

Numero principal de teléfono:

(562) 630 – 1991.

Use este número de teléfono para hacer citas, contestar sus preguntas, y/o para hablar con algún miembro del equipo médico.

Horas de oficina:

Lunes de 9:00am a 6:00pm y
Martes a Sábado de
9:00am a 7:00pm.

Correo electrónico:

www.cmhmc.com

Usted también se puede comunicar con nosotros por una vía segura de mensajería dedicada a los pacientes de este correo electrónico.

Bienvenido a su hogar médico de pacientes

Gracias por escogernos para ser su equipo del cuidado de su salud. Estamos tratando de trabajar con usted para asegurarnos que reciba el cuidado que usted necesita para mantenerlo feliz y saludable.

Nuestra práctica médica provee cuidado primario personalizado, preventivo saludable, con aseo a una variedad de servicio personalizado, nosotros además manejamos completamente el cuidado de nuestros pacientes con incapacidades, enfermedades crónicas y otras condiciones médicas complejas.

Esperamos que la información provista en esta guía conteste muchas de las preguntas que usted pueda tener sobre nuestra práctica médica.

Nuestro modelo de cuidado: un hogar médico

Clínica Medica Hispana Medical Corp., está comprometida en proveer a usted con el cuidado de calidad que usted necesita, y cuando más lo necesita. En un hogar médico, usted es parte del equipo junto con los doctores, las enfermeras, y los asistentes médico-los cuales diseñan un plan para mantenerlo a usted en buena salud.

Como miembro de este equipo médico, usted podría buscar orientación de salud durante las horas regulares de trabajo de parte de los otros miembros del equipo. Le sugerimos hacer su cita para ver al doctor por adelantado, pero entendemos que las situaciones de salud inesperadas pueden ocurrir, estamos dispuestos a ayudarlo y haríamos todo lo posible para que sea visto por el doctor.

Nuestra misión

La misión de Clínica Medica Hispana Medical Corp., es de mejorar la salud y el bienestar de las comunidades ubicadas alrededor del área de Paramount, proveyendo un cuidado de calidad comprensivo y coordinado.

¿Qué es la medicina familiar?

La especialidad de la medicina familiar está centrada mayormente en el cuidado y la buena relación del paciente y sus familiares. Los médicos familiares han recibido entrenamiento clínico para cuidar tantos a los niños como también a los adultos, para continuar proveyendo un cuidado de salud comprensivo a los pacientes sin tomar en cuenta su edad, su sexo, su raza o enfermedad.

Que haría por usted su hogar médico en Clínica Médica Hispana

En el hogar médico usted pertenece a un equipo. El equipo consiste en usted (que es el leader) y los trabajadores de salud asignados.

Trabajando con usted nosotros le..

- Ayudaremos a escoger su doctor primario
- Haremos sus citas médicas de acuerdo a su tiempo u Horacio.
- Coordinaremos su cuidado de salud.
- Proveeremos ayuda y /o cuidado de salud cuando y durante usted lo necesite después y dentro de nuestro horario de oficina.
- Trabajaremos con usted para crear un plan de acción para su salud.
- Usaremos la mejor práctica médica para llevarle a usted un cuidado consistente de salud.
- Daremos apoyo para cuidarse a si mismo.

¿Cuál es su papel en su hogar de salud?

- Informar al equipo de cuidado médico toda atención medica recibida fuera de nuestra oficina.
- Mantenerse en el plan de acción creado por el equipo para su salud.
- Tomar responsabilidad haciendo cambios cada día para un mejor estilo de vida.

Citas

Se le preguntara a los pacientes nuevos, si han sido referidos a un doctor específico en la Clínica Medica Hispana. Si ellos especifican un médico en particular, se harán todos los esfuerzos necesarios para acomodarlos de acuerdo al horario del doctor. Si ellos no tienen un doctor específico, podemos proveerle un informe referente a las experiencias médicas de los doctores, para permitirle al paciente una mejor selección medica de acuerdo a sus necesidades médicas o sus preferencias personales.

Si le gustaría hablar al médico acerca de los síntomas de su enfermedad, favor de llamar al teléfono (562) 630-1991 y preguntar por él/ella directamente.

