

**Nueva Registración del Paciente**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Es usted un Veterano? | □ Si | □ No |
| Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Inicial de segundo nombre: \_\_\_\_\_\_ | Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Fecha de nacimiento: (FDN) \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dirección Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Estado: \_\_\_\_\_ | Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dirección de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Estado: \_\_\_\_\_ | Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| #Casa: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ | #Celular: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ | #Trabajo: (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Si no lo/a encontramos en casa, podemos? | □ Dejar mensaje con la persona que conteste | □ Dejar mensaje de voz |
| Mejor modo de contacto: | □ Email | □ Voz | □ Portal | Mejor hora de llamar: | □ Mañana  | □ Tarde | □ Nada |
| Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Inscribir en el Portal? | □ Si | □ No | □ Ya estoy inscrito |
| **Identificación de Genero:** | □ Masculino | □ Femenino | □ Transgénico: | * Femenino a Masculino
* Masculino a Femenino
 | □ Otro | □ Rechazar |
| **Orientación Sexual:** | □ Heterosexual (no lesbiana/gay) | □ Lesbiana/Gay | □ Bisexual |
|  | □ Otro | □ Prefiero no Contestar | □ No se |
| **Contacto de Emergencia:** | Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| #Telefono: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Dejar mensaje con la persona que conteste | □ Dejar mensaje de voz |
| **Información sobre la Persona Responsable del pago:** (Si no es uno mismo) | Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FDN: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | #Teléfono: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Estado: \_\_\_\_\_ | Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Seguro Médico:** | □ Covered CA: Blue-Shield/Blue-Cross | □ Medicare | □ Medi-Cal | □ Partnership Health Care |
| Otro Seguro Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Número de Subscritor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Ninguno |
| **Ingreso Anual Bruto de Familia:**# De Personas viviendo en el hogar: \_\_\_ | □ $0 - $20,000 | □ $20,000 - $30,000 | □ $30,000 - $40,000 | □ $40,000 + |
| **Tiene donde vivir:** | □ Si | □ No | □ Refugio | □ Campamento | □ Familia/Amigo | □ Alojamiento de Transición |
| **Estado Civil:** | □ Soltero/a | □ Casado/a | □ Viudo/a | □ Divorciado/a | □ Separado/a | □ Pareja Domestica |
| **Etnicidad/Raza:** (Marque los que le apliquen) | □ Reúso contestar | □ Blanco | □ Hispano/Latino | □ Asiático | □ Nativo Hawaiano |
| □ Americano Nativo | □ Islandés Pacifico | □ Nativo de Alaska | □ Afro-Americano | □ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Información de Empleador:** | Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre de Negocio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| #Teléfono: (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | #Fax: (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_ | Estado: \_\_\_\_\_\_ | Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Es Estudiante? | □ Si | □ No | ¿Si marco si, va Tiempo Completo o Parte de Tiempo? \_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Es trabajador Migrante? | □ Si | □ No | ¿Si marco si, vive aquí Tiempo Completo o Parte de Tiempo? \_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Trabaja solo por Temporada? | □ Si | □ No | ¿Si marco si, vive aquí Tiempo Completo o Parte de Tiempo? \_\_\_\_\_\_\_ |
| **Historia Medica:** (Información sobre su previo o actual Doctor) | Nombre Completo de Doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| #Teléfono: (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | #Fax: (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_ | Estado: \_\_\_\_\_\_ | Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Cuándo fue su último examen físico? \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Están sus vacunas al corrientes?  | □ Si | □ No |
| ¿Está recibiendo tratamiento médico en otro lugar? | □ Si | □ No | Si marco sí, ¿Por qué razón?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Toma algún medicamento/droga/pastilla?  | □ Si | □ No | Por favor nómbrelos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Es sensible/alérgico/a ah látex? (Ej.: picazón/sarpullido/problemas respiratorios tras usar guantes de látex/globo) | □ Si | □ No |
| ¿Es alérgico/a o reacciona adversamente a lo siguiente?: | 🗆 Otro Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 🗆 Penicilina | 🗆 Amoxicilina | 🗆 Látex | 🗆 Narcóticos | 🗆 Codeína | 🗆 Aspirina | 🗆 Anestesia Local | 🗆 Nada |
