

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:

Blanco

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) _____

Información de Seguro Primario

¿Accidente Automovilístico?

¿Lesión en el Trabajo?

Nombre de la Compañía

Fecha de Accidente

Número de Reclamo o fecha de la lesión

*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:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Indiferenciado
Género Legal Actual:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Indiferenciado
Identidad de Género:	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
	<input type="checkbox"/> Hombre a Mujer	<input type="checkbox"/> Mujer a Hombre	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Orientación Sexual:	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Lesbiana/gay
	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
Pronombre Preferido:	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> El/a El/de El	<input type="checkbox"/> Ella/a Ella/de Ella
	<input type="checkbox"/> Ellos/a Ellos/de Ellos	<input type="checkbox"/> Ze/Hir	<input type="checkbox"/> Otro: _____

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

Datos demográficos adicionales de la Parte Responsable

Teléfono de Casa	Teléfono de Día	Correo Electrónico*
Número de contacto preferido:	<input type="checkbox"/> Teléfono de Casa	<input type="checkbox"/> Teléfono de Día
	<input type="checkbox"/> Permito que deje mensaje detallado en mi teléfono preferido	
¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas?	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Comparto habitación	<input type="checkbox"/> Albergue	<input type="checkbox"/> La Calle	<input type="checkbox"/> Transicional
	<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Desconocido	
Para Trabajadores Agrícolas:	<input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Inmigrante		
¿De que origen étnico se considera usted?	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino		<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	
¿De que raza se considera usted?	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiático	
	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano		<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	
	<input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Estado Veterano/Militar:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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: _____

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 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 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?

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> Reumatismo o artritis
<input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/> Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Traumatismo en la cabeza
<input type="checkbox"/> Alta presión arterial	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Úlceras estomacales
<input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación de cualquier tipo	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Trastornos mentales
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Apoplejía
<input type="checkbox"/> Exceso de sangrado	<input type="checkbox"/> Desmayos o convulsiones	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Problemas de los senos nasales	<input type="checkbox"/> Alcohol/abuso de drogas
<input type="checkbox"/> 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)