



Información del Paciente

Fecha de hoy: _____

Nombre de Paciente: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Numero de casa: _____ Numero de trabajo: _____ Celular: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección de casa: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Estado: _____ Correo Electrónico: _____ Primer Lenguaje: _____

¿Le gustaría estar inscrito en nuestro Portal del Paciente? Si No

Información de Persona Responsable:

Persona responsable del pago (si no uno mismo): _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

¿Se puede dejar un mensaje con la persona que conteste el teléfono? ¿Se puede dejar mensaje en el contestador automático?

No llamar en ninguna circunstancia (Si no llamar) Ocupamos otro contacto: _____

Etnicidad/Raza:

Hispano/Latino Nativo Americano Blanco Asiático Nativo Hawaiano
 Islandés Pacifico Me niego a responder Afro-Americano Nativo de Alaska Otro: _____

Estado Civil:

Soltero/a Soltero/a con Pareja Separado/a
 Casado/a Viudo/a Divorciado/a

¿Es estudiante? Si No
(¿Tiempo completo o parte de tiempo?)

¿Es usted un veterano? Si No

¿Es usted un trabajador de temporada? Si No
(Vive aquí tiempo completo)

¿Es Usted un trabajador migrante? Si No
(Vive aquí parte de tiempo)

Seguranza Principal:

Partnership Medicare Medi-Cal Cover California No Seguranza

Otra Seguranza: _____ Numero De Seguranza: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Telefono: _____ Relación: _____
(Nombre y Apellido)

Información Sobre Paciente y Seguranza

Ingreso Anual Bruto: \$0- \$15,999 \$16,000- \$21,000 \$22,000- \$30,999 \$31,000 +

¿Tiene lugar donde vivir? Si No

Personas en la familia: _____

¿Si la repuestas es no, en donde se refugia?

Refugio Campamento Alojamiento de Transición Con familia o amigos Otro: _____

Información de Empleador

Nombre de Empleador: _____

Numero de Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Historia Médica

Informa Información sobre su previo o actual Doctor

Nombre de Doctor: _____

Numero: _____ Fax: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Estado: _____

Preguntas sobre usted:

¿Cuándo fue su último examen físico? _____

¿Están sus vacunas al corrientes? Si No

¿Está en el momento recibiendo tratamiento médico? Si No

Si contesto que si, ¿Por qué razón? _____

¿Toma algún medicamento/droga/pastilla? Si No

Por favor nómbrelos: _____

¿Es alérgico (o reacciona adversamente) a lo siguiente? :

Penicilina: Si No Codeína: Si No Anestesia local: Si No Aspirina: Si No

Ninguno: Otro: Si No Si su respuesta fue otro, ¿Cuál?: _____

¿Es sensible o alérgico/a al látex? ¿Ha tenido picazón, sarpullido o problemas de respiro luego de usar guantes de látex o un globo? Si No

Si contesto que si, por favor explique: _____

¿Ha tenido alguna reacción inusual o inexplicable durante alguna cirugía? Si No

Si contesto que si, por favor explique: _____

¿Tiene o ha tenido en alguna ocasión cualquiera de los siguientes?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Adicción al Alcohol | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Artritis/Reumatismo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anemia |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Articulación Artificial | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anorexia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Asma |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anemia de Células Falciformes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Bulimia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dependencia Química | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desmayos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desordenes Neurológicos |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Drogas Recreativas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Defectos Cardiacos Congénitos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Extirpación de Brazo |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfisema | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cirugía Cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad Pulmonaria | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad Cardíaca por Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedades Venéreas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hemofilia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No HIV Positivo/SIDA | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hepatitis A _____ B _____ C _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Implantes Prostéticos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Marcapasos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Medicina de Cortisona |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de Audición | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de Riñones |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problema de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Presión Sanguínea Anormal | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Prolapso de Válvula Mitral |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problema de Tiroides | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Soplo Cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sangrado Prolongo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sinusitis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trasplante de Órganos |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamiento Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Terapia de Radiación | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tumores | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ulceras | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Válvula Cardíaca Artificial |

¿Ha tenido alguna enfermedad seria, hospitalización o accidente? Si No

Si contesto que si, por favor explique: _____

¿Fuma actual mente o usa los siguientes productos de tabaco?

