

Registro de Pacientes



¿Desea ayuda para completar este formulario? Yes No

Fecha: _____ FDN: _____ SS#: _____

Apellido Legal: _____ Nombre Legal: _____ Segundo Nombre Inicial: _____

Nombre Preferido: _____ Pronombres Preferidos (el, ella, ellos): _____

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

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

Números de Teléfono

Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

La mejor manera de contactarlo: Casa Celular Texto

Correo electrónico: _____ ¿Inscríbete en el Portal del Paciente? Si No

Contacto de emergencia y la mejor manera de contactar a esta persona:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____

#Teléfono: _____ Otro: _____

Médico de atención primaria (PCP)

John Roachat (MD) Cindy Novella (FNP) Cary Smeltzer (DO) Jess Dawdv (FNP)

PCP si no en esta clínica: _____

¿Es usted financieramente responsable por las visitas? Si No Si no es así, complete lo siguiente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

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

La mejor manera de contactarla: #Teléfono: _____ Otro: _____

Cobertura de seguro: Si No Si es así, presente la tarjeta de seguro en la recepción

Pago por cuenta propia Me gustaría solicitar Medi-Cal o Programa de Bajos Ingresos

Seguro Médico Primario: Medi-Cal/Partnership Medicare Privado: _____

#ID/ Suscriptor: _____ #Plan/Grupo: _____

Seguro Secundario: Medi-Cal/Partnership Medicare Privado: _____

#ID/ Suscriptor: _____ #Plan/ Grupo: _____

Seguro Dental: _____

#ID/ Suscriptor: _____ #Plan/ Grupo: _____

Ingresos del hogar (para fines de la subvención):

Número de dependientes, incluyéndote a ti: _____ Ingreso anual familiar antes de impuestos? \$ _____

Idioma primordial hablada: Inglés Español Otro

¿Necesitas un traductor para tus visitas? Si No

Solicito ayuda para satisfacer las siguientes necesidades (marque todas las que correspondan):

Visión Movilidad Audición

Sexo del paciente al nacer:

- Masculino
- Hembra
- Intersexualidad

Orientación sexual:

- Heterosexual
- Lesbianas, gay u homosexual
- Bisexual
- No sé
- Opta por no revelar
- Algo mas,
por favor describa: _____

Identidad de género:

- Femenino / Mujer
- Hombre / Hombre
- Hombre transgénero/Hombre trans
- Mujer Transgénero/Mujer Trans
- Genderqueer / Género no conforme
- Opta por no revelar
- Categoría de género adicional u otra: _____

Origen étnico:

- Mexicano, Mexicano Americano, Chicano
- Cubano
- Puertorriqueño
- Otro origen Hispano, Latino/a o Español
- No hispanos o latinos
- Desconocido
- Negarse a denunciar

Raza (Marque todos lo que desea):

- Nativo de Hawái
- Otros isleños del Pacífico
- Guamaní o Chamorro
- Samoano
- Afroamericano / Negro
- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Caucásico/Blanco
- Opta por no revelar
- Otro: _____
- Indio asiático
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otros asiáticos: _____

Las siguientes preguntas son para ayudarle a usted y a su comunidad:

Anderson Valley Health Center es una corporación sin fines de lucro. Las subvenciones que recibimos nos ayudan a brindar servicios a personas que no pueden pagar el costo total. Responder a estas preguntas nos ayudará a servirle a usted y a su comunidad.

Marque todo lo que aplica a usted:

- Veterano
- Trabajador agrícola de temporada:
Ejemplo: Mi trabajo principal es la agricultura y no trabajo todo el año.
- Trabajador agrícola migrante:
Ejemplo: Mi trabajo principal es la agricultura; No trabajo todo el año y me mudo para encontrar más trabajo.
- Vivir en una vivienda transitoria:
Es un programa de vivienda temporal con ayuda para la posterior transición a vivienda permanente.
- Vivir en un refugio para personas sin hogar
- Vivir en la calle o en mi coche
- Alojarse temporalmente con amigos/familiares
- Otra situación habitacional:
Sírvase describir: _____

CONDICIONES DE TRATAMIENTO

Consentimiento para el tratamiento: El abajo firmante consiente en la administración y realización de todos los procedimientos y tratamientos de diagnóstico que, a juicio del proveedor, puedan considerarse necesarios.

Asignación de Medicare: Certifico que la información que se me dio en la solicitud o pago bajo el Título VII de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.

Asignación de Beneficios de Seguro: En el caso de que tenga derecho a los beneficios que surjan de cualquier póliza de seguro que me asegure a mí o a cualquier parte responsable ante mí, por la presente asigno dichos beneficios directamente a Anderson Valley Health Center para que se apliquen a mi factura. Estoy de acuerdo en que Anderson Valley Health Center puede emitir un recibo por dicho pago, ese pago liberará a la compañía de seguros de todas y cada una de las obligaciones bajo la póliza en la medida del pago, y que seré responsable de los cambios no cubiertos por el acuerdo.

