



CENTROS DE SALUD

5707 N. 22ND ST. TAMPA, FL 33610

Horas y días de operación: 8:30am -4:00pm, de lunes a viernes

Numero de teléfono: 813-272-2244

Número de Fax: 813-272-3466

Después de horas de emergencia: 813-272-2244 para medica emergencias, mortal en contacto con 911.

Farmacia horas y días de operación: 8:00am-4:30pm, de lunes a viernes

Centros de salud de Gracepoint ofrece una variedad de servicios médicos, así como una farmacia en el sitio, servicios de medicamentos de salud mental y servicios de consejería. Estos servicios están disponibles para la mayoría de los pacientes.

Centros de salud de Gracepoint está diseñado para ayudarle a recuperar su papel y la independencia en la comunidad para que puedan vivir una vida significativa y útil de la persona que eres y no el diagnóstico que se le. Nuestro equipo de tratamiento trabajará en asociación con usted (incluyendo consejeros y psiquiatras si lo desea) para guiar su atención a asistirle con éxito alcanzar sus metas de salud.

Por favor, saber que todos los pagos deben ser pagados antes de ver al doctor.

Por favor informar a nuestro personal de seguros, dirección y cambios de número de teléfono que se producen.

Si usted está interesado en comportamiento **VirtualHealth** (accediendo a un psiquiatra o un terapeuta con licencia de su teléfono o computadora), consulte con el personal para obtener más información.

Como parte de nuestra política, de Gracepoint médicos, psiquiatras y ARNPs no prescriben rutinariamente benzodiazepinas (agentes contra la ansiedad como Xanax, Librium, Valium, Klonopin, etc.) o cualquier tipo de analgesicos opioides para el tratamiento del dolor crónico.

Conforme a nuestras políticas de seguridad, los individuos no se les permite traer artículos que pueden utilizarse como armas en nuestros centros.

Por favor llegar 10 minutos antes a todas las citas programadas. Si llega tarde a su cita, es posible que el medico no lo vea si el/ella esta muy reservado. Si no puede ser visto, estaremos encantados de reprogramarte una cita que sea más conveniente para usted.

El programa da la bienvenida a individuos que tengan salud mental concurrente y/o sustancia uso desorden y entendemos esto pueden ser un tema difícil para discutir. Por favor, saber que estamos aquí para dar que esperanza para la recuperación y ayudar a que reciba el tratamiento integrado que necesita.

Usted tiene el derecho a este informe de quejas practicas negligentes y fraude de Medicaid.

Gracepoint linea de queja 813-239-8207

Agencia para la Administracion de Salud 1-888-419-3456 Servicios de Revelo de Florida 1-800-222-3448

Linea De Abuso: 1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873) Numero de TTY 1-800-955-8771

Fraude De Medicaid: 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477) Numero de TTY es 1-800-377-4950

Patient Health Questionnaire PHQ-9
 Nine Symptom Checklist (Spanish)

Nombre _____ Médico _____ Fecha De Hoy _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuan qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
a. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sentirse cansado/a o tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tener poco apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podria dar cuenta – o de lo contrario, esta tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

- Nada en absoluto Algo difícil Muy difícil Extremadamente difícil

11. Si estos problemas le han causado dificultad, ¿le han causado dificultad por dos años o más?

- Sí, he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más.
 No, no he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más.

*Si tiene pensamientos de que es mejor estar muerto/a o hacerse daño en alguna manera, favor de hablar con su médico, ir a una sala de emergencia o llamar al 911.

