



Nueva Registración del Paciente

Fecha de Hoy: ____/____/____

Identificación de Genero:			Orientación Sexual:		
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Transgénico	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay	<input type="checkbox"/> Prefiero no Contestar
<input type="checkbox"/> Femenino	Si Marco un Si:	a Masculino	(no lesbiana/gay)	<input type="checkbox"/> Algo Diferente	<input type="checkbox"/> No Se
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Rechazar	<input type="checkbox"/> Masculino a Femenino	<input type="checkbox"/> Bisexual		

Nombre: _____ Segundo Nombre Inicial: _____ Apellido: _____

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

Dirección de Casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: (FDN) ____/____/____ Seguro Social: _____-_____-_____

#Casa: (____) _____-_____ #Celular: (____) _____-_____ #Trabajo: (____) _____-_____

Mejor Hora para Hablar: Mañana Tarde Mejor Modo de Contacto: Voz Email Portal

Correo Electrónico: _____ ¿Inscribir en el Portal de Paciente? Si No Ya está Inscrito

Información sobre el Paciente:

Ingreso Anual Bruto: \$0 - \$20,000 \$20,000 - \$30,000 \$30,000 - \$40,000 \$40,000 +

#Personas en el Hogar: _____ ¿Tiene lugar donde vivir? Si No

Si marco No: Refugio Campamento Alojamiento de Transición (Con familia o amigos)

Estado Civil:

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

Más Información:

- ¿Es estudiante? Si No (¿Tiempo completo o parte de tiempo?)
 ¿Es usted un trabajador de temporada? Si No (Vive aquí tiempo completo)
 ¿Es usted un veterano? Si No
 ¿Es Usted un trabajador migrante? Si No (Vive aquí parte de tiempo)

Etnicidad/Raza: (marque todos los que le apliquen)

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

Información sobre la Persona Responsable del Pago: (si no es uno mismo)

Nombre: _____ FDN: ____/____/____ Relación: _____ Numero: (____) _____-_____

Marque todos los que le apliquen:

- Dejar mensaje con la persona que conteste el teléfono Dejar mensaje en el contestador automático

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

Seguro Médico:

Partnership Medicare Medi-Cal Covered California Otro Seguro Médico: _____
 Número del Subscritor: _____ No Seguro Medico

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Telefono: (_____) _____ - _____

Información sobre su Empleador:

Nombre de Empleador: _____ #Trabajo: (_____) _____ - _____ #Fax: (_____) _____ - _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Historia Medica: (Información sobre su previo o actual Doctor)

Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____ Fax: (_____) _____ - _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

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

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

Preguntas sobre usted:

¿Cuándo fue su último examen físico? _____/_____/_____ ¿Están sus vacunas al corriente? Sí No

¿Está en el momento recibiendo tratamiento médico? Sí No Si marco sí, ¿Por qué razón? _____

¿Toma algún medicamento/droga/pastilla? Sí No Por favor nómbrelos: _____

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

- Penicilina Codeína Anestesia local
 Ninguno Aspirina Otro Si marco otro, ¿Cuál?: _____

¿Es sensible/alérgico/a al látex? (Ej.: picazón, sarpullido o problemas de respiro luego de usar guantes de látex o un globo) Yes No

¿Ha tenido alguna reacción inusual o inexplicable durante alguna cirugía? Sí No
 Si contesto que sí, por favor explique: _____

¿Ha tenido alguna enfermedad seria, hospitalización o accidente? Sí No
 Si contesto que sí, 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? Sí No

Si marco sí, ¿Hace cuánto tiempo?: _____ Meses/Semanas/Días/Horas

¿Ingiere bebidas alcohólicas? Sí No

Si marco sí, ¿cuánto?: _____

Damas: (Solo para Damas)

¿Está usted embarazada?

Sí No

¿Está usted lactando?

Sí No

¿Toma usted medicinas anticonceptivas?

Sí No

¿Anticipa usted quedar embarazada?

Sí No

¿Número de embarazos?: _____

¿Número de hijos que viven?: _____

Historia Dental: (Solo para Dental)

Fecha de su última visita: ____/____/____

¿Le sangra las encías al cepillarse o usar hilo dental?

Yes No

¿Son sus dientes sensibles a líquidos/alimentos dulces o ácidos?

Yes No

¿Siente dolor en alguno de sus dientes?

Yes No

¿Tiene alguna herida o bultos en o cerca de la boca?

Yes No

¿Son sensibles sus dientes a líquidos calientes o fríos?

Yes No

¿Ha tenido lesiones en la cabeza, el cuello o la mandíbula?

Yes No

¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?

Yes No

¿Usted aprieta o rechina los dientes?

Yes No

¿Usted se muerde los labios o cachetes con frecuencia?

Yes No

¿Ha tenido alguna vez sangrado prolongado después de extracciones?

Yes No

¿Ha tenido algún trabajo de Ortodoncia?

Yes No

¿Ha recibido alguna vez instrucciones sobre el método correcto de cepillarse los dientes?

Yes No

¿Ha tenido alguna vez instrucciones sobre el cuidado de las encías?

Yes No

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

Click en la Mandíbula Dolor (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 Seguridad: 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: ____/____/____

Padre 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 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.

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.**
