

| Información de Paciente | | | |
|---|---|--|---|
| Apellido | | Nombre | |
| Apellido | | Inicial | |
| Número de Seguro Social | | | Fecha de Nacimiento |
| Dirección (correo) | | | Fecha de Nacimiento |
| Ciudad | | Estado | |
| Ciudad | | CP | |
| Dirección (de facturas, si es diferente a la del correo) | | | Género |
| | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| | | | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| Ciudad | | | Estado Civil |
| Estado | | | <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo |
| CP | | | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado |
| Teléfono en Casa | Teléfono Durante el Día | Número de contacto preferido: | Estado de Estudiante |
| | | <input type="checkbox"/> Teléfono en casa | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT |
| | | <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 | Veterano/Militar |
| | | | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Activo |
| ¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas? | | <input type="checkbox"/> Tengo un proveedor médico primario | Farmacia preferida: |
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo de voz | | <input type="checkbox"/> Tengo un proveedor dental | |
| Nombre de Contacto de Emergencia | | Relación del contacto de emergencia con usted | Teléfono de Contacto de Emergencia |
| | | | |
| ¿De que grupo étnico se usted? | ¿De qué raza se considera usted? | | |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | | |
| <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino | <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? | Si no tiene hogar, tipo de albergue | |
| | <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: | Empleador | Dirección/Teléfono del Empleador | |
| <input type="checkbox"/> De Estación <input type="checkbox"/> Migratorio | | | |
| Información del Responsable (si es diferente que lo anotado arriba) <input type="checkbox"/> La misma que arriba | | | |
| Apellido | | Nombre | |
| Apellido | | Inicial | |
| Número de Seguro Social | | | Fecha de Nacimiento |
| Dirección (correo) | | | Fecha de Nacimiento |
| Ciudad | | Estado | |
| Ciudad | | CP | |
| Dirección (de facturas, si es diferente a la del correo) | | | Género |
| | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| | | | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| Ciudad | | | Estado Civil |
| Estado | | | <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo |
| CP | | | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado |
| Teléfono en Casa | Teléfono Durante el Día | Número de contacto preferido: | Estado de Estudiante |
| | | <input type="checkbox"/> Teléfono en casa | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT |
| | | <input type="checkbox"/> Teléfono durante el día | |
| Correo Electrónico* | | | Veterano/Militar |
| | | | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Activo |

* 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:** _____

¿Es alérgico a alguna droga/medicina? Sí No ¿Algún alimento/otra sustancia? Sí No

Si es así, anote la medicina y/o alimento/sustancia y describa las reacciones: _____

Medicinas Actuales: (incluya cualquier medicina sin receta/hierbas medicinales)

Por favor traiga sus medicamentos con usted a su próxima cita si no los trajo hoy.

Sí No

- ¿En los últimos 12 meses, ha experimentado manoseo incómodo? Contactos sexuales forzados?
 ¿En los últimos 12 meses, ha estado en una relación en la que hubo amenazas, empujones, agarrones, golpes, puntapiés, cosas quebradas u otro tipo de daño?

Historia Médica: ¿Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes?

Sí

- Anemia
 Dolor de pecho/angina
 Ansiedad/pánico
 Artritis
 Asma
 Arritmia cardíaca
 Coágulos de sangre
 Cáncer (tipo): _____
 COPD o enfisema
 Depresión
 Diabetes

Sí

- Colesterol alto/lípidos elevados
 Enfermedad de la vesícula
 Enfermedad por reflujo gastroesofágico (trastorno digestivo/reflujo)
 Dolores de cabeza severos, migrañas
 Enfermedades del corazón
 Problemas del hígado
 Presión arterial alta/hipertensión
 Ataque de corazón/infarto de miocardio
 Problemas de los riñones/enfermedad renal
 Ataque cerebral
 Problemas de la tiroides

Cirugías/Lesiones Graves/Hospitalización (incluya el año)

¿Cuándo fue su última colonoscopia o examen de detección de cáncer de colon? _____

Solo Hombres: ¿Ha tenido alguno de los siguientes?

Sí No

- Problemas de la próstata
 ¿Alguna vez ha tenido Ud. una enfermedad transmitida sexualmente? ¿Cuál? _____

Sí No

- Problemas del pene/testículos

Solo Mujeres: ¿Ha tenido alguno de los siguientes?

Sí No

- Problemas de la matriz/trompos/ovarios
 Histerectomía
 Un Papanicolaou anormal Fecha de su último examen Papanicolaou: _____
 Problemas con los senos (bolas/deshecho) Fecha de su última mamografía: _____
 Escaneo de hueso (DEXA) Fecha de su último escaneo de hueso: _____
 Una enfermedad transmitida sexualmente ¿Cuál? _____
 # Embarazos _____ # Abortos Espontáneos _____ # Nacimientos Vivos _____ # Abortos _____

Método actual de planificación familiar: _____

(over)

Historial de Familia: Incluya padres, hermanas, hermanos, tías, tíos, abuelos (*parientes por sangre solamente*).

¿Ha tenido algún miembro familiar uno de los siguientes?:

| Condición | Padre | | Madre | | Hermano/a | | Otro Familiar | | |
|--|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------|----------------|
| | Tiene | Edad de inicio | Tiene | Edad de inicio | Tiene | Edad de Inicio | Tiene | Familiar | Edad de inicio |
| ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Alcoholismo | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Cáncer (tipo: _____) . | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Cáncer (tipo: _____) . | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Cáncer (tipo: _____) . | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Ataque/enfermedad de corazón | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Depresión | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Diabetes..... | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Colesterol alto | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Enfermedad genética (célula falciforme) _____ : | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Presión arterial alta..... | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Migrañas | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Ataque Cerebral..... | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Enfermedad de la Tiroides..... | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Otro:..... | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

Historia Social:

Sí No

Describe

- Tabaco (tipo, cantidad por día) _____
- Alcohol (qué tipo, con qué frecuencia) _____
- Bebidas de cafeína (qué tipo, tazas/latas por día) _____
- ¿Nació en el extranjero? Si es así, ¿dónde? _____
- ¿Dificultad para dormir? (horas de sueño por la noche) _____
- ¿Estaría de acuerdo a una transfusión de sangre? _____
- ¿Usted tiene necesidades culturales o religiosas que podrían afectar su cuidado médico? _____
- ¿Usa cinturón regularmente? _____
- ¿Tiene alarma de humo? _____

Historia Social Confidencial:

- ¿Usa drogas recreativas? Si es así, ¿qué tipo? _____
- ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Cómo las toma? _____
- ¿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
- ¿Que describe mejor su orientación sexual? Lesbiana o Gay Hetero
- Bisexual Otro No sé Prefiero no responder

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)