Number of symptoms: _____ Total score: _____

Gracepoint Health Center

Cage Screening

Nombre (Print): _____ **DOB:** ____/____/____

Por favor, marque si o no a cada una de las siguientes preguntas:

1. Alguna vez has sentido que debes reducir tu consume de alcohol?

Si

No

2. La gente te molestan cuando critican tu forma de beber?

Si

No

3. Alguna vez te has sentido mal o culpable por tu forma de beber?

Si

No

4. Alguna vez ha tomado un trago a primera hora de la manana para calmar su nervios o deshacerse de una Resaca ?

Si

No

Cuestionario de Salud Física

ADULTO NINOS VARON MUJER

Nombre del cliente: _____ ID# _____

Fecha de nacimiento: _____ Médico de atención primaria: _____

Fecha de su último examen físico: _____ Estatura actual: _____ Peso actual: _____

Alergias: _____

¿Usted o sus padres han padecido o padecen los siguientes? Señale cual en la casilla/describa:

Evaluación de síntomas

¿Tu o tus padres biológicos han experimentado alguno de los siguientes? Marque la casilla y describa a continuación.

	Cliente	Madre	Padre		Cliente	Madre	Padre
Asma y/o enfisema				Artritis			
Cáncer				Epilepsia/incautación			
Mareos y/o desmayos				Cardiopatía			
Murmullo de corazón				Diabetes			
Problemas de hígado				Ictericia			
Estreñimiento y/o diarrea				Fatiga y/o cansancio			
Traumatismo craneal				Dolores de cabeza			
Fiebre				Molestia en el pecho			
Tos				Sarpullido			
Sudores nocturnos				Chinches/Piojos/Pulgas			
Dolor de garganta				Diarrea/Vomito			
Drenaje de la herida/lesión.				Tosiendo sangre			
Uso y/o abuso de sustancias				Pérdida de peso inexplicable			
Problemas de sueño y/o apnea				Problemas sexuales			
Problemas de audición/visión				Derrame cerebral			

Describa:

¿Está tomando medicamentos recetados o medicamentos sobre el mostrador? En caso que si se afirmativo, indique los medicamentos y la dosis:

Hospitalizaciones y/o cirugías (explique por qué condiciones y cuando):

Ha viajado usted fuera del país? _____ Si _____ No

Si ha viajado, por favor indique a que país? _____

Usted ha viajado a África del Oeste? _____ Si _____ No

Ha tenido una reacción positiva a la prueba cutánea de la tuberculina o un resultado positivo de una radiografía de tórax? _____ Si _____ No

¿Otras preocupaciones de salud? Describa:

Proyección nutricional

¿Ha experimentado alguna de las siguientes?

	Si	No		Si	No
Dieta especiales/restricciones alergia alimentaria			Disminución de la ingesta de alimento y/o poco apetito		
10 libras de pérdida o ganancia de peso en los últimos 60 días			Problemas dentales-dificultad para masticar o tragar		
Dejar de comer para perder peso			Vómitos/ uso de laxante		
Come fuera de control			Tiene usted algún trastorno alimenticio		

Evaluación de dolor

¿Está experimentando algún dolor crónico o agudo en este momento? En caso que si sea afirmativa, explique, incluyendo como le afecta en su vida diaria:

Utilizando la siguiente escala marque el número que mejor describa la intensidad del dolor que está experimentando actualmente:

___ No dolor (0) ___ Duele poquito (1-2) ___ Duele un poco más (3-4)
___ Duele aún más (5-6) ___ Duele mucho (7-8) ___ Duele mucho más (9-10)

Las personas que están en ciertos grupos o practican ciertos comportamientos tienen un alto riesgo de infección por VIH. Los siguientes son varios factores de riesgo para el VIH

1. Tener múltiples parejas sexuales.
2. Sexo anal, oral, vaginal sin protección.
3. Usar agujas para inyectar drogas callejeras o una pareja sexual que usa agujas para inyectarse drogas callejeras.
4. Un diagnóstico actual o previo de una enfermedad de transmisión sexual.

¿Alguno de estos grupos se aplica a usted? ___ Si ___ No

Para personas mayores de 50 años.

