

Información del Paciente

Apellido Legal

Nombre Legal

Inicial

Nombre Preferido

Número de Seguro Social

Fecha Nacimiento

Género asignado al nacer:

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Indiferenciado

Género Legal Actual:

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Indiferenciado

Identidad de Género:

☐ Prefiero no responder

☐ Hombre

☐ Mujer

☐ Hombre a Mujer

☐ Mujer a Hombre

☐ Otro: _____

Orientación Sexual:

☐ Prefiero no responder

☐ Heterosexual

☐ Lesbiana/gay

☐ Bisexual

☐ Otro: _____

Pronombre Preferido:

☐ Prefiero no responder

☐ El/a El/de El

☐ Ella/a Ella/de Ella

☐ Ellos/a Ellos/de Ellos

☐ Ze/Hir

☐ Otro: _____

Dirección Física

Dirección Postal (si es diferente a la física)

Ciudad

Estado

Código Postal

Ciudad

Estado

Código Postal

Estado Civil:

☐ Viudo(a)

☐ Casado

☐ Soltero

☐ Divorciado

Estado Estudiantil:

☐ Tiempo Completo

☐ No Estudiante

☐ Tiempo Parcial

¿Sería útil un intérprete para su visita?

☐ Sí

☐ No

Lenguaje Primario

☐ Tengo un Proveedor Médico primario

☐ Tengo un Proveedor Dental primario

Información de Contacto del Paciente

Teléfono de Casa

Teléfono de Día

Correo Electrónico*

Número de contacto preferido:

☐ Teléfono de Casa

☐ Teléfono de Día

☐ Permiso que deje mensaje detallado en mi teléfono preferido

¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas?

☐ Correo Electrónico

☐ Llamada

☐ Texto

☐ Mensaje de voz

Nombre de Contacto de Emergencia

Relación/Parentesco

Número de Teléfono

Datos Demográficos adicionales del Paciente (UDS)

Sin no tiene Hogar/Albergue:

☐ Comparto habitación

☐ Albergue

☐ La Calle

☐ Transicional

☐ Otro: _____

☐ Desconocido

Para Trabajadores Agrícolas:

☐ Estacional

☐ Inmigrante

¿De que origen étnico se considera usted?

☐ Hispano o Latino

☐ No Hispano o Latino

¿De que raza se considera usted?

☐ Indio Americano/Nativo de Alaska

☐ Asiático

☐ Negro/Afroamericano

☐ Nativo Hawaiano

☐ Otro Isleño del Pacífico

☐ Blanco

☐ Otro: _____

☐ Prefiero no responder

Estado Veterano/Militar:

☐ Sí

☐ No

☐ Activo

¿Cual es su farmacia preferida? (nombre y ubicación) _____

*Community Health Care no venderá ni rentará su dirección de correo electrónico, nombre, dirección u otra información proporcionada a nadie. Community Health Care no compartirá su dirección de correo electrónico, nombre o apellido, dirección u otra información recibida a nadie, excepto: podemos ceder información personalmente sobre su identidad, como sea requerido legalmente, para nosotros poder responder a citaciones, órdenes judiciales u otros procesos legales.

Apellido	Nombre	Inicial	Nombre Preferido
Número de Seguro Social	Fecha Nacimiento		
Género asignado al nacer:	☐ Masculino	☐ Femenino	☐ Indiferenciado
Género Legal Actual:	☐ Masculino	☐ Femenino	☐ Indiferenciado
Identidad de Género:	☐ Prefiero no responder	☐ Hombre	☐ Mujer
	☐ Hombre a Mujer	☐ Mujer a Hombre	☐ Otro: _____
Orientación Sexual:	☐ Prefiero no responder	☐ Heterosexual	☐ Lesbiana/gay
	☐ Otro: _____		
Pronombre Preferido:	☐ Prefiero no responder	☐ El/a El/de El	☐ Ella/a Ella/de Ella
	☐ Ellos/a Ellos/de Ellos	☐ Ze/Hir	☐ Otro: _____

Dirección Física	Dirección Postal (si es diferente a la física)				
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Estado Civil:	☐ Viudo(a)	☐ Casado	☐ Soltero	☐ Divorciado	
Estado Estudiantil:	☐ Tiempo Completo	☐ No Estudiante	☐ Tiempo Parcial		
¿Sería útil un intérprete para su visita?			☐ Sí	☐ No	
Lenguaje Primario					
☐ Tengo un Proveedor Médico primario	☐ Tengo un Proveedor Dental primario				

Datos demográficos adicionales de la Parte Responsable

Teléfono de Casa	Teléfono de Día	Correo Electrónico*
Número de contacto preferido:	☐ Teléfono de Casa	☐ Teléfono de Día
	☐ Permito que deje mensaje detallado en mi teléfono preferido	
¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas?	☐ Correo Electrónico	☐ Llamada
	☐ Texto	☐ Mensaje de voz