Cigarrillos_____ Puros_____ Pipa_____ Tabaco de Mascar_____ Ninguno_____

¿Ha usado en el pasado productos de tabaco? Si No

Si contesto que si, ¿Hace cuanto tiempo?: _____

¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si No

Si contesto que si, ¿cuánto?: _____

Damas: (Solo Para Damas)

¿Está usted embarazada? Si No

¿Está usted lactando? Si No

¿Toma usted medicinas anticonceptivas? Si No

¿Anticipa usted quedar embarazada? Si No

¿Número de embarazos?: _____

¿Número de hijos que viven?: _____

Historia Dental

(Solo Para Dental)

Fecha de la última visita al dentista: _____

¿Son sus dientes sensibles a líquidos/alimentos dulces o ácidos? Si No

¿Tiene alguna herida o bultos en o cerca de la boca? Si No

¿Ha tenido lesiones en la cabeza, el cuello o la mandíbula? Si No

¿Usted aprieta o rechina los dientes? Si No

¿Ha tenido alguna vez sangrado prolongado después de extracciones? Si No

¿Ha recibido alguna vez instrucciones sobre el método correcto de cepillarse los dientes? Si No

¿Le sangra las encías al cepillarse o usar hilo dental? Si No

¿Siente dolor en alguno de sus dientes? Si No

¿Son sensibles sus dientes a líquidos calientes o fríos? Si No

¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? Si No

¿Usted se muerde los labios o cachetes con frecuencia? Si No

¿Ha tenido algún trabajo de Ortodoncia? Si No

¿Ha tenido alguna vez instrucciones sobre el cuidado de las encías? Si No

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?:

Click en la Mandíbula_____ Dolor (articulación, oído, lado de la cara) _____

Dificultad para abrir/cerrar la boca _____ Dificultad para masticar _____

CONDICIONES DE TRATAMIENTO

Consentimiento para el Tratamiento: Los abajo firmantes consienten para la administración y el rendimiento de todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, que, a juicio de Asistente/ enfermera practicante medico/ dentista puede considerarse necesarios o aconsejables.

Asignación de Medicare: Certifico que la información que me proporciono en la aplicación o el pago bajo el Título VII de la Ley de Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de las presentaciones autorizadas hacerse en mi nombre.

Beneficios de Seguranza: En el caso de que tenga derecho a los beneficios derivados de cualquier póliza de seguridad mía o de cualquier persona que yo sea responsable por lo presente asignar dichas presentaciones directamente Anderson Valley Health Center para aplicación a mí factura. Estoy de acuerdo que Anderson Valley Health Center puede emitir un recibo de dicho pago, que pago ejercerá la aseguradora de las obligaciones de la póliza en la medida del pago, y que seré responsable por cargos no cubiertos por el acuerdo.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Padres Guardián (Especifique relación): _____ Fecha: _____



**CONSENTIMIENTO PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN
PARA LAS OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO O ATENCIÓN MÉDICA**

Por este medio el paciente consiente expresamente al uso o divulgación de su información de salud personal ("información de salud protegida") por Anderson Valley Health Center (AVHC) con el fin de administrar operaciones de tratamiento, pago o atención médica. El paciente ha recibido el aviso de prácticas de privacidad para la información médica protegida de AVHC para una descripción más completa de los posibles usos y divulgaciones de dicha información, y el paciente tiene el derecho de revisar dicha notificación antes de firmar este formulario de consentimiento.

AVHC médica se reserva para sí mismo el derecho de cambiar los términos de su aviso de notificación de privacidad para la información médica protegida en cualquier momento. Si AVHC médico cambia los términos de su notificación de privacidad para la información médica protegida, el paciente puede obtener una copia del aviso revisado.

El Paciente conserva el derecho a solicitar que AVHC restrinja como su información de salud protegida es usada o divulgada para llevar a cabo tratamiento, pago o operaciones de atención médica. AVHC no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas; sin embargo, AVHC está de acuerdo con las restricciones o solicitudes del paciente tales restricciones serán vinculantes para AVHC.

En todo momento, el paciente conserva el derecho de revocar este consentimiento. Dicha revocación debe presentarse a AVHC por escrito. La revocación será efectiva excepto en la medida en que AVHC médica ya ha tomado acción en dependencia de la autorización.

AVHC puede negarse a tratar a un paciente si él o ella (o un representante autorizado) no firmar este formulario de consentimiento (excepto en los casos que la ley requiere que AVHC atienda al paciente). Si el paciente firma este formulario de consentimiento y luego revoca el consentimiento, AVHC médico tiene el derecho de negarse a proporcionar tratamiento adicional al paciente al momento de la revocación (excepto en la medida en que AVHC médica es necesaria por la ley tratar a individuos).

He leído y entendido esta información. He recibido una copia de este formulario y soy el paciente o un representante autorizado para actuar en nombre del paciente para firmar este documento que acredite el consentimiento a los términos establecidos anteriormente.

Fecha: _____

Hora: _____ A.M./ P.M.

Firma de Paciente

Imprima Nombre del Paciente

Firma a Nombre del Paciente*

Imprima Nombre de Representante

Firma de un Testigo

Imprima Nombre del Testigo

*** Por favor, la relación con el paciente e incluya una descripción de la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente.**

