

Bienvenido a PrimeCare Medical Group, su centro de atención médico de acuerdo a estándares establecidos por un modelo clínico llamado PCMH ("Patient Centered Medical Home" o Hogar médico centrado en el paciente) cual mejorara la calidad en el servicio que usted recibe, enfocándose en la prevención y el bienestar. Este modelo sigue un equipo de enfoque, con un equipo fabuloso que se ha comprometido a mantenerlo saludable, siendo usted el centro de su equipo de cuidado. Su equipo de atención médica incluye su proveedor, de su preferencia, y asume la responsabilidad de la coordinación de su atención médica a través de múltiples escenarios en el amplio sistema de cuidado de la salud.

Ser parte del modelo clínico llamado PCMH viene con muchas adiciones maravillosas que incluyen la atención integral y coordinada, centrado en el paciente con usted siendo un contribuyente responsable, el acceso y continuidad de servicios incluyendo seguridad y mejoramiento en calidad. Como su centro de atención médico, solicitamos que proporcione su lista actual de medicamentos, comparta su información de auto cuidado, provea su historial médico, provea información importante como sus últimos resultados e informar sobre cambios en su salud. Informarnos si visita algún especialista por su cuenta, recientes hospitalizaciones, o visitas de urgencias.

Recibiendo atención integral y continua coordinada es uno de nuestros objetivos de PrimeCare, centrándose en las necesidades de cuidado de la salud física y mental. Esto incluye, pero no está limitado a la atención preventiva, cuidados agudos, cuidados crónicos, cuidado de bienestar, salud mental y salud conductual o el cuidado del fin de su vida. Nuestros equipos médicos pueden incluir, asistentes médicos, enfermeras, educadores, nutricionistas, farmacéuticos, coordinadores de atención y los trabajadores sociales dentro de la oficina médica, así como en toda la comunidad. El hogar médico de cuidado primario coordina atención a través de múltiples ajustes en el sistema de salud incluyendo hospitales, atención especializada, servicios de salud en el hogar y recursos de la comunidad.

PrimeCare reconoce que usted, como el paciente, y su familia es el centro de su equipo de cuidado. Como su hogar médico, apoyamos a todos nuestros pacientes educándolos en organizar y administrar su propio cuidado individualmente. Su equipo de cuidado le proporciona a usted y a su familia acceso a apoyo al automanejo y herramientas de atención basada en evidencia para ayudar a su salud. Su hogar médico es sobre usted, totalmente centrado al paciente.

Como un hogar médico, proporcionando servicios accesibles es muy importante para nosotros. Nuestra clínica sigue programación abierta para citas, reservando tiempo para citas solicitadas en el mismo día. Si acaso, llamara buscando una cita para el mismo día, y son después de las 3 de la tarde, quizás no podremos dársela pero puede reservar una cita al día siguiente o le podríamos referir a una de nuestras clínicas de atención de urgencia. Hacemos todo lo posible para acomodar las solicitudes para las visitas de rutina dentro 14 días.

En PrimeCare, usted tiene acceso a un miembro del equipo de cuidado 24 horas al día junto con el acceso a los proveedores de atención de urgencia. En cualquier momento, durante o después las horas de oficina en la clínica, puede contactar nuestra oficina para recibir consejo clínico. Cuando se llama después de horas de oficina, su llamada será contestada por una persona en vivo, por nuestro servicio de contestador, que lo pondrá en contacto con el proveedor de guardia. Además, PrimeCare ha desarrollado una relación con los médicos de "Doctor On Duty" para proveer el cuidado necesario para nuestros pacientes después de las horas de oficina.

PrimeCare se compromete a demostrar seguridad y mejoramiento de la calidad. PCMH es para permitir la atención de toda su persona, al mismo tiempo, mejorar las medidas de calidad. Mejoramiento de la calidad permite a pacientes estar seguro de que su salud está en el más alto nivel de estándares. Continuación de mejoramiento en calidad implica crear metas basadas en el nivel de cuidado único de cada paciente. La seguridad es una parte extremadamente importante de tareas diarias de PrimeCare. Como su hogar de atención primaria, nos esforzamos por lograr tener mejores desempeños a modo de todo incluso.

PrimeCare te anima a utilizar las herramientas que proporciona el programa de PCMH. El modelo de PCMH, te pone a ti, como el paciente, en el centro de un equipo, dirigido por médicos para ofrecer atención médica. PrimeCare Medical Group también está trabajando para alcanzar el nivel 3, en el Comité Nacional para la certificación de aseguramiento de calidad (NCQA) para su programa de PCMH Hogar médico centrado en el paciente. Damos la bienvenida a esta iniciativa y les animamos a participar en esta jornada con nosotros.

