

Información de Paciente			
Apellido		Nombre	
Dirección (correo)		Número de Seguro Social	
Ciudad		Estado	
Dirección (de facturas, si es diferente a la del correo)		CP	
Ciudad		Estado	
Teléfono en Casa		Teléfono Durante el Día	
Número de contacto preferido:		<input type="checkbox"/> Teléfono en casa <input type="checkbox"/> Teléfono durante el día	
Correo Electrónico*		<input type="checkbox"/> Usted tiene mi permiso para dejar un mensaje detallado en mi teléfono preferido	
¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas?		<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo de voz	
Nombre de Contacto de Emergencia		Relación del contacto de emergencia con usted	
¿De que grupo étnico se usted?		¿De qué raza se considera usted?	
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
Idioma Primario		¿Necesita intérprete?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Comparte <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transición <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Desconocido	
Para Trabajadores Agrícolas:		Dirección/Teléfono del Empleador	
<input type="checkbox"/> De Estación <input type="checkbox"/> Migratorio		<input type="checkbox"/> Empleador	
Información del Responsable (si es diferente que lo anotado arriba)			
Apellido		Nombre	
Dirección (correo)		Número de Seguro Social	
Ciudad		Estado	
Dirección (de facturas, si es diferente a la del correo)		CP	
Ciudad		Estado	
Teléfono en Casa		Teléfono Durante el Día	
Número de contacto preferido:		<input type="checkbox"/> Teléfono en casa <input type="checkbox"/> Teléfono durante el día	
Correo Electrónico*		<input type="checkbox"/> Usted tiene mi permiso para dejar un mensaje detallado en mi teléfono preferido	
¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas?		<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo de voz	
Nombre de Contacto de Emergencia		Relación del contacto de emergencia con usted	
¿De que grupo étnico se usted?		¿De qué raza se considera usted?	
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
Idioma Primario		¿Necesita intérprete?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Comparte <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transición <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Desconocido	
Para Trabajadores Agrícolas:		Dirección/Teléfono del Empleador	
<input type="checkbox"/> De Estación <input type="checkbox"/> Migratorio		<input type="checkbox"/> Empleador	

* 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.

Información del Responsable			
¿De que grupo étnico se usted? <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	¿De qué raza se considera usted? <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco
Idioma Primario	Si no tiene hogar, tipo de albergue <input type="checkbox"/> Comparte <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transición <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Desconocido		
Para Trabajadores Agrícolas: <input type="checkbox"/> De Estación <input type="checkbox"/> Migratorio	Empleador	Dirección/Teléfono del Empleador	
Información de Seguro Primario			
Nombre de la Compañía	POR FAVOR DÉ LA TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIÓN PARA HACER UNA COPIA		
Si es relacionado a un Accidente de Auto, por favor proporcione la información a continuación			
Nombre de la Compañía	Número de ID de Póliza	Número de Grupo	Fecha de Vigencia
Dirección de Reclamos de Seguro			Fecha de Accidente
Nombre del Asegurado	Fecha de Nacimiento		Parentesco al Paciente
¿Cómo se enteró de nosotros?			
<input type="checkbox"/> Cartelera <input type="checkbox"/> Departamento de Salud de Tacoma/Pierce Co. <input type="checkbox"/> Empleado de CHC <input type="checkbox"/> Sitio Web <input type="checkbox"/> Evento Comunitario <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas <input type="checkbox"/> Programa de Intercambio de Aguja <input type="checkbox"/> Trabajador Promotor de Recursos <input type="checkbox"/> Hospital—¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____			

Autorización, Consentimiento y Asignación de Beneficios

Por medio de la presente doy consentimiento a Community Health Care para recibir cuidado Ambulatorio con un equipo clínico multidisciplinario incluyendo: Evaluación, Diagnóstico, Consulta y Tratamiento Médico y/o Dental, Psiquiátrico o de Salud Conductual. Estos servicios podrán ser ofrecidos en una de nuestras clínicas o a través de un sistema de telemedicina, utilizando equipo para conferencias en video. Doy autorización para que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a Community Health Care y comprendo que soy responsable financieramente por todos los servicios no cubiertos. Estoy de acuerdo en ceder información referente al Tratamiento/ Consulta Médica y/o Dental, Psiquiátrica, o de Salud Conductual para el propósito de pago o para operaciones de servicios de salud. Esta autorización y asignación es permanente y permanecerá archivada pudiendo ser utilizada para reclamos futuros. Puedo revocarla en cualquier momento dando aviso por escrito. Certifico que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Community Health Care.

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

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

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

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 o fiebre del heno	<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 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. (Sólo mujeres) ¿Está embarazada? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuándo nacerá su bebé? _____
¿Está amamantando? Sí No
15. ¿Cuándo fué su ultimo tratamiento dental? _____
16. ¿Alguna vez ha tenido un problema serio asociado con cualquier tratamiento dental anterior? Sí No
17. ¿Ha tenido reacciones desfavorables a la anestesia local? Sí No
18. ¿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? _____

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)