Si usted tiene una enfermedad de emergencia o síntomas que requieren una atención inmediata, urgente, favor de llamar a 911. Si usted necesita una cita por enfermedad o síntomas, llame al teléfono (562) 630-1991 y déjele saber a la recepcionista sus necesidades.

Si usted necesita un chequeo médico, una visita de seguimiento, o una visita anual al médico, llame al número principal de teléfono (562) 630-1991 y hable con el personal de recepción de nuestra oficina.

Numero principal de teléfono:

(562) 630 – 1991.

Use este número de teléfono para hacer citas, contestar sus preguntas, y/o para hablar con algún miembro del equipo médico.

Horas de oficina:

Lunes de 9:00am a 6:00pm y
Martes a Sábado de
9:00am a 7:00pm.

Correo electrónico:

www.cmhmc.com

Usted también se puede comunicar con nosotros por una vía segura de mensajería dedicada a los pacientes de este correo electrónico.

Los pacientes que lleguen a su cita con más de 15 minutos de retraso, se le podría requerir que hagan una nueva cita.

Durante su cita

Por favor traiga su tarjeta de seguro de salud. Traiga una lista de sus medicamentos recetados y no recetados, vitaminas, suplementos, etc. Usted también puede traer una bolsa con todas las medicinas que usted toma, en caso de que así lo prefiera en lugar de traer la lista de medicamentos.

Favor traer cualquier reporte médico o resultado anteriores a esta cita, como de ejemplos de resultados de presión arterial y niveles de glucosa.

Provea una buena descripción del problema de su salud, como cuánto tiempo hace que lo ha tenido y como le ha afectado.

Lleve consigo una lista de preguntas que a usted le gustaría discutir con su proveedor médico.

Provea una lista con la información de otros médicos que usted haya visitado.

Si necesita interpretación medica durante su cita, favor de requerirla.

Después de las horas de servicio

Si usted desearía hablar con un médico para fines de tomar una decisión medica de salud o saber como ir a la sala de emergencia después de las horas de trabajo, favor de llamar al teléfono (562) 630-1991. Este es un servicio después de las horas de trabajo, que ofrecemos le dará aseso a contactar a un médico directamente.

Si usted recibe atención médica en una sala de emergencia o una

sala de cuidado urgente, por favor déjenos saber llamando al teléfono (562) 630-1991 en las primeras 48 horas, para poder asistirlo con el seguimiento médico que usted necesita.

Acomodaciones especiales

Nuestro centro de salud es accesible a sillas de rueda. Las personas con limitaciones físicas deberían traer un acompañante para asegurar una comunicación clara. Las personas con limitaciones auditivas pueden solicitar a sus planes de salud, el servicio gratis de un intérprete de sordos. Favor de dejarnos saber si usted prefiere los servicios de cuidado médico en español.

Laboratorio y pruebas diagnosticas

Si su proveedor medico ordena laboratorio y/o prueba diagnóstica, usted será referido al centro de salud correspondiente a su plan de seguro médico.

Un miembro de su equipo médico le llamara para informarle sobre los resultados clínicos y además que venga a ver doctor.

Todo laboratorio y resultado diagnostico estarán disponibles en su expediente después de ser revisados por el doctor.

Si usted no ha recibido los resultados de su laboratorio en una semana, favor de llamar a nuestra oficina.

Opciones de pago

Nosotros pertenecemos a la mayoría de los planes de salud incluyendo Medicare. Asegúrese de chequear con nosotros su seguro de salud antes de hacer una cita, para confirmar que ha sido aceptada.

Favor de estar preparado para el pago del deducible o balance pendiente del seguro al momento de rendirle el servicio. Aceptamos pago en efectivo y cheques personales.

Estamos complacidos en contestar sus preguntas y hablar sobre su pago a cualquier momento, llamando al teléfono (562) 630-1991.

Prescripciones

Para renovar su receta favor de llamar a su farmacia.

Si necesita una receta escrita, favor de llamar al teléfono (562) 630-1991 y hablar directamente con su proveedor médico.

Por favor permítanos 48 horas para renovar sus recetas. Nosotros nos comunicaremos con usted solamente si existe algún problema sobre la renovación de su receta requerida.

Por favor, recuerde que la renovación será dada únicamente a pacientes que hayan sido vistos en la Clínica los últimos 3 meses. Si usted no ha sido visto en los últimos 3 meses en la Clínica, necesitara hacer una nueva cita para ver al doctor.