Atentamente,

Su equipo de Primecare
PrimeCare

Información del Paciente:

Apellido:	Primer Nombre:	Inicial:
Sexo:	Seguro Social: - -	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro:
Fecha de Nacimiento: / /	Raza:	Etnicidad:
Dirección:	Zona Postal:	Ciudad:
Teléfono en Casa: ()	Teléfono Celular: ()	Teléfono de Trabajo: ()
Email:	Nombre de Su Médico de Cuidado Primario:	
Farmacia Preferida:	Ciudad:	Calle:

Sección Para Pacientes Menores de Edad:

Padre o Tutor:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Zona Postal:
Número de Seguro Social:	Parentesco con el Paciente:

Nombre de Aseguración Primaria:

Nombre del Asegurado:	Fecha de Nacimiento:	Seguro Social:
Relación al Paciente:		

Nombre de Aseguración Secundaria:

Nombre del Asegurado:	Fecha de Nacimiento:	Seguro Social:
Relación al Paciente:		

Persona a Notificar en Caso de Emergencia:

Nombre:	Dirección:
Zona Postal:	Ciudad:
Teléfono: ()	Relación al Paciente:

Describa su enfermedad, y fecha en que inicio: _____

Lastimadura de Trabajo: Si ___ No ___

Divulgación de Información y Responsabilidad Financiera

Solicitamos pago al momento de proporcionar servicios. Nosotros estamos contratados con algunas compañías de seguros y es posible que podamos facturar directamente para usted. Favor de entregarnos una copia de su tarjeta de seguro. Si un copago/deducible es parte de su plan, es necesario que su parte sea pagada al momento del servicio. Haremos todo lo posible para ofrecerle la cantidad exacta debida al final de su visita de hoy. Sin embargo, sus registros médicos y de facturación se revisarán dentro de 1-2 días hábiles después de su visita. Si hay alguna discrepancia en la codificación y la facturación, usted recibirá una factura adicional o un reembolso por sobrecargos.

PrimeCare Medical Group y afiliados, conforme al Código de Negocios y Profesiones de California, le notifica sobre su derecho a que su medicamento recetado pueda ser entregado por nuestro proveedor de servicios médicos o de que usted puede obtener una receta para que se le entregue en la farmacia de su preferencia. Por favor informe al proveedor recetante si usted elige que los medicamentos recetados NO se le sean entregados, para que de esta manera, se le proporcione una receta por escrito.

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica a las compañías de seguros necesarias para procesar un reclamo y solicito que pagos sean enviados a PrimeCare Medical Group por servicios médicos brindados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, sean o no cubiertos por mi seguro, y que se espera que yo pague si es que mi seguro no paga dentro de 60 días. Estoy de acuerdo con el cargo de \$25.00 por cualquier cheque que entregue y sea rechazado por falta de fondos. Doy mi consentimiento para recibir tratamiento en PrimeCare Medical Group.

Dirección de Correo Electrónico del Paciente

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, doy permiso a PrimeCare para que me envíe correos electrónicos directamente, o a través de un tercero para que se me encueste sobre mis visitas, con fin de proveer información sobre mi satisfacción y valoración de calidad. PrimeCare Medical Group no compartirán mi dirección de correo electrónico, ni expedientes médicos con otros.

Información Sobre Servicios de Laboratorio

Le informamos que los servicios de laboratorio son proporcionados por Salinas Valley PrimeCare Lab, Salinas Valley Memorial Hospital Laboratory, Quest, y/u otro laboratorio externo. Si desea seleccionar un laboratorio distinto a los mencionados, por favor informe al personal médico. Laboratorios que reciban su espécimen le facturarán por separado por sus servicios.

Firma: _____ Relación: _____ Fecha: _____

History and Physical

Name _____ Date _____
 Birth Date _____ Occupation _____
 Chief Complaint _____

DRUG ALLERGIES

FAMILY HISTORY

(Check all that apply)

	Father	Mother	Father's Parents	Mother's Parents	Sibling	Children
Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsy/Convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleeding disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kidney disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroid disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ (Other)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CURRENT MEDICATIONS

Medication	Dose	How Taken
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

MAJOR ILLNESS, HOSPITALIZATION AND SURGERIES

Date	Reason	Date	Reason
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Women Only: Last Menstrual Period Age Onset reg irreg Days of Flow Length of Cycle
 Birth Control Method No. of Pregnancies No. of Births Menopause

PAST MEDICAL HISTORY (Check all that apply)

<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Gall bladder disease	<input type="checkbox"/> Chronic rashes	<input type="checkbox"/> Shortness of breath
<input type="checkbox"/> Prostate disease	<input type="checkbox"/> Rheumatic fever	<input type="checkbox"/> Heart palpitations	<input type="checkbox"/> Bowel irregularity
<input type="checkbox"/> Heart murmur	<input type="checkbox"/> Chest pain	<input type="checkbox"/> Venereal disease	<input type="checkbox"/> Dizziness/Fainting
<input type="checkbox"/> Frequent infections	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Allergies / Hay Fever	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Nervousness
<input type="checkbox"/> Pneumonia	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Gout	<input type="checkbox"/> GI disorder
<input type="checkbox"/> Ulcer	<input type="checkbox"/> Peripheral vascular disease	<input type="checkbox"/> Sexual/Menstrual dysfunction	<input type="checkbox"/> Kidney diseases / infections: _____

IMMUNIZATIONS

<input type="checkbox"/> Mumps	____/____/____	<input type="checkbox"/> Measles	____/____/____
<input type="checkbox"/> Rubella	____/____/____	<input type="checkbox"/> Polio	____/____/____
<input type="checkbox"/> Diphtheria	____/____/____	<input type="checkbox"/> Tetanus	____/____/____
<input type="checkbox"/> Flu	____/____/____	<input type="checkbox"/> Hib	____/____/____
<input type="checkbox"/> Other: _____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Other: _____	____/____/____

HABITS

Smoke: Packs Daily: _____ How Long: _____ When Stopped: _____
 Exercise routine: _____ Coffee: Cups Daily: _____ Other caffeine's: _____
 Alcohol: Type/Amount: _____ Sleep Pattern: _____ Diet: Salt Intake: _____
 Fat Intake: _____ Contact w/blood or body fluid at work: _____