¿Fecha de la última colonoscopia? _____ No estoy seguro

Solo para mujeres

Si es aplicable, ¿Cuándo fue su última menstruación? _____ No estoy segura
¿Cuál fue la fecha de su última mamografía? _____ No estoy segura
¿Cuál fue la fecha de su última prueba de Papanicolaou? _____ No estoy segura
¿Está embarazada? ___ Si ___ No ___ No estoy segura

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADO POR UN MEDICO CLINICO O REVISOR CON LICENCIA:

Consulte a su doctor primario para problemas médicos identificado, al menos uno "si" Respuesta a la selección nutricional y la evaluación del dolor de "5-10"

Cliente se recomienda tener un examen físico: Si _____ No _____

Firma del personal y fecha de Credenciales _____ Fecha _____

Autorización para Usar y Revelar Información de Salud Protegida

Nombre del cliente: _____ Fecha del Tratamiento: _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Zip)

Fecha de Nacimiento: _____ # de SS: _____ Teléfono: _____

Entiendo y por la presente doy consentimiento para revelar información de mi expediente clínico, incluyendo información concerniente al tratamiento psiquiátrico y uso de alcohol/drogas. Entiendo que la información revelada puede contener datos adicionales relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA o AIDS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH o HIV) o enfermedades de transmisión sexual. Entiendo que mi expediente está protegido bajo regulaciones Federales y Estatales que gobiernan la confidencialidad y privacidad de la información sobre mi salud bajo: CFR45, CFR42 Parte 2, FS394, 397, 381 y 90.503 y por lo tanto no se puede revelar información sin mi autorización escrita a menos que sea permitido por dichas regulaciones.

Favor seleccionar la información que Usted quiere que se revele:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alta y Sumario de Cuidado Continuo | <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Evaluación de Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorios y Rayos-X | <input type="checkbox"/> Asesoramiento Psicosocial | |
| <input type="checkbox"/> Carta con fechas de Tratamiento | <input type="checkbox"/> Historia y Exámen Físico | |
| <input type="checkbox"/> Otros (por favor, especifique) _____ | | |

Autorizo a Gracepointa revelar mi información al individuo u organización identificada abajo:

(REVELAR A)	(RECIBIR DE)	(INTERCAMBIAR CON)
Favor seleccionar _____		

Nombre: _____ Relación _____

Teléfono: _____ Número de Fax: () _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Zip Code: _____

Tipo de revelación: Escrita Verbal Fax Electrónica

La información que pido se revele será utilizada para el siguiente propósito:

- | | | | | |
|--|------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Para continuidad del tratamiento de salud | <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Seguro/Incapacidad | <input type="checkbox"/> Propósito legal | <input type="checkbox"/> Expediente personal |
| <input type="checkbox"/> Otros (por favor, especifique) _____ | | | | |

Este consentimiento expira en la siguiente fecha, evento ó condición: _____

Si fallo en especificar una fecha de expiración, evento ó condición, esta autorización expira automáticamente en un año.

Entiendo que:

- Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, notificando por escrito al Oficial de Privacidad de la agencia a la siguiente dirección:
 - o 2815 East Henry Ave., Suite D7, Tampa, Florida 33610 (información previamente revelada no está sujeta a revocación).
- Si la persona que requiere la información, ó el recipiente, no es parte de un plan de salud ó es un proveedor, la información revelada puede no estar protegida por las Regulaciones Federales de Privacidad y puede ser revelada de nuevo.
- Tengo derecho a recibir copia de esta autorización.
- Puedo rehusar firmar esta autorización, pero mi negativa no afectará mi habilidad de recibir tratamiento, pagos ó beneficios.
- Por la presente libero a Gracepoint de cualquier responsabilidad que pueda resultar de información revelada bajo esta autorización, si dicha información resultara en detrimento para mí.

Firma del cliente/Guardián/Representante (marque una): _____ Fecha: _____

Firma del Representante Legal del cliente (si aplica): _____ Fecha: _____

Relación con el cliente; si es firmado por un Representante Legal: _____

Documentación estableciendo la relación ha sido provista (especifique la clase de documentación): _____

Firma del Testigo: _____

