

## 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.

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Inicial</b>	<b>Nombre Preferido</b>
<b>Número de Seguro Social</b>	<b>Fecha Nacimiento</b>		
<b>Género asignado al nacer:</b>	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Indiferenciado
<b>Género Legal Actual:</b>	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Indiferenciado
<b>Identidad de Género:</b>	<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: _____
<b>Orientación Sexual:</b>	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Lesbiana/gay
	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
<b>Pronombre Preferido:</b>	<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: _____

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

**Datos demográficos adicionales de la Parte Responsable**

<b>Teléfono de Casa</b>	<b>Teléfono de Día</b>	<b>Correo Electrónico*</b>
<b>Número de contacto preferido:</b>	<input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Teléfono de Día	
	<input type="checkbox"/> <b>Permito que deje mensaje detallado en mi teléfono preferido</b>	
<b>¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas?</b>	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Mensaje de voz

<b>Nombre de Contacto de Emergencia</b>	<b>Relación/Parentesco</b>	<b>Número de Teléfono</b>
---	----------------------------	---------------------------

**Datos demográficos adicionales de la Parte Responsable (UDS)**

<b>Sin no tiene Hogar/Albergue:</b>	<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	
<b>Para Trabajadores Agrícolas:</b>	<input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Inmigrante		
<b>¿De que origen étnico se considera usted?</b>	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino		<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	
<b>¿De que raza se considera usted?</b>	<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	
<b>Estado Veterano/Militar:</b>	<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 Aguja       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.

<span style="background-color: yellow;">Nombre del Paciente</span>	<span style="background-color: yellow;">Firma del Paciente</span>	<span style="background-color: yellow;">Fecha</span>
<span style="background-color: yellow;">Fecha de Nacimiento del Paciente</span>	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:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

**Inquietudes**

1. ¿Hay algo en particular que a usted le preocupa concierne a su niño?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Historia Prenatal y de Nacimiento**

2. Peso al Nacer \_\_\_\_\_ estatura \_\_\_\_\_  
 3. ¿Nació temprano o tarde su bebé?  
 Temprano  Tarde  No

Si respondió que si a alguna de las preguntas, ¿cuántas semanas? \_\_\_\_\_

4. ¿Nació su bebé en la casa?  Sí  No  
 5. ¿Edad de la madre en el tiempo de este embarazo? \_\_\_\_\_  
 6. # Embarazos: \_\_\_\_\_ # niños vivos: \_\_\_\_\_  
 7. Mes en que comenzó a recibir atención prenatal: \_\_\_\_\_

**En algún momento durante su embarazo:** **Sí** **No**

8. ¿Tuvo sangrado?    
 9. ¿Tuvo la gripe u otras infecciones?    
 10. ¿Tuvo vómitos persistentes?    
 11. ¿Necesitó medicamentos aparte de vitaminas o hierro?    
 12. ¿Tuvo alta presión sanguínea?    
 13. ¿Tuvo otras enfermedades o accidentes?    
 14. ¿Estaba usted o su doctor preocupados sobre su embarazo?    
 15. ¿Bebió alcohol o usó drogas de la calle?    
 16. ¿Participó en WIC?    
 17. ¿Cuánto tiempo estuvo en el parto? \_\_\_\_\_  
 18. ¿Hubo alguna dificultad con el parto?    
 Si la respuesta es "sí," por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Historia de Salud**

19. Favor de poner un círculo alrededor de cualquiera de los siguientes que ocurrieron durante las primeras dos semanas después de nacer:  

color azul	cólicos	lloró mucho
infecciones	ictericia (color amarillo)	nervioso
estadía larga en el hospital	la madre estuvo deprimida	
problemas para respirar	dificultad para mamar	

 Explique lo que encerró arriba: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

20. Anote cualquier medicamento que su bebé esta tomando actualmente, incluyendo medicamentos sin receta o de hierbas:  
 \_\_\_\_\_  
 21. Anote cualquier comida/medicamento al cual su bebé esta alérgico:  
 \_\_\_\_\_

**Social**

22. ¿Quién vive con su niño? (nombre, relación, edad)  
 \_\_\_\_\_  
 23. ¿Nota usted alguna diferencia en su niño comparado con otros niños de su edad?  Sí  No  
 Si respondió que "sí," ¿diga en qué manera? \_\_\_\_\_  
 24. ¿Se preocupa usted sobre la seguridad de su bebé?  Sí  No  
 25. Ponga un círculo alrededor de las palabras que describen a su niño:  

No come bien	niño bueno	niño feliz
tiene que pegarle seguido	irritable	batalla para dormir

**Desarrollo**

- Si su bebé tiene **2 meses o más**, a qué edad él/ella: Todavía no  
 sonrió o respondió a una sonrisa \_\_\_\_\_   
 se dió vuelta \_\_\_\_\_   
 se sentó solo \_\_\_\_\_   
 gateó \_\_\_\_\_   
 tomó 10 pasos solo \_\_\_\_\_   
 juntó palabras \_\_\_\_\_

**Nutrición**

26. ¿Con qué alimenta a su bebé? (marque todo lo que usa):  
 Leche materna  Fórmula  
 Otro (explique): \_\_\_\_\_  
 27. ¿Si usted da pecho, como cuantas veces come su bebé en 24 horas? ¿Cuanto tiempo cada vez?  
 \_\_\_\_\_ veces por \_\_\_\_\_ minutos  No doy pecho  
 28. ¿Si usted usa fórmula, como cuantas onzas de fórmula toma su bebé en 24 horas?  
 \_\_\_\_\_ onzas  No uso fórmula  
 29. ¿Que otro alimento come su bebé y cuánto de cada cosa en 24 horas? \_\_\_\_\_  

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
30. ¿Come demasiado su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Le da vitaminas o hierro n?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Está o estuvo en WIC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Dental**

33. ¿Toma gotas o pastillas de fluoruro o bebe agua fluoridada su bebé?  No se    
 34. ¿Alguna vez usted detiene el biberón de su bebé?

**Historia Familiar**

35. Ponga un círculo alrededor de los siguientes problemas que miembros de la familia del niño han tenido:  

una enfermedad heredada	alergias	asma
enfermedad de la sangre	cáncer	convulsiones
depresión	diabetes	enfermedad del corazón
alta presión	ataque al corazón	a edad temprana
alto colesterol	pasado de peso	tuberculosis
suicidio	alcoholismo	abuso de drogas
abuso de niños	abuso físico	abuso sexual

**Seguridad**

36. ¿Usa su bebé asiento para coche volteado hacia atrás?

**El asiento para coche de su bebé debe enfrentar la parte de atrás de su coche hasta que el bebé tenga por lo menos 2 años de edad. La ley del Estado de Washington tiene como requisito que todos los infantes viajen en su autoasiento apropiado o en su asiento booster hasta que tenga por lo menos 4'9" pies de estatura (RCW 46.61.687). Los asientos traseros de los vehículos son los lugares más seguros para que los niños de 12 años o menores se puedan pasear.**

37. ¿Tiene usted un detector de humo que funciona bien en su hogar?    
 38. ¿Sabe usted como ayudar a su niño si el/ella se está ahogando?

**Solo para uso oficial**

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)**