| ¿Ha tenido alguna enfermedad seria, hospitalización o accidente? | □ Si | □ No |
| Si marco si, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Ha tenido alguna reacción inusual o inexplicable durante alguna cirugía? | □ Si | □ No |
| Si marco si, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Ingiere bebidas alcohólicas? | □ Si | □ No | Si marco si, cuanto al día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Ha usado en el pasado productos de tabaco? | □ Si | □ No | Si marco si, hace cuánto tiempo atrás?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horas/Días/Semanas/Meses |
| ¿Actualmente o en el pasado año fuma o usa los siguientes productos de tabaco? | 🗆 Cigarrillos | 🗆 Puros | 🗆 Pipa | 🗆 De mascar | 🗆 Ninguno |
| ¿Tiene o ha tenido en alguna ocasión cualquiera de los siguientes? |
| Sinusitis | □ Si | □ No | Hepatitis A\_\_\_ B\_\_\_ C\_\_\_ | □ Si | □ No | Osteoporosis | □ Si | □ No |
| Cáncer | □ Si | □ No | Problemas de Riñones | □ Si | □ No | Quimioterapia | □ Si | □ No |
| Ulceras | □ Si | □ No | Dependencia Química | □ Si | □ No | Implantes Prostéticos | □ Si | □ No |
| Asma | □ Si | □ No | Adicción al Alcohol | □ Si | □ No | HIV Positivo/SIDA | □ Si | □ No |
| Anemia | □ Si | □ No | Tratamiento Psiquiátrico | □ Si | □ No | Problema de Tiroides | □ Si | □ No |
| Bulimia | □ Si | □ No | Enfermedad Pulmonaria | □ Si | □ No | Drogas Recreativas | □ Si | □ No |
| Diabetes | □ Si | □ No | Desórdenes Neurológicos | □ Si | □ No | Artritis/Reumatismo | □ Si | □ No |
| Desmayos | □ Si | □ No | Tuberculosis | □ Si | □ No | Derrame Cerebral | □ Si | □ No |
| Enfisema | □ Si | □ No | Medicina de Cortisona | □ Si | □ No | Sangrado Prolongo | □ Si | □ No |
| Epilepsia | □ Si | □ No | Enfermedades Venéreas | □ Si | □ No | Soplo Cardiaco | □ Si | □ No |
| Tumores | □ Si | □ No | Problema de Aprendizaje | □ Si | □ No | Terapia de Radiación | □ Si | □ No |
| Anorexia | □ Si | □ No | Enfermedad del Hígado | □ Si | □ No | Articulación Artificial | □ Si | □ No |
| Enfermedad Cardiaca Cirugía Cardiaca | □ Si | □ No | Presión Sanguínea Anormal | □ Si | □ No | Enfermedad Cardiaca por Reumatismo | □ Si | □ No |
| **Para Damas Solamente:** | Número de Embarazos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Número de niños vivos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Está embarazada? | □ Si | □ No | ¿Anticipa quedar embarazada? | □ Si | □ No |
| ¿Toma medicina anticonceptiva? | □ Si | □ No | ¿Está lactando? | □ Si | □ No |
| **Historia Dental:** | Fecha de su última visita: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas? |
| 🗆 Dolor (oído/lado de cara)  | 🗆 Dificultad al abrir/cerrar la boca  | 🗆 Dificultad para masticar | 🗆 Click en Mandíbula  |
| ¿Ha recibido alguna vez instrucciones sobre el método correcto de cepillarse los dientes? | □ Si | □ No |
| ¿Son sensibles sus dientes a líquidos calientes o fríos? | □ Si | □ No |
| ¿Tiene alguna herida o bultos en o cerca de la boca? | □ Si | □ No |
| ¿Son sus dientes sensibles a líquidos/alimentos dulces o ácidos? | □ Si | □ No |
| ¿Ha tenido alguna vez sangrado prolongado después de extracciones? | □ Si | □ No |
| ¿Ha tenido alguna vez instrucciones sobre el cuidado de las encías? | □ Si | □ No |
| ¿Siente dolor en alguno de sus dientes? | □ Si | □ No |
| ¿Usted aprieta o rechina los dientes? | □ Si | □ No |
| ¿Ha tenido algún trabajo de Ortodoncia? | □ Si | □ No |
| ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? | □ Si | □ No |
| ¿Ha tenido lesiones en la cabeza, el cuello o la mandíbula? | □ Si | □ No |
| ¿Usted se muerde los labios o cachetes con frecuencia? | □ Si | □ No |
| ¿Le sangra las encías al cepillarse o usar hilo dental? | □ Si | □ No |
| **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 Titulo 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 seguranza 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 del Paciente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Si es menor de edad, quien es responsable:** 🗆 Padre 🗆 Guardián | **Especifique su relación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **CONSENTIMIENTO PARA USAR O DIVILGAR INFORMACION PARA LAS OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO O ATENCION MEDICA** |
| 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 u 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.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.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 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.* |
| **Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Si es menor de edad, quien es responsable:** 🗆 Padre 🗆 Guardián | **Especifique su relación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |