

Asher Community Health Center

Formulario de registro de paciente
Patient Registration Form

Información del paciente Patient Information

Apellido: <i>Last Name:</i>	Nombre: <i>First Name:</i>	Segundo nombre: <i>Middle Name:</i>	
Número de Seguro Social: <i>Social Security Number:</i>	Fecha de nacimiento: <i>Date of Birth:</i>	Género: Masculino/Femenino <i>Gender: Male / Female</i>	
Dirección: <i>Street Address:</i>	Apartado de correos: <i>P.O. Box:</i>	Ciudad: <i>City:</i>	Estado: <i>State:</i>
Teléfono (hogar): <i>Telephone (Home):</i>		Código postal: <i>Zip:</i>	
Teléfono (trabajo): <i>Telephone (Work):</i>		Estado civil: Soltero / Casado / En pareja / Separado / Divorciado / Viudo <i>Marital Status: Single / Married / Partnered / Separated / Divorced / Widowed</i>	
Teléfono móvil: <i>Mobile:</i>		Nombre de cónyuge/pareja: <i>Name of Spouse/Partner:</i>	
Correo electrónico: <i>Email:</i>		Licencia de conducir (estado emisor/número): <i>Driver's License (Issuing State/Number):</i>	
Lengua materna: <i>Primary Language:</i>		Comunicarse por: Teléfono / Correo / No comunicarse <i>Contact By: Phone / Mail / Do Not Contact</i>	Necesita intérprete: Sí / No <i>Interpreter Needed: Yes / No</i>
Raza: Asiática/Nativa de Alaska/Índigena americana/Afrodescendiente/Nativa de Hawái/Isleña del Pacífico/Blanca/No indicada/Desconocida <i>Race: Asian / Alaskan Native / American Indian / Black / Native Hawaiian / Pacific Islander / White / Not Collected / Unknown</i>		Idioma: <i>What Language:</i>	
Grupo étnico: Hispano / No hispano / No indicado / Desconocido <i>Ethnic Group: Hispanic / Non-Hispanic / Not Collected / Unknown</i>		¿Es veterano? <i>Are you a Veteran?</i>	
Situación como estudiante: Tiempo completo / Tiempo parcial / NC <i>Student Status: Full-time / Part-time / NA</i>		Situación laboral: Tiempo completo / Tiempo parcial / Autónomo / Jubilado / Militar activo / Ninguna <i>Employment Status: Full-time / Part-time / Self / Retired / Active Military / None</i>	
Nombre del empleador: <i>Employer Name:</i>		Ocupación: <i>Occupation:</i>	
Dirección: <i>Address:</i>		Ciudad: <i>City:</i>	Estado: <i>State:</i>
Teléfono del empleador: <i>Employer Telephone:</i>		Código postal: <i>Zip:</i>	
¿Es trabajador agrícola? Sí / No <i>Are You an Agricultural Worker? Yes / No</i>		Fecha de empleo: <i>Date of Employment:</i>	
Tamaño de la familia: <i>Family Size:</i>		Sí la respuesta es "sí": De temporada / Migrante <i>If Yes: Seasonal / Migrant</i>	
¿Considera que no tiene hogar? (Encierre una opción en un círculo): <i>Do You Consider Yourself Homeless (circle one):</i>		Ingreso anual total del hogar: <i>Total Annual Household Income:</i>	
En la calle, un campamento o puente / En riesgo de quedarse sin hogar / Transitorio <i>Street, Camp, or Bridge / At Risk for Homeless / Transitional</i>		Vive en un refugio o centro evangélico / <i>Living in a Shelter or Gospel Mission /</i>	
Vive con otras personas (más de una familia por hogar) / Actualmente no vive en la calle; sí lo hizo en los últimos 12 meses <i>Living with others (more than one family per home) / Current not Homeless, was in the Last 12 Months</i>			
Profesional médico de cabecera: <i>Primary Care Provider:</i>			
Encierre en un círculo todas las opciones que correspondan: <i>Circle all that apply:</i>			
Membresía de Air Link <i>Air Link Membership</i>		Membresía de Life Flight <i>Life Flight Membership</i>	Ninguna <i>None</i>