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

Por la presente, el paciente da su consentimiento para el uso o divulgación de su información de salud de identificación individual ("información de salud protegida") por parte de AVHC para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica. El paciente ha recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad para Información Protegida de AVHC para obtener una descripción más completa de los posibles usos y divulgaciones de dicha información, y el paciente tiene derecho a revisar dicho aviso antes de firmar este formulario de consentimiento.

AVHC se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad para Información Protegida en cualquier momento. Si AVHC cambia los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad, los pacientes pueden obtener una copia del aviso revisado.

El paciente conserva el derecho de solicitar que AVHC restrinja aún más la forma en que se usa o divulga su información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. AVHC no está obligado a aceptar dichas restricciones solicitadas; sin embargo, si AVHC está de acuerdo con la(s) restricción(es) solicitada(s) por el paciente, dichas restricciones son vinculantes para AVHC.

En todo momento, el paciente conserva el derecho a revocar este consentimiento. Dicha revocación debe presentarse a AVHC por escrito. La revocación será efectiva, excepto en la medida en que AVHC ya haya actuado basándose en el consentimiento.

AVHC puede negarse a tratar a un paciente si él/ella (o un representante autorizado) no firma este formulario de consentimiento (excepto en la medida en que AVHC esté obligado por ley a tratar a individuos). Si el paciente firma este formulario de consentimiento y luego revoca el consentimiento, AVHC tiene derecho a negarse a proporcionar tratamiento adicional al paciente a partir del momento de la revocación (excepto en la medida en que AVHC esté obligado por ley a tratar a las personas).

He leído y entiendo esta información. Entiendo que puedo solicitar una copia de este formulario. Las Prácticas de Privacidad de AVHC para la Información de Salud Protegida y yo soy el paciente o un representante autorizado para actuar en nombre del paciente para firmar este documento verificando el consentimiento a los términos establecidos anteriormente.

Nombre completo en letra de molde: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Si es menor de edad, firma del padre/tutor: _____

Nombre completo en letra de molde: _____ Fecha: _____

Historial Médico

Fecha en la que tuviste tu último examen físico (H&P): _____

Actualmente está tomando algún medicamento/droga: Si No

En caso afirmativo, ¿qué: _____

Es alérgico o ha tenido una reacción adversa a cualquiera de los siguientes:

 Aspirina Látex Penicilina Sulfa NSAIDS Anestésicos locales Narcóticos Ninguno que yo sepa Otro: _____Reacciones inusuales o inexplicables durante los procedimientos quirúrgicos: Si No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Ha tenido un accidente u hospitalizado recientemente?: Si No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Tomas bebidas alcohólicas?: Si No En caso afirmativo, ¿cuántos al día?: _____¿Consume o ha consumido productos de tabaco?: Si No

En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última vez?: _____

Qué: Cigarrillos Cigarros Pipa Masticar Vapear Otro: _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?:

(Por favor, marque todo lo que corresponda)

- | | | | | |
|---|---|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Anorexia/Bulimia | <input type="checkbox"/> Presión arterial anormal | <input type="checkbox"/> Marcapasos Desfibrilador | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Fibromas | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Cardiopatía reumática | <input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Drogas recreativas | <input type="checkbox"/> Artritis/Reumatismo | <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Implantes protésicos | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA positivo | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides | <input type="checkbox"/> Desmayo |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Esplenectomía | <input type="checkbox"/> Hepatitis A B C | <input type="checkbox"/> Dependencia química | <input type="checkbox"/> Problema de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Adicción al alcohol | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Problema renal | <input type="checkbox"/> Asma |

Cuestionario solo para mujeres:# de embarazos: _____ ¿Estás embarazada? S N ¿Planeas quedarte embarazada? S N# de niños vivos: _____ ¿Está amamantando? S N ¿Está tomando medicamentos anticonceptivos? S N

Fecha de la última visita: _____

Historial dental:

¿Alguna vez te han enseñado el método correcto para cepillarte los dientes? Si No

¿Alguna vez te han enseñado el método correcto para cuidar tus encías? Si No

¿Alguna vez te has sometido a algún trabajo de ortodoncia? Si No

¿Ha experimentado alguno de los siguientes?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor (en el oído o en un lado de la cara) | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza, el cuello y la mandíbula |
| <input type="checkbox"/> Dolor/Dientes sensibles | <input type="checkbox"/> Morderse los labios/mejillas con frecuencia |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Llagas o bultos en la boca o cerca de ella |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para masticar | <input type="checkbox"/> Sensible a líquidos/alimentos agrídulces/ |
| <input type="checkbox"/> Chasquido de la mandíbula | <input type="checkbox"/> Sensible a líquidos/alimentos calientes/fríos |
| <input type="checkbox"/> Apretar/rechinar los dientes | <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado después de la extracción |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para abrir/cerrar la boca | <input type="checkbox"/> Sangrado de las encías al cepillarse los dientes o usar hilo dental |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |