

Hoja de Registro
Escriba Legiblemente



Chart # _____

Información del Paciente

Nombre del Paciente (Apellido, Primer Nombre, Inicial):

Nombre de Soltera/o u Otro Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Cuál es la dirección donde recibes correo?

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

No. de Teléfono _____ No. de Celular _____

No. del Trabajo _____

Fecha de Nacimiento _____ No. de Seguro Social _____ - _____ - _____

Estado Civil: Soltero/a _____ Casado/a _____ Otro _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Correo Electrónico _____

Raza: Blanco(a) de descendencia Latino/Hispano _____ Negro(a) de descendencia Latino/Hispano _____

Indio(a) Americano o Nativo(a) de Alaska de descendencia Latino/Hispano _____ Mas de una raza _____

Reúso/rechazo responder _____ Caucásico (Blanco) _____ Afro-Americano (Negro) _____

Americano Nativo _____ Oriental _____

Idioma de preferencia: Español Inglés Otro _____

Farmacia de preferencia: _____

Usted es veterano de las fuerzas Armadas de Los Estados Unidos? Si No

Persona Responsable Por la Cuenta

Nombre Completo _____

Fecha de Nacimiento _____ No. de Seguro Social _____ - _____ - _____

No. de Teléfono _____ Relación con el Paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____

Relación al paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

No. de Teléfono _____ No. de Celular _____

Información de su Aseguranza

Tiene seguro medico? Si No

Seguro Médico Principal _____

Seguro Médico Secundario _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Chart #: _____

Si necesita más espacio, por favor escribe atrás de la hoja.

¿Cuál es la razón de su visita con el doctor hoy?

1. _____

Indique todas las medicinas, vitaminas, y productos naturales que está tomando

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Para: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Para: _____

Historia Médica

¿Por cuál de las siguientes condiciones lo están tratando o lo han tratado en el pasado?

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Dolor (especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> Derrame | <input type="checkbox"/> Alta Presión | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón (especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas mentales (especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Otros (especifique: _____) |

Alergias

¿Tiene alergias? Penicilina Látex Otro (especifique: _____) Ninguna

Cirugías

Cirugía: _____ Fecha: _____ Cirugía: _____ Fecha: _____

Cirugía: _____ Fecha: _____ Cirugía: _____ Fecha: _____

Hospitalizaciones

Fecha (Mes/Año) : _____ Razón: _____

Fecha (Mes/Año) : _____ Razón: _____

Historia Familiar

¿Algún miembro de su familia ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? (Indique quien en el espacio.)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides _____ |
| <input type="checkbox"/> Derrame _____ | <input type="checkbox"/> Alta Presión _____ | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones _____ | <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Problemas mentales (especifique) _____ | |

Historia Social y Preventiva

- | | |
|--|---|
| ¿Fuma o masca tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si no, ¿lo ha usado antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Está expuesto al humo de cigarrillo en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si no, ¿ha estado expuesto antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Toma alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si no, ¿lo ha tomado antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Usa drogas ilegales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si no, ¿lo ha usado antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha sido expuesto a enfermedades transmitidas sexualmente? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Evaluación de Aprendizaje

¿Podemos dejar mensajes detallados en su teléfono? Sí No

¿Habla inglés? Sí No

¿Lee inglés? Sí No ¿Escribe inglés? Sí No

¿Lee español? Sí No ¿Escribe español? Sí No

¿Puede ver bien? Sí No Si no, ¿usa lentes o contactos (pupilentes)? Sí No

¿Escucha bien? Sí No Si no, ¿usa prótesis de oído? Sí No

¿Tiene alguna creencia o practica cultural o religiosa que pueda afectar su cuidado o tratamiento? Sí No

Si sí, por favor especifique: _____

¿Cómo le gusta aprender cosas nuevas? (Seleccione los que se apliquen.)

