

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) _____

*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?

<input type="checkbox"/> Tacoma/Departamento de Salud del Condado Pierce	<input type="checkbox"/> Programa de Intercambio de Agujas	<input type="checkbox"/> Empleado de CHC
<input type="checkbox"/> ¿Hospital—cuál? _____	<input type="checkbox"/> Promotor de Salud	<input type="checkbox"/> Paciente de CHC
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

Información de Seguro Primario**¿Accidente Automovilístico?****¿Lesión en el Trabajo?**

Nombre de la Compañía _____

Número de ID de Póliza _____

Número de Grupo _____

Dirección de Reclamos de Seguro _____

Fecha de Vigencia _____

Nombre del Asegurado _____

Fecha de Nacimiento _____

Parentesco al Paciente _____

¿Accidente? Sí No
 Trabajo Auto

Fecha de Accidente _____

Número de Reclamo o fecha de la lesión _____

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 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.

**Inventario de Salud Infantil
(de 1 a 12 años)**

Complete Ambos Lados

Fecha: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Edad:** _____ **Nombre:** _____

Género con el que se identifica:

Masculino Femenino Otro: _____ **Nombre preferido:** _____

Pronombre preferido: _____

****Presente un registro de sus vacunas para que tengamos una copia.****

Consulte a su proveedor de atención de salud todas las preguntas que no comprenda.

Antecedentes Médicos Personales

Sí No ¿Tiene alguna preocupación específica actualmente? Si la respuesta es sí, explique: _____

Sí No ¿Su hijo/a presenta alguna enfermedad importante actualmente (como asma, diabetes, etc.)? Si la respuesta es sí, ¿cuál? _____

Sí No ¿Su hijo/a toma algún medicamento (diariamente o según necesidad)? ¿Cuál? _____

Sí No ¿Su hijo/a toma alguna vitamina, suplemento o medicamento "alternativo", o hace algún tratamiento? ¿Cuál? _____

Sí No ¿Su hijo/a tiene alguna reacción alérgica a medicamentos o vacunas? Si la respuesta es sí, explique: _____

Sí No ¿Su hijo/a tuvo alguna enfermedad, hospitalización o cirugía, o ha pasado alguna noche en el hospital? Si la respuesta es sí, explique: _____

Antecedentes Familiares

Desconocido/Adoptado

Marque cualquiera de los siguientes problemas que hayan tenido sus padres, hermanos, hermanas u otros hijos, e indique quién:

¿Quién?

¿Quién?

Enfermedad sanguínea: _____

Infarto: _____

Depresión: _____

Sobrepeso: _____

Presión arterial alta: _____

Alcoholismo: _____

Colesterol alto: _____

Maltrato físico: _____

Suicidio: _____

Asma: _____

Maltrato infantil: _____

Convulsiones: _____

Alergias: _____

Tuberculosis: _____

Cáncer: _____

Abuso de sustancias: _____

Diabetes: _____

Abuso sexual: _____

(Continúa al dorso)

Cuidados Preventivos de Salud

Sí No

- ¿Utiliza un asiento o un cinturón de seguridad adecuados para la edad de su hijo/a?
- Cuando anda en bici, en monopatín, al esquiar, etc., ¿siempre usa casco?
- ¿Su casa cuenta con detectores de humo, extintores y alarmas de monóxido de carbono?
- ¿Su hijo/a vive con alguien que fuma?
- ¿Su hijo/a pasa más de dos horas al día frente a una pantalla (computadora, TV, tabletas)?
- ¿Su hijo/a ha asistido al dentista en los últimos seis meses?
- ¿Su hijo/a se lava los dientes diariamente?
- ¿Su hijo/a ha tenido contacto cercano con alguien que tenga tuberculosis (TB) o que corra un alto riesgo de padecerla (alguien que haya vivido en un país en desarrollo, haya estado ingresado en un centro, no tenga hogar, consuma drogas por vía intravenosa o sea VIH positivo)?

Educación

¿A qué escuela asiste su hijo/a? _____ ¿En qué grado está? _____

¿Cuál es su promedio? _____

- Sí No ¿Su hijo/a es parte de un Programa de educación individualizada (Individualized Education Plan, IEP) o un Plan 504?

Social

Sí No

- En los últimos 12 meses, ¿su hijo/a estuvo expuesto a amenazas, empujones, agarrones, golpes, patadas, rotura de objetos u otro tipo de daño?
- En los últimos 12 meses, ¿su hijo/a ha experimentado algún contacto no deseado? ¿Contactos sexuales forzados?
- ¿Con quién vive su hijo/a? _____
- ¿Ha estado al cuidado de un régimen de acogida?

Revisión de sistemas (¿Presenta su hijo/a algún problema en relación con lo siguiente?)

Sí No

¿Cuál?

Sí No

¿Cuál?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de visión: _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas en la piel: _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de respiración: _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de audición: _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas al defecar (hacer caca): _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza, desmayos, mareos, alguna pérdida de conciencia _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas estomacales: _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultades para dormir, depresión, ira o nerviosismo _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas al orinar (hacer pis): _____ | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores corporales: _____ | |

Solo para mujeres

- Sí No ¿Períodos irregulares, dolor o preocupaciones sobre el período de su hija? _____

Solo para hombres

- Sí No ¿Su hijo presenta algún problema en los testículos o el pene? _____

Otras inquietudes: _____

Solo para uso oficial

Reviewed by: _____

Date: _____

(Continúa al dorso)

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)