

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:** _____

****Por favor traiga la cartilla de vacunas para que podamos hacer una copia.****

Favor de preguntar al médico acerca de cualquier pregunta que usted no entienda

¿Cómo le gusta que le llamen? _____

¿Quien vive en su hogar? (nombre, relación, edad) _____

¿A dónde asiste a la escuela? _____

¿En qué grado va? _____ ¿Cuál es el promedio de grados que saca? _____

Historia

Anote sus problemas de salud que tiene o ha tenido: _____

Anote los medicamentos actuales o productos de piel que está usando, incluyendo medicamentos sin receta o de hierbas: _____

¿Es alérgico a algún medicamento, alimento u otra cosa(s)? Sí No

En caso afirmativo, indique cuáles son y qué reacción(es):

¿Ha estado internado alguna vez en el hospital?..... Sí No

¿Por cuál razón? _____

Nutrición

Anote lo que ha comido en las pasadas 24 horas: _____

Anote el número de porciones que usted come de estas comidas a diario: __ pan/pasta __ leche __ carne __ verduras __ frutas

Indique el número de comidas que come al día: 1 2 3 4 5

¿Usa laxantes o se provoca el vómito para mantener su peso bajo? Sí No

Dental

¿Se cepilla los dientes a diario? Sí No

¿Visita al dentista por lo menos una vez al año?..... Sí No

¿Se limpia los dientes a diario con hilo? Sí No

Seguridad

¿Usa cinturón de seguridad en el auto?..... Sí No

¿Tiene detector de humo en su casa?..... Sí No

¿Usa casco de bicicleta o de motocicleta cuando se monta?..... Sí No

¿Tiene un extintor de fuego en su casa?..... Sí No

¿Están sus inmunizaciones (vacunas) al día? No se Sí No

¿Sabe nadar? Sí No

Indique cualquiera de los siguientes que le preocupan:

- su peso
- su estatura
- dificultad para dormir
- pesadillas
- alérgias
- ronchas en la piel
- picadura de insecto/reacción
- desmayos
- fainting
- convulsiones
- unconsciousness (knocked out)
- concusión cerebral
- visión borrosa
- dolores de cabeza
- dolor de oídos
- pérdida de audición
- hemorragia nasal
- fuegos en la boca
- dolor en el pecho
- dificultad para respirar
- silbido en el pecho
- asma
- pulmonía
- bronquitis
- fiebre del heno
- estreñimiento
- diarrea
- dolor del estomago
- nausea
- sangramiento del recto
- deshecho vaginal
- deshecho de la pene
- sangre en la orina
- se orina en la cama
- fracturas (huesos quebrados)
- lesiones de deportes
- dolor de espaldas
- huesos o coyunturas dolorosas
- depresión
- problemas en la escuela
- problemas en la familia
- necesita consejería

Inmunizaciones

¿Nació en el extranjero? Sí No

¿Ha tenido contacto cercano con una persona infectada con tuberculosis o que ha estado en la cárcel o en una instalación de largo plazo? Sí No

(VER OTRO LADO)

Sexualidad

- ¿Que describe mejor su orientación sexual? Hetero Lesbiana o Gay Bisexual Otro No sé
 Prefiero no responder
- ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez? Sí No
- ¿Qué método de control de natalidad usó o usa? _____
- ¿Usa condones ahora, o ha usado condones en el pasado? Sí No
- ¿Desea información sobre el embarazo o acerca de métodos de control? Sí No
- ¿Desea información sobre enfermedades transmitidas sexualmente? Sí No
- ¿Cree usted que alguna vez ha sido expuesto(a) o a recibido tratamiento por una enfermedad transmitida sexualmente? ... Sí No
- ¿Conoce usted las síntomas de enfermedades transmitidas sexualmente o de enfermedades venéreas? Sí No

Social

- ¿Cuál fue su sexo asignado al nacer? Masculino Femenino
- ¿Cuál es su género ahora? Masculino Femenino Transgénico de Femenino-a-masculino
 Transgénico de Masculino-a-femenino Otro Prefiero no responder
- ¿Espera usted tener éxito usualmente en lo que hace? Sí No
- ¿Cree usted que se lleva bien con la mayoría de las personas que le conocen? Sí No
- ¿Se lleva bien con sus padres? Sí No
- ¿Durante los pasados 12 meses, ha estado en una relación donde su compañero(a) le haya amenazado, empujado, golpeado, pateado, quebrado cosas o de otra manera lastimado? Sí No
- ¿Durante los pasados 12 meses, ha experimentado algún contacto físico desagradable? Contacto sexual forzado? Abuso? Sí No
- ¿Se le hace difícil concentrarse en una tarea o trabajo? Sí No
- ¿Ha pensado una vez en suicidarse? Sí No
- ¿Se preocupa por alguna persona cercana a usted tal como amistades o parientes? Sí No
- ¿Desea lastimarse o cortarse a si mismo? Sí No

Humor

¿Qué tan seguido se encuentra afectado por alguno de estos humores o genios?

	poco	ocasionalmente	seguido
enojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aburrimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frustración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soledad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
timidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
presionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Riesgos de Salud

- ¿Fuma cigarros? Sí No
 Cuantos por día? _____
- ¿Fuma marijuana? Sí No
- ¿Usa tabaco de masticar o rapé? Sí No
- ¿Usa cocaína o "crack"? Sí No
- ¿Usa anfetaminas/meth/crank? Sí No
- ¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No
- ¿Se pone a oler pegamentos o aerosoles? Sí No

Historia Familiar

Indique cualquiera de los siguientes problemas que sus padres, hermanos hermanas, abuelos, tías, tíos, o primos han tenido y diga quien:

- ¿QUIEN?**
- alcoholismo _____
- alérgias _____
- asma _____
- enfermedad de la sangre _____
- cáncer _____
- abuso de niños _____
- convulsiones _____
- depresión _____

- ¿QUIEN?**
- diabetes _____
- problema de drogas _____
- enfermedad del corazón _____
- alta presión _____
- pasado de peso _____
- suicidio _____
- tuberculosis _____
- enfermedad heredada _____

Solo Mujeres

- ¿A qué edad comenzó a menstruar? _____
- ¿Tiene algún problema con su periodo o regla? Sí No
- ¿Tiene periodos irregulares? Sí No
- ¿Le dan calambres? Sí No
- ¿Toma medicamentos debido a su regla? Sí No
- ¿Tiene bultos en los senos o deshecho de los pezones? Sí No
- ¿Alguna vez ha estado embarazada? Sí No
- ¿Alguna vez ha tenido un aborto? Sí No

Solo Varones

- ¿Ha tenido bultos en los testículos? Sí No
- ¿A embarazado a alguien? Sí No

For official use only

Reviewed by: _____

Date: _____

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)