Nombre de Contacto de Emergencia	Relación/Parentesco	Número de Teléfono
---	----------------------------	---------------------------

Datos demográficos adicionales de la Parte Responsable (UDS)

Sin no tiene Hogar/Albergue:	☐ Comparto habitación	☐ Albergue	☐ La Calle	☐ Transicional
	☐ Otro: _____		☐ Desconocido	
Para Trabajadores Agrícolas:	☐ Estacional	☐ Inmigrante		
¿De que origen étnico se considera usted?	☐ Hispano o Latino	☐ No Hispano o Latino		
¿De que raza se considera usted?	☐ Indio Americano/Nativo de Alaska	☐ Asiático		
	☐ Negro/Afroamericano	☐ Nativo Hawaiano		
	☐ Otro Isleño del Pacífico	☐ Blanco		
	☐ Otro: _____	☐ Prefiero no responder		
Estado Veterano/Militar:	☐ Sí	☐ No	☐ Activo	

¿Cómo se enteró sobre nosotros?

☐ Tacoma/Departamento de Salud del Condado Pierce	☐ Programa de Intercambio de Agujas	☐ Empleado de CHC
☐ ¿Hospital—cuál? _____	☐ Promotor de Salud	☐ Paciente de CHC
☐ Otro: _____		

Información de Seguro Primario**¿Accidente Automovilístico?****¿Lesión en el Trabajo?**

Nombre de la Compañía

Número de ID de Póliza

Número de Grupo

Dirección de Reclamos de Seguro

Fecha de Vigencia

Nombre del Asegurado

Fecha de Nacimiento

Parentesco al Paciente

¿Accidente? ☐ Sí ☐ No
☐ Trabajo ☐ Auto

Fecha de Accidente

Número de Reclamo o fecha de la lesión

Autorización, Consentimiento y and Cesión de Beneficios

Por la presente doy consentimiento para la atención ambulatoria con Community Health Care con un equipo multidisciplinario de médicos. Esta atención puede incluir: Evaluación, Diagnóstico, Consulta y tratamiento para atención Médica, Psiquiátrica, de Salud del Conductual y/o Dental Estos servicios se pueden brindar en una de nuestras clínicas o mediante un sistema de telemedicina, utilizando equipos de videoconferencia. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Community Health Care y entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios no cubiertos. Estoy de acuerdo con la divulgación de información relacionada con el tratamiento/consulta de atención médica, psiquiátrica, de salud conductual y/o dental con el propósito de pago u operaciones de atención médica. Esta autorización y asignación es permanente y permanecerá archivada y se utilizará para reclamos futuros. Puedo revocarlo en cualquier momento mediante notificación por escrito. Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para Community Health Care.

☐ Entiendo que Community Health Care me facturará a mí o a mi Seguro por visitas médicas en persona, audiovisuales y de audio solamente, dentales y/o de salud mental.

¿Hay alguien con quien le gustaría que compartamos su información médica/dental **general**?

Nombre: Relación/Parentesco: Número de Teléfono:

Nombre: Relación/Parentesco: Número de Teléfono:

Nombre: Relación/Parentesco: Número de Teléfono:

Firma: Fecha:

Relación con el paciente (si el paciente es menor de edad o tiene un tutor):

For Office Use Only:☐ Patient Declined Sliding Fee☐ Patient Declined Sliding Fee and Income Range Declaration☐ Patient Portal enrollment information given

Initials _____

Solicitud Para la Escala da Pagos Con Descuento

Con el fin de satisfacer los requisitos de nuestra Subvención Federal, debemos obtener información de ingresos de todos los pacientes. Para calificar en la escala de pagos con descuento (para pacientes sin seguro y para quienes su seguro no cubre todos los servicios), usted deberá proporcionar la siguiente información. Si usted no tiene seguro, usted también deberá ver a un miembro del personal para determinar si usted califica para un seguro antes de su segunda visita.

¿Cuántas personas dependen de este ingreso? _____

Use el número de personas en su familia que viven en el mismo hogar y comparten el mismo ingreso, alimentos y/o renta. Ese número lo incluye a usted, a su cónyuge, y/o cualquier dependiente. Por favor anote las personas que usted ha incluido:

NOMBRE	RELACION CON USTED	NOMBRE	RELACION CON USTED
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Cuánto de su ingreso bruto MENSUAL viene de:

Empleo	_____	Incapacidad	_____
Desempleo	_____	Fondos de Jubilación	_____
Seguro Social	_____	Beneficios para Veteranos	_____
Manutención Conyugal	_____	Asistencia Pública	_____
Becas/Concesiones	_____	Subsidio de Vivienda	_____
Asignación Familiar Militar	_____	Otro	_____

INGRESO MENSUAL TOTAL \$ _____

Entiendo que la información proporcionada es verdadera y correcta. Doy permiso a Community Health Care para que verifique la información sobre mi estatus financiero. Yo entiendo que debo proporcionar comprobante de esta información en mi siguiente visita o dentro de 30 días a partir de hoy (lo que suceda primero) para poder calificar para la escala de pagos con descuento. Si no recibimos esta información, entonces se cobrará precio completo por la visita.