Si usted tiene pregunta acerca de una nueva receta o de discontinuar medicamentos, favor de llamar a su doctor.

Si usted necesita renovar una receta con urgencia fuera de las horas de trabajo, será atendido por el doctor que este en servicio.



CLINICA MEDICA HISPANA MEDICAL CORP.
14906 PARAMOUNT BLVD.
PARAMOUNT, CALIFORNIA 90723
(562) 630-1991
FAX: (562) 630-0145

Nosotros en Clínica Medica Hispana respetamos su tiempo y nos gustaría ayudar a que su visita sea lo más eficiente posible.

Por favor llegue a su cita 15 minutos antes de la hora señalada.

Para que su espera sea breve, antes de venir a la Clínica por favor llene los formularios adjuntos, ya sea por correo electrónico, por fax (562) 630-0145, o tráigalo a nuestra oficina.

Muchas gracias

Clínica Medica Hispana Medical Corp.

Estado Marital: Casado Soltero Divorciado Viudo Etnicidad: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Celular: _____

Empleador: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Ocupación: _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____ Licencia de Manejar: _____

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

UN FAMILIAR/AMISTAD CERCANA QUE NO VIVA CON USTED:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Cónyuge: _____ O Tutor: _____

Empleador: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Ocupación: _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____ Licencia de Manejar: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR, NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE: _____

POR LA PRESENTE AUTORIZO A CLINICA MEDICA HISPANA MEDICAL CORP. PARA TRATAR AL PACIENTE MENCIONADO ARRIBA. YO DECLARO SER EL TUTOR LEGAL Y TENGO LA AUTORIDAD PARA DAR DICHO PERMISO PARA EL TRATAMIENTO QUE FUERA NECESARIO PARA DICHO MENOR.

**ACUERDO Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO
CLINICA MEDICA HISPANA MEDICAL CORP.**

MEDICO Y QUIRURGICO: Por el presente autorizo para cualquier tratamiento o procedimiento que el medico considere necesario o aconsejable para mi condicion(es).

Fecha: _____ Firma: _____ Relación: _____

Nombre de Compañía de Seguro: _____ #Grupo: _____ #ID: _____

#Medical: _____ Medicare: _____ Cobertura: _____

¿SU COMPANIA DE SEGURO PAGARA POR LA VISITA? SI NO

**BENEFICIOS ASIGNADOS
CLINICA MEDICA HISPANA MEDICAL CORP.**

Por la presente asigno a Clinica Medica Hispana Medical Corp. todos los beneficios provistos por mi seguro medico y quirurgico. La copia de esta asignacion es valida como el original.

Fecha: _____ Firma del Asegurado: _____

Fecha: _____ Firma del Paciente: _____

CLINICA MEDICA HISPANA MEDICAL CORP.
14906 PARAMOUNT BLVD.
PARAMOUNT, CALIFORNIA 90723
(562) 630-1991
FAX: (562) 630-0145

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo _____ (nombre impreso del paciente o personal que lo representa) la firma de quien aparece debajo, autorizo a Clínica Medica Hispana Medical Corp., y sus proveedores afiliados a revisar mi historial médico de recetas.

Entiendo que el historial de recetas médicas proveniente de otros múltiples proveedores médicos no afiliados, compañía de seguros y farmacias, podrían ser revisada por mis proveedores médicos y su personal, esto podría incluir recetas de varios años pasados.

Mi firma certifica que yo he leído y entendido completamente el consentimiento y autorizo el acceso.

Firma del paciente o personal que lo representa

Fecha

Testigo

Fecha

CLINICA MEDICA HISPANA MEDICAL CORP.
14906 PARAMOUNT BLVD.
PARAMOUNT, CALIFORNIA 90723
(562) 630-1991
FAX: (562) 630-0145

PODER LEGAL DURADERO PARA DECISIONES SOBRE CUIDADO DE LA SALUD

(Sección del Código Civil de California 2410-2444)

ADVERTENCIA A PERSONAS EJECUTANDO ESTE DOCUMENTO

1. CREACION DE PODER LEGAL DURADERO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD.

Por medio de este documento intento crear un poder legal duradero designado a la persona mencionada abajo para que tome decisiones sobre mi cuidado de salud permitidas por las Secciones 2410 a 2444, inclusive, del Código Civil de California. Este poder legar no será afectado por mi subsecuente incapacidad. Por tanto aquí revoco cualquier otro poder legal durable para el cuidado de mi salud que existiera anteriormente. Soy residente de California, con más de 18 años de edad, en mi juicio cabal y actuando libremente.