Información de la parte responsable
Responsible Party Information

<input type="checkbox"/> Igual a la anterior <input type="checkbox"/> Same as Above		Vínculo del paciente con la parte responsable: Él mismo / Cónyuge / Pareja / Hijo / Tutor <i>Patient's Relationship to Responsible Party: Self / Spouse / Partner / Child / Guardian</i>		
Apellido: <i>Last Name:</i>		Nombre: <i>First Name:</i>	Segundo nombre: <i>Middle Name:</i>	
Número de Seguro Social: <i>Social Security Number:</i>		Fecha de nacimiento: <i>Date of Birth:</i>	Género: Masculino/Femenino <i>Gender: Male / Female</i>	
Dirección: <i>Address:</i>		Ciudad: <i>City:</i>	Estado: <i>State:</i>	Código postal: <i>Zip:</i>
Teléfono (hogar): <i>Telephone (Home):</i>		Estado civil: Soltero / Casado / En pareja / Separado / Divorciado / Viudo <i>Marital Status: Single / Married / Partnered / Separated / Divorced / Widowed</i>		
Teléfono (trabajo): <i>Telephone (Work):</i>		Nombre de cónyuge/pareja: <i>Name of Spouse/Partner:</i>		
Licencia de conducir (estado emisor/número): <i>Driver's License (Issuing State/Number):</i>		Comunicarse por: Teléfono / Correo / No comunicarse <i>Contact By: Phone / Mail / Do Not Contact</i>		
Lengua materna: <i>Primary Language:</i>		Necesita intérprete: Sí / No <i>Interpreter Needed: Yes / No</i>	Idioma: <i>What Language:</i>	
		Situación laboral: Tiempo completo / Tiempo parcial / Autónomo / Jubilado / Militar activo / Ninguna <i>Employment Status: Full-time / Part-time / Self / Retired / Active Military / None</i>		
Nombre del empleador: <i>Employer Name:</i>		Ocupación: <i>Occupation:</i>		
Dirección: <i>Address:</i>		Ciudad: <i>City:</i>	Estado: <i>State:</i>	Código postal: <i>Zip:</i>
Teléfono del empleador: <i>Employer Telephone:</i>		Fecha de empleo: <i>Date of Employment:</i>		
Tamaño de la familia: <i>Family Size:</i>		Ingreso anual total del hogar: <i>Total Annual Household Income:</i>		

Información de contacto de emergencia
Emergency Contact Information

Nombre del 1.º contacto: <i>1st Contact Name:</i>		Cónyuge / Pareja / Padre o madre / Hijo / Hermano / Amigo / Abogado <i>Spouse / Partner / Parent / Child / Sibling / Friend / Attorney</i>		
Teléfono (hogar/trabajo): <i>Telephone (Home/Work):</i>	Dirección: <i>Address:</i>	Ciudad: <i>City:</i>	Estado: <i>State:</i>	Código postal: <i>Zip:</i>
Nombre del 2.º contacto: <i>2nd Contact Name:</i>		Cónyuge / Pareja / Padre o madre / Hijo / Hermano / Amigo / Abogado <i>Spouse / Partner / Parent / Child / Sibling / Friend / Attorney</i>		
Teléfono (hogar/trabajo): <i>Telephone (Home/Work):</i>	Dirección: <i>Address:</i>	Ciudad: <i>City:</i>	Estado: <i>State:</i>	Código postal: <i>Zip:</i>

Asher Community Health Center

Formulario de registro de paciente
Patient Registration Form

Consentimiento para el tratamiento *Consent to Treat*

Autorización/Exoneración: Por el presente autorizo a Asher Community Health Center a proporcionar servicios médicos, incluyendo una cirugía si es necesario, tanto de forma regular como en casos de emergencia, según se determine que es lo mejor para mí o para el paciente indicado arriba, por quien soy responsable legalmente, incluso si el paciente es menor de edad.
Authorization/Release: I hereby authorize Asher Community Health Center to provide medical services, including surgery if necessary, either regular or emergency, as may be determined to be in the best interest of myself or patient above, for whom I am legally responsible, even if the patient is a minor.

También acepto ceder los beneficios a Asher Community Health Center de cualquier póliza utilizada para reembolsar los gastos en los que se incurra durante mi consulta, o la consulta del paciente, en Asher Community Health Center. Entiendo que revocar mi consentimiento eliminará el pago de beneficios y que soy responsable financieramente por todos los cargos cubiertos por el seguro o no. Esta autorización será válida hasta que presente una notificación por escrito.
I also agree to assign benefits to Asher Community Health Center from any policy used to reimburse charges incurred during my, or the patient's, visit with Asher Community Health Center. I understand that revoking my consent will eliminate benefit payment and that I am financially responsible for all charges whether or not covered by insurance. This authorization shall remain valid until written notice is given by me.

Nombre del paciente: _____

Patient Name:

Firma: _____

Signature: (padre o madre/tutor legal si es menor de 15 años)
(parent /legal guardian if under 15)

Fecha: _____

Date:

N.º de hist. clínica _____
MRN#

Asher Community Health Center

Servicios clínicos de Asher

Recepción del Aviso de prácticas de privacidad

Revíselo con atención.

El Aviso de prácticas de privacidad que recibió explica cómo Asher Community Health Center (ACHC) puede usar o divulgar información de salud protegida (*protected health information*, PHI) sobre usted. Sin embargo, es posible que el Aviso de prácticas de privacidad no describa todas las circunstancias en las que ACHC puede estar autorizado a divulgar su PHI.