_____	_____	_____
Nombre del Paciente	Firma del Paciente o Padre/Tutor	Fecha
_____	_____	_____
Fecha de Nacimiento del Paciente	Firma del Miembro del Personal	Fecha

For Office Use Only:

☐ See child's chart

Annual Income \$ _____ # in Household _____ Sliding Scale Level _____ Initials _____

Insurance eligibility:

- ☐ Patient was not eligible for insurance (accept sliding fee per declaration on application and change sliding fee expiration date to 1 year from declaration)
- ☐ Patient eligibility is pending (patient has or is applying with Navigator; accept sliding fee per declaration on application and change sliding fee expiration to 1 month from date of declaration until eligibility determined); this can be extended for another month if insurance is still pending.
- ☐ Patient was eligible but chose not to accept insurance or meet with navigator (patient must bring in proof of income per policy: check stubs for past month, tax return, or other approved form)
- ☐ Patient currently has insurance or is eligible and now has insurance (sliding fee per declaration on application; change sliding fee expiration date to 1 year from declaration)
- ☐ Patient no showed or cancelled navigator appointment, was unable to enroll due to enrollment period, or chose not to accept navigator appointment (patient must bring in proof of income)

(Form is scanned into patient record)

Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Nombre: _____

Género con el que se identifica:

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro: _____ Nombre preferido: _____

Pronombre preferido: _____

****Presente un registro de sus vacunas para que tengamos una copia.******Consulte a su proveedor de atención de salud todas las preguntas que no comprenda.****Antecedentes Médicos Personales**

- ☐ Sí ☐ No ¿Tiene alguna preocupación específica actualmente? Si la respuesta es sí, explique: _____
- ☐ Sí ☐ No ¿Su hijo/a presenta alguna enfermedad importante actualmente (como asma, diabetes, etc.)? Si la respuesta es sí, ¿cuál? _____
- ☐ Sí ☐ No ¿Su hijo/a toma algún medicamento (diariamente o según necesidad)? ¿Cuál? _____
- ☐ Sí ☐ No ¿Su hijo/a toma alguna vitamina, suplemento o medicamento "alternativo", o hace algún tratamiento? ¿Cuál? _____
- ☐ Sí ☐ No ¿Su hijo/a tiene alguna reacción alérgica a medicamentos o vacunas? Si la respuesta es sí, explique: _____
- ☐ Sí ☐ No ¿Su hijo/a tuvo alguna enfermedad, hospitalización o cirugía, o ha pasado alguna noche en el hospital? Si la respuesta es sí, explique: _____

Antecedentes Familiares☐ Desconocido/Adoptado

Marque cualquiera de los siguientes problemas que hayan tenido sus padres, hermanos, hermanas u otros hijos, e indique quién:

¿Quién?

¿Quién?

- ☐ Enfermedad sanguínea: _____
- ☐ Depresión: _____
- ☐ Presión arterial alta: _____
- ☐ Colesterol alto: _____
- ☐ Suicidio: _____
- ☐ Maltrato infantil: _____
- ☐ Alergias: _____
- ☐ Cáncer: _____
- ☐ Diabetes: _____

- ☐ Infarto: _____
- ☐ Sobrepeso: _____
- ☐ Alcoholismo: _____
- ☐ Maltrato físico: _____
- ☐ Asma: _____
- ☐ Convulsiones: _____
- ☐ Tuberculosis: _____
- ☐ Abuso de sustancias: _____
- ☐ Abuso sexual: _____

Cuidados Preventivos de Salud

Sí No

- ☐ ☐ ¿Utiliza un asiento o un cinturón de seguridad adecuados para la edad de su hijo/a?
- ☐ ☐ Cuando anda en bici, en monopatín, al esquiar, etc., ¿siempre usa casco?
- ☐ ☐ ¿Su casa cuenta con detectores de humo, extintores y alarmas de monóxido de carbono?
- ☐ ☐ ¿Su hijo/a vive con alguien que fuma?
- ☐ ☐ ¿Su hijo/a pasa más de dos horas al día frente a una pantalla (computadora, TV, tabletas)?
- ☐ ☐ ¿Su hijo/a ha asistido al dentista en los últimos seis meses?
- ☐ ☐ ¿Su hijo/a se lava los dientes diariamente?
- ☐ ☐ ¿Su hijo/a ha tenido contacto cercano con alguien que tenga tuberculosis (TB) o que corra un alto riesgo de padecerla (alguien que haya vivido en un país en desarrollo, haya estado ingresado en un centro, no tenga hogar, consuma drogas por vía intravenosa o sea VIH positivo)?