2. DESIGNACION DE AGENTE PARA EL CUIDADO DE MI SALUD.

Escriba abajo el nombre, dirección y número telefónico de la persona que usted quiera elegir como su agente para el cuidado de su salud quien tomara las decisiones necesarias si usted llegara a estar incapacitado(a). Antes de elegir un agente para el cuidado de su salud, usted deberá estar seguro de que esta persona acepta esta responsabilidad.

Las siguientes personas no pueden desempeñar el cargo de Agente de Salud: (1) su proveedor de atención médica, o alguno de sus empleados; (2) un empresario de un sitio comunitario de cuidado médico o alguno de sus empleados (a menos que el empleado esté relacionado con usted por medio de sangre, matrimonio o adopción); (3) un empresario de un sitio residencial para el cuidado de los ancianos o alguno de sus empleados (a menos que el empleado esté relacionado con usted por medio de sangre, matrimonio o adopción).

Si usted está protegido bajo el Acto Estatal Laterman-Petris-Short (acto que gobierna el interno involuntario a una institución de salud mental) y usted desea nombrar su Guardián como su Agente para el cuidado de su salud, él o ella deben firmar y agregar una declaración adicional indicando su consentimiento a su nombramiento como su Agente para el Cuidado de su Salud para que este documento sea válido. Con esta declaración usted no necesita consultar un abogado.

Yo, _____ designo a:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Número de teléfono: _____

(Firma)

(Fecha)

Todos los miembros mayores de 18 años se les ofrecerán este poder legal duradero.

CLINICA MEDICA HISPANA MEDICAL CORP.

Fecha: _____

Nombre: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ Edad: _____
Nombre 2º Nombre Apellido Mes/Día/Año

Domicilio: _____
Numero Calle Apt. # Ciudad Código Postal

Tel: (_____) _____ Cell: (_____) _____ Sexo: M F

En qué idioma desearia recibir informacion de Clinica Medica Hispana Medical Corp. : Español Ingles

Ha visitado la sala de emergencia o ha sido hospitalizado/a ? desde nuestra ultima visita? no si Give MRRelease

Se ha referido usted mismo o ha visto a otros medicos desde nuestra ultima visita? no si Give MRReleaseMARK TRANSITION OF CARE

Etnicidad: AMERICAN INDIAN ASIATICA NEGRA FILIPINA HISPANA BLANCA PACIFIC ISLANDER MEDIO ORIENTE

Estado Marital: (Circule uno) **SOLTERO** **CASADO** **VIUDO** **DIVORCIADO** **UNION LIBRE**

Si el paciente es menor de 18 años quien lo acompaña: Madre Padre Padre de Crianza Other: _____

Aseguranza: **Paga efectivo** **HMO** **PPO** **Medical** **Medicare** **CDP** **Family Pact** **Presumptive Eligibility**

Razón por la visita de hoy?

Correo electrónico: _____

Consulta/ Enfermedad

Resultados :(Circule uno) **Examen de Sangre** **Papanicolaou** **Rayos-X** **Mamografía** **Ultrasonido**

Examen Físico General Deportes Escuela Trabajo Inmigración (Residencia)

Examen de Sangre Solamente

Prueba de Embarazo: Fecha de ultima menstruación (último periodo) _____

Solo Mamografía Solo Papanicolaou Mamografía & Papanicolaou

Visita de Embarazo Prueba de Diabetes Examen de Sangre

En caso de emergencia a quien le hablamos?

Nombre: _____

Teléfono: _____

Relación: _____

Visita de Postparto (40 días) Remover las Grapas

Vacunas

Planificación Familiar

Pastillas Inyeccion Condones Dispositivo Ligacion de Trompas Pastilla de 72 hrs Vasectomia

Otras: Prueba de TB Revisión de TB Papel del WIC

AA EG HP AH IG IA KL SP AC NA VA _____