

Información del Paciente Registro para Nuevos Pacientes Adultos

Apellido Legal

Nombre Legal

Inicial

Nombre Preferido

Por favor entregue su tarjeta de identificación al recepcionista

Número de Seguro Social

Fecha Nacimiento

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección Física

Dirección Postal (si es diferente a la física)

Ciudad

Estado

Código Postal

Ciudad

Estado

Código Postal

¿Sería útil un intérprete para su visita? ☐ Sí ☐ No

Lenguaje Primario

¿Su médico de cabecera está en el CHC? ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Su dentista de cabecera está en el CHC? ☐ Sí ☐ No

Información de Contacto del Paciente

Teléfono primario ☐ Celular

Teléfono alternativo

Correo Electrónico

Número de contacto preferido: ☐ Teléfono de Casa ☐ Teléfono de Día

Tiene mi permiso para dejar un mensaje detallado en mi teléfono preferido ☐ Sí ☐ No

¿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)

¿Es usted una persona sin hogar? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted trabajador agrícola? ☐ Sí ☐ No

¿De que origen étnico se considera usted?

- ☐ Mexicano/a ☐ Mexicoamericano/a
☐ Otro origen hispano, latino o español
☐ Prefiero no responder

- ☐ Cubano/a ☐ Chicano/a
☐ Puertorriqueño/a
☐ No de origen hispano, latino o español

¿De que raza se considera usted?

- ☐ Negro/Afroamericano ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático indio/asiática india
☐ Nativo Hawaiano ☐ Chino/a ☐ Filipino/a ☐ Guameño/a o chamorro/a
☐ Otro Isleño del Pacífico ☐ Japonés/esa ☐ Coreano/a ☐ Otro origen asiático
☐ Prefiero no responder ☐ Samoano/a ☐ Vietnamita ☐ Blanco

¿Ha servido en el ejército, las fuerzas armadas o los servicios uniformados de los Estados Unidos? Esto incluye: Fuerza Aérea, Ejército, Guardia Costera, Infantería de Marina, Armada, Fuerza Espacial, Guardia Nacional, o Reservas, o el Servicio de Salud Pública de EE. UU. (PHS), y la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica (NOAA). ☐ Sí ☐ No

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

¿Cuál es su segunda farmacia preferida? (nombre y ubicación): _____

¿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

Por favor, entregue su tarjeta del seguro al personal de recepción.

¿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: _____

****Información Médica/Dental General no incluye; tratamiento, diagnóstico, resultados de pruebas, otra información de salud sensible o información reproductiva, para este consentimiento usted necesita llenar una forma llamada Autorización para Proporcionar/Obtener Información Confidencial Médica/Dental.***

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. 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. 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.

Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Only:

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 todo 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	Fecha
Fecha de Nacimiento del Paciente	Firma del Padre o Tutor (si es aplicable)	Fecha

For Office Use Only:			
Annual Income \$ _____	# in Household _____	Sliding Scale Level _____	Initials _____

Notificación de Elegibilidad Para Seguro Médico

Clinica: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nac.: _____

- ☐ El paciente no es elegible para seguro médico (acepte solicitud de cuota en la escala de precios de acuerdo a declaración y cambie la fecha de vencimiento a 1 año de la fecha de la declaración)
- ☐ La elegibilidad del paciente está pendiente (el paciente aplicó o está en el proceso de aplicación con el Navegador; acepte la solicitud de cuota en la escala de precios de acuerdo a la declaración y cambie la fecha de vencimiento a un mes de la fecha de la declaración hasta que la elegibilidad se determine)
- ☐ El paciente es elegible pero decidió no aceptar la solicitud para el seguro médico o reunirse con un navegador (el paciente debe proporcionar comprobante de ingresos de acuerdo a la política de las clínicas: talon de cheques del último mes, declaración de impuestos u otro comprobante aprobado)

Verifico que he se me ha ofrecido solicitar un seguro médico pero me niego a solicitarlo.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

- ☐ El paciente es elegible y ahora tiene seguro médico (llene solicitud de cuota en la escala de precios de acuerdo a la declaración; cambie la fecha de vencimiento a 1 año de la fecha de la declaración)
- ☐ No puede inscribirse a un seguro médico, el paciente perdió el período de inscripción abierta, no es elegible para (SEP) Período de Inscripción Especial (el paciente debe traer prueba de ingresos)
- ☐ El paciente no se presentó o canceló la cita con el Asistente de Seguros (el paciente debe proporcionar comprobante de ingresos)

Firma del Miembro del Personal: _____

Fecha: _____

Form is scanned into patient medical record.

Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Nombre: _____

Nombre del Médico: _____ Número de Teléfono del Médico: _____

Referido por: _____

Historia de Salud

1. ¿Está en buen estado de salud? ☐ Sí ☐ No
2. Fecha de su último examen físico: _____
3. ¿Está bajo el cuidado de un médico? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿Cuál es la condición que se está tratando? _____
4. ¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave u operación? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿Cuál enfermedad u operación? _____
5. ¿Ha estado hospitalizado alguna vez? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿Cuál es el problema? _____
6. ¿Está tomado algún fármaco o medicamento? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿Qué? _____
7. ¿Es sensible o alérgico a algún fármaco o medicamento? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿Cuál? _____
8. ¿Utiliza productos de tabaco? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____ ¿Cuánto al día? _____
9. ¿Tiene o ha tenido usted, cualquiera de los siguientes?

☐ Anemia	☐ Enfermedades de la sangre	☐ Reumatismo o artritis
☐ Enfermedades del Corazón	☐ Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	☐ Traumatismo en la cabeza
☐ Alta presión arterial	☐ Enfermedad Renal	☐ Úlceras estomacales
☐ Enfermedad respiratoria	☐ Tumores o crecimientos	☐ Enfermedades venéreas
☐ Tuberculosis	☐ Tratamiento de radiación de cualquier tipo	☐ Epilepsia
☐ Trastornos nerviosos	☐ Alergias	☐ Trastornos mentales
☐ Diabetes	☐ Asma	☐ Apoplejía
☐ Exceso de sangrado	☐ Desmayos o convulsiones	☐ VIH/SIDA
☐ Fiebre reumática	☐ Problemas de los senos nasales	☐ Alcohol/abuso de drogas
☐ Reemplazo de articulaciones (cadera, rodilla, etc)		
10. ¿Utiliza usted un marcapasos? ☐ Sí ☐ No
11. ¿Ha tenido cirugía del corazón? ☐ Sí ☐ No
12. ¿Tiene alguna otra enfermedad, condición o problema que usted piense que yo debería saber? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, por favor explique: _____
13. ¿Alguna vez le han dicho que usted necesita tomar medicina antes de recibir atención dental? ☐ Sí ☐ No
14. ¿Cuándo fué su ultimo tratamiento dental? _____
15. ¿Alguna vez ha tenido un problema serio asociado con cualquier tratamiento dental anterior? ☐ Sí ☐ No
16. ¿Ha tenido reacciones desfavorables a la anestesia local? ☐ Sí ☐ No
17. ¿Ha tenido sangrado anormal asociado con extracciones previas? ☐ Sí ☐ No
19. ¿Ha tenido alguna herida sin sanar o crecimientos dentro o alrededor de su boca? ☐ Sí ☐ No
20. ¿Cuánto tiempo hace de sus últimos rayos X de la boca completa? _____
21. (Sólo mujeres) ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿cuándo nacerá su bebé? _____
¿Está amamantando? ☐ Sí ☐ No

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)