Educación

¿A qué escuela asiste su hijo/a? _____ ¿En qué grado está? _____

¿Cuál es su promedio? _____

☐ Sí ☐ No ¿Su hijo/a es parte de un Programa de educación individualizada (Individualized Education Plan, IEP) o un Plan 504?**Social**

Sí No

- ☐ ☐ En los últimos 12 meses, ¿su hijo/a estuvo expuesto a amenazas, empujones, agarrones, golpes, patadas, rotura de objetos u otro tipo de daño?
- ☐ ☐ En los últimos 12 meses, ¿su hijo/a ha experimentado algún contacto no deseado? ¿Contactos sexuales forzados?
- ☐ ☐ ¿Con quién vive su hijo/a? _____
- ☐ ☐ ¿Ha estado al cuidado de un régimen de acogida?

Revisión de sistemas (¿Presenta su hijo/a algún problema en relación con lo siguiente?)

Sí No

¿Cuál?

Sí No

¿Cuál?

- | | |
|--|---|
| ☐ ☐ Problemas de visión: _____ | ☐ ☐ Problemas en la piel: _____ |
| ☐ ☐ Problemas de respiración: _____ | ☐ ☐ Problemas de audición: _____ |
| ☐ ☐ Problemas al defecar (hacer caca): _____ | ☐ ☐ Dolores de cabeza, desmayos, mareos, alguna pérdida de conciencia _____ |
| ☐ ☐ Problemas estomacales: _____ | ☐ ☐ Dificultades para dormir, depresión, ira o nerviosismo _____ |
| ☐ ☐ Problemas al orinar (hacer pis): _____ | |
| ☐ ☐ Dolores corporales: _____ | |

Solo para mujeres☐ Sí ☐ No ¿Períodos irregulares, dolor o preocupaciones sobre el período de su hija? _____**Solo para hombres**☐ Sí ☐ No ¿Su hijo presenta algún problema en los testículos o el pene? _____**Otras inquietudes:** _____

Solo para uso oficial

Reviewed by: _____

Date: _____

(Continúa al dorso)

Autorización para Proporcionar/Obtener Información Confidencial Médica/Dental

1. Información del Paciente:

Nombre legal del paciente: _____

Otros nombres/nombres utilizados anteriormente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

2. La información puede ser proporcionada **POR**:

Nombre del proveedor u organización **QUE PROPORCIONA la información**: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

3. La información puede ser proporcionada **A**:

Nombre de la persona u organización **QUE RECIBE la información**: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

O

Correo electrónico: _____

4. ¿Qué tipo de información desea proporcionar? (Se podrá aplicar cuota por las copias)

☐ Registros de los últimos 2 años de visitas **MÉDICAS** ☐ Registros de los últimos 2 años de visitas **DENTALES**

☐ Todos los registros desde la fecha ____ / ____ / ____ de ____ / ____ / ____

☐ Información específica (explique): _____

☐ Otro (explique): _____

5. Yo específicamente autorizo la liberación de información que pueda estar en mi historial relacionado con enfermedades de transmisión sexual, trastornos mentales/psiquiátricos, historial de drogas y alcohol y/o información sobre VIH/SIDA a menos que yo diga lo contrario abajo. Yo **NO** autorizo proporcionar la siguiente información:

6. ¿Por qué solicita esta información? (marque UNA casilla)

☐ Doctor ☐ Abogado ☐ Personal ☐ Seguro ☐ Otro: _____

7. Entiendo que:

- Una vez liberada la información, podría ser publicada por la persona que la reciba (si no es un hospital, clínica, un médico o una compañía de seguros de salud) y podrá no estar protegida por las leyes de privacidad de la información médica.
- Tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito a Registros Médicos de CHC. Si cancelo mi autorización, no afectará ninguna acción que CHC haya tomado basada en esta autorización.
- CHC no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad si firmo esta autorización.

8. Esta autorización se vence _____. Si no se especifica fecha de vencimiento o del evento, esta autorización se vencerá 90 días después de la fecha en que se firmó.

Firma: _____ Fecha: _____

Paciente, padre, tutor, o representante autorizado (Es posible que se requiera documentación de autoridad para firmar en nombre del paciente)

Si no es el paciente, parentesco con el paciente: _____ Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente Menor (**REQUERIDO si el paciente es de 13-17 años de edad**)