



Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Social Security# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

¿Cómo supo de nosotros? \_\_\_\_\_ ¿A quién le agradecemos por referirlo? \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino Estado Civil  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado Idioma  Inglés  Español Otro \_\_\_\_\_

Raza:  Blanca  Negra  Hispana  Asiática  Otra \_\_\_\_\_ Grupo étnico:  Hispano  No Hispano Otro \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Primaria \_\_\_\_\_ #Póliza \_\_\_\_\_ #Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Principal \_\_\_\_\_ Fecha Nac \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Secundaria \_\_\_\_\_ #Póliza \_\_\_\_\_ #Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Principal \_\_\_\_\_ Fecha Nac \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Farmacia \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Doy permiso para que me recuerden de mis citas por medio de  celular  teléfono de la casa  texto  e-mail?

No doy consentimiento

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ¿Desea designar a un representante, al que le otorga permiso para compartir su información personal de salud (PHI)?  NO  SI (Puede revocar esta designación en cualquier momento.)

Representante \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ # Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Aceptamos su seguro después de verificar que han satisfecho el deducible anual y si el motivo de su visita está cubierto por su póliza. Mi firma autoriza la liberación de mi información médica (y la de mis dependientes) a la compañía de seguros. Autorizo a mi compañía de seguros o beneficios del gobierno a efectuar pago de mis gastos médicos directamente a esta oficina. Soy responsable de cualquier copago, co-seguro, deducibles y/o servicios no cubiertos por mi plan de seguro. Entiendo que soy responsable por todos los costos incurridos en el intento de cobrar esta deuda. Certifico que la información dada por mí es completa y exacta. He leído y entendido, y estoy de acuerdo con lo anterior. Entiendo que es necesario un aviso de 24 horas para cancelar o reprogramar cita, para evitar un cargo por cancelación de \$25.00. Esto permite programar otro paciente que también se beneficiara de tratamientos y servicios médicos. Esta política de cita permite el desarrollo de una mutua consideración y respeto por mi tiempo y el de esta oficina.

FIRMA DEL PACIENTE (o tutor si menor de edad) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

(Tenga la amabilidad de presentar su tarjeta de seguro e identificación a la recepción. Gracias y bienvenido.)



HISTORIA MEDICA

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón de su visita? \_\_\_\_\_ Periodo de duración \_\_\_\_\_

¿A dónde está localizado el problema? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo le empezó? \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos ha usado? \_\_\_\_\_

¿Tiene alergias a algún medicamento?  N  Y Provea los nombres \_\_\_\_\_

Para las mujeres solamente:

¿Está embarazada  N  Y ¿Está planeando un embarazo  N  Y ¿Est lactando a un hijo?  N  Y

¿Toma anticonceptivos?  N  Y Nombre \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES MEDICOS

Por favor, marque todos los que apliquen a su condición de salud:

- Soy sano
- Enfermedad de la tiroides ( híper /  Hipo)
- Diabetes
- Presión arterial alta
- Historia de ataque al corazón
- Marcapasos
- Asma
- Alergias respiratorias
- Historia de Hepatitis
- Cáncer de piel:  Melanoma,  No Melanoma
- Trastornos de sangrado
- SIDA
- Desequilibrios hormonales
- Otras condiciones? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna cirugía?  N  Y Especifique \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento?  N  Y (Provea los nombres y dosis)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES

	¿Que condiciones de salud padece?	Si fallecido, provea la causa y edad
Padre		
Madre		
Hermanos		

HISTORIA SOCIAL

Ocupación \_\_\_\_\_ ¿Fuma?  N  Y ¿Cuánto al día? \_\_\_\_\_ ¿Por cuántos años? \_\_\_\_\_

Si usted fumó en el pasado, ¿cuánto fumó por día y por cuántos años? \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas alcohólicas?  N  Y ¿Cuanto toma por día? \_\_\_\_\_ ¿Usa drogas?  N  Y \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE (o tutor si menor de edad) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

NOTIFICACION AL PACIENTE  
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO  
AUTORIZACION DE BENEFICIOS

Autorizo al personal de Acebo Health Center a examinarme y brindarme cuidados, incluyendo procedimientos y pruebas que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de mis condiciones de salud. Comprendo que todos los procedimientos médicos ofrecen riesgos de salud que pudieran incluir sangramiento, infecciones y cicatrices.

Autorizo al personal de Acebo Health Center a tomar fotografías para mi expediente médico y propósitos educacionales. Las fotografías incluirían porciones