/Twitter) \_\_\_\_\_

Al proporcionar mi número de teléfono residencial, número de teléfono móvil, dirección de correo electrónico y cualquier otra información de contacto personal, autorizo a mi proveedor de atención médica a emplear un sistema automatizado de comunicación y mensajería de terceros para utilizar mi información personal, el nombre de mi proveedor de atención, la hora y el lugar de mi(s) cita(s) programada(s) y otra información limitada, con el fin de notificarme sobre una cita pendiente, una cita perdida, un examen de bienestar vencido, saldos adeudados, resultados de laboratorio o cualquier otra función relacionada con la atención médica. También autorizo a mi proveedor de atención médica a revelar a terceros, quienes pueden interceptar estos mensajes, información de salud protegida (PHI) limitada sobre mis eventos de atención médica. Doy mi consentimiento para recibir varios mensajes por día de mi proveedor de atención médica, cuando sea necesario. Doy mi consentimiento para permitir que se dejen mensajes detallados en mi correo de voz, sistema de contestador automático o con otra persona, si no estoy disponible en el número proporcionado por mí. Es posible que se apliquen tarifas estándar de datos y mensajería.

SI HAY ALGUNAS PERSONAS EN PARTICULAR A LAS QUE PERMITIRÍA RECIBIR SU INFORMACIÓN MÉDICA, INDIQUE A CONTINUACIÓN:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿A quién podemos contactar en caso de una emergencia?

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

La información que he proporcionado en este formulario es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que Faith Family Medical Center brinda atención solo a aquellas personas que califican para recibir servicios según las pautas del Centro con respecto al estado del seguro médico, los ingresos familiares y el tamaño de la familia. Entiendo que si soy aceptado para recibir atención en el Centro, seré responsable de un copago asequible por cada visita que realice yo y/o un miembro de mi familia inmediata al Centro. Si soy aceptado por el Centro, acepto seguir todas las regulaciones y pautas del Centro.

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Me ofrecieron una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Faith Family Medical Center para mis propios registros.

Iniciales: \_\_\_\_\_

Nombre	Fecha de nacimiento

Historial médico personal: (Por favor verifique el historial pasado o presente de las siguientes condiciones:)

Pasado	Presente	Condición	Pasado	Presente	Condición
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prueba de Papanicolaou o mamografía anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA/VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de alcohol y drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de anemia/sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infertilidad (dificultad para quedar embarazada)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis/Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de riñón/vejiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática/ictericia/hepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer (Tipo:_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas mentales/depresión/ansiedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas/pérdida de visión/glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones/ataques/epilepsia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPOC/Enfisema/Asma/Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión grave/accidente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (azúcar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia falciforme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de la alimentación (anorexia/bulimia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de la piel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes genital/Infecciones/Verrugas/CG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno/alergia al polen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión (año:_____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis (TB)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque cardíaco/enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra especificar:_____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroides/pólipos (colon)			

CIRUGÍAS ANTERIORES, LESIONES GRAVES O EMBARAZOS

HÁBITOS PERSONALES:

¿Consumo pasado o presente de productos de tabaco? ☐ Sí ☐ No (Si es así, indique qué tipo, cuánto, cuánto tiempo y fecha de último uso).

¿Consumo pasado o presente de alcohol? ☐ Sí ☐ No (Si es así, indique cuánto y con qué frecuencia).

¿Uso pasado o presente de drogas ilícitas? ☐ Sí ☐ No (Si es así, indique de qué tipo y con qué frecuencia).

---

¿Tiene usted una directiva anticipada? ☐ Sí ☐ No

---

**ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:** (Cáncer, problemas cardíacos, presión arterial alta, diabetes, tuberculosis, problemas sanguíneos, cualquier otro problema en los padres, abuelos, hermanos y/o hijos)

---

---

**ALERGIAS:**

---

---

**MEDICAMENTOS QUE SE UTILIZAN ACTUALMENTE: (con receta, sin receta y/o alternativos)**

---

---