Confirmando haber recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de ACHC y haber tenido la posibilidad de hacer preguntas sobre cómo se puede usar o divulgar mi información.

Nombre del paciente (en imprenta)

Firma del paciente o padre/madre/tutor legal si es menor de 15 años

Fecha

DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

A continuación indique los nombres de las personas a las que da permiso para que Asher Community Health Center divulgue su información de salud personal: (cónyuge, familiar, amigo cercano, etc.)

1. _____ 2. _____ 3. _____

Firma del paciente o padre/madre/tutor legal si es menor de 15 años

Fecha

En ocasiones, ACHC tiene la necesidad de comunicarse con un paciente por motivos vinculados con su atención. Esto podría tratarse de solicitar una consulta de seguimiento o de programar una consulta para hablar de los resultados del laboratorio. **Si no estoy disponible cuando un empleado de ACHC me llame, apruebo que se me deje un mensaje con la persona que responda el teléfono o puede dejar un mensaje en el correo de voz o la máquina contestadora.**

Firma del paciente o padre/madre/tutor legal si es menor de 15 años

Fecha

****solo para uso de la oficina****

Fecha de divulgación

Nombre/dirección de la persona/entidad que reciba la PHI

PHI divulgada

Motivo de la divulgación

Divulgado por

Completar en imprenta con tinta azul o negra

Nombre completo: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

¿ALGUNA VEZ TUVO ALGUNA ALERGIA O UNA REACCIÓN NEGATIVA A UN MEDICAMENTO?

MEDICAMENTO:	REACCIÓN:

¿TIENE o alguna vez tuvo algo de lo siguiente? Marque “sí” o “no”

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Alergias			Anemia			Ansiedad		
Artritis			Asma			Transfusión de sangre		
Cáncer			Cataratas			Insuficiencia cardíaca congestiva (fallo cardíaco)		
Coágulos (sangrado)			EPOC			Depresión		
Diabetes			Enfisema			Acidez estomacal		
Glaucoma			Soplo cardíaco			VIH/sida		
Hipertensión			Enfermedad renal			Meningitis		
Infarto agudo de miocardio (ataque cardíaco)			Problemas en los nervios/pulmones			Osteoporosis		
Convulsiones			Anemia drepanocítica			Accidente cerebrovascular		
Consumo de sustancias			Enfermedad de la tiroides			Tuberculosis		
Úlceras			Otro			Otro		

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

¿Le realizaron a USTED alguna de las cirugías indicadas a continuación? Si le realizaron un procedimiento que no esté indicado, inclúyalo como “otro”.

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Apendicectomía			Cesárea			Cirugía prostática		
Cirugía cerebral			Cirugía ocular			Intestino delgado		
Cirugía de mama			Cirugía por fractura			Cirugía de la columna vertebral		
Bypass de arteria coronaria/corazón			Reparación de hernia			Ligadura de trompas		
Vesícula biliar			Histerectomía			Reemplazo de válvula		
Cirugía de colon			Reemplazo de articulación			Vasectomía		
Cirugía cosmética			OTRO			OTRO		

				ANTECEDENTES SOCIALES:				Tabaco			
¿Consumes alcohol actualmente o lo hizo en el pasado?	nunca	actualmente		en el pasado		¿Consumes tabaco actualmente o lo hizo en el pasado?	nunca	actualmente	en el pasado		
Tipo	Cantidad por día					Tipo	Cantidad por día	Cantidad de años	Fecha en que dejó		
Copas de vino						Cigarrillos					
Latas de cerveza						Puros					
Tragos de licor						Pipa					
Bebidas que contienen 0.5 oz de alcohol						Masticar tabaco					
¿Listo para dejarlo?						¿Listo para dejarlo?	Sí o No				
Medicamentos actuales						Consumo de drogas					
						¿Consumes o alguna vez consumiste algo de lo siguiente?	nunca	actualmente		en el pasado	
						Tipo	Cantidad de veces a la semana		Fecha en que dejó		
						Marihuana					
						Éxtasis					
						Metanfetaminas					
						Heroína					
						Cocaína Crack					
						Analgésicos					
Actividad sexual	Sí	No	No actualmente		Estado civil	Soltero	Casado	Divorciado	Viudo		
Última menstruación	Fecha:					Ocupación			¿Hace cuánto?		
Método anticonceptivo						Ocupación			¿Hace cuánto?		
Orientación sexual	Heterosexual no lesbiana ni gay	Lesbiana	Gay	Bisexual		Algo más	No sabe	Prefiere no revelarlo			
Identidad de género	Masculino	Femenino	Hombre a mujer transexual		Mujer a hombre transexual	Otra	Prefiere no revelarlo				