Leer Hablar Video Demostración Estudio personal Otro: _____ CG 12/3/10

El pago es requerido al tiempo de servicio. Favor de leer y firmar lo siguiente:

Escala para Descuento por Servicios y Honorarios

Entiendo que para recibir el descuento federal por los servicios otorgados en Family Healthcare, se me requiere proporcionar la prueba de ingreso para todos los asalariados en mi casa. Entiendo que todas las fuentes de ingreso, incluyendo salario, desempleo, seguro social, jubilación, asistencia después del divorcio, apoyo financiero de los niños e incapacidad serán incluidos. Entiendo que la verificación del ingreso es requerida y puede incluir talones de cheque, cartas de empleadores o de la persona que le mantiene, copias de información de los impuestos y/o documentos de servicios de gobierno. **Si no puedo presentar prueba de ingreso ahora, Family Healthcare me dará 7 días para traerlo.** También entiendo que mi verificación tiene que ser revisada cada 6 meses.

Entiendo que la prueba de ingresos me permite recibir descuentos por los servicios. Sé que pagaré un co-pago por cada visita y podrá haber cargos extras dependiendo de los servicios recibidos.

Entiendo que si tengo seguro de salud, Family Healthcare puede descontar servicios recibidos que no cobra mi seguro de salud con la prueba de los ingresos.

Acuerdo financiero y provisión de información

Autorizo a Family Healthcare (Centro de Salud Comunitario del Sudoeste de Utah) para cobrar a mi aseguranza por los servicios prestados. También autorizo a Family Healthcare para dar parcial ó total información de los records del paciente a cualquier persona u organización responsable por dichos pagos. Doy permiso a que una copia de esta autorización sea usada en lugar de la forma original, y requiero que los beneficios médicos que cubren mi aseguranza sean pagados a Family Healthcare (Centro de Salud Comunitario del Sudoeste de Utah). Entiendo que si no hay ningún beneficio o aseguranza disponibles, soy responsable por todos los pagos de esta cuenta y por todos los honorarios incurridos en los esfuerzos de colección de cualquier cobro vencido, incluyendo honorarios de agencias de colección ó trámites legales y abogados.

Permiso de Tratamiento

Doy mi autorización a Family Healthcare, a sus doctores y proveedores médicos a que me examinen de todo lo que sea necesario para el bien de mi salud y también que se me den las medicinas e inyecciones que sean necesarias en caso de tener alguna enfermedad.

He leído toda la información que está arriba y estoy de acuerdo con todo. Yo verifico que la información dada y la documentación de ingresos esta completa, que es verdadera y correcta según mi entendimiento. Entiendo que verificación de la información dada puede ser requerida a cualquier hora y por cualquier razón. Si soy inelegible mis servicios pueden ser terminados inmediatamente y/o ser procesado por fraude/perjurio. Notificaré a Family Healthcare de cualquier cambio de mi estado de salud, o de la información ya mencionada.

Firma del Paciente / Representante Legal

Fecha



AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Recibo de Aceptación Operativo: 14 de abril del 2003

Favor de leer cuidadosamente la Noticia de las Prácticas de Privacidad.

Este aviso describe cómo la información médica acerca de **USTED** puede ser usada y dada, y cómo **USTED** puede tener acceso a esta información.

La información médica no será dada a amigos o parientes, incluyendo la pareja, hasta que el paciente no firme un formulario dando su consentimiento. Este formulario está disponible en la recepción para cuando lo necesite.

CONSENTIMIENTO OPCIONAL:

Yo por la presente autorizo a Family Healthcare de compartir mi información médica a

(Nombre)

Yo entiendo que tendrán acceso a mi expediente médico ya sea verbal o escrito.

Yo he recibido una copia de los derechos de privacidad de la clínica y tengo oportunidad de hacer preguntas acerca de esta información y sus usos.

Firma del Paciente / Representante Legal

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER HISTORIAL EXTERNO DE PRESCRIPCIONES

Al firmar este documento, autorizo a Family Healthcare y a sus proveedores y afiliados la habilidad de obtener historial externo de prescripciones. Comprendo que el historial de prescripciones de otros proveedores médicos no afiliados, aseguranzas médicas, y farmacéuticos pueden ser vistos por los proveedores médicos y el personal de Family Healthcare y puede incluir prescripciones de varios años.

Mi firma certifica que he leído y comprendido la relación de este consentimiento y que doy autorización para el acceso a mi historial de prescripciones.

Firma del Paciente / Representante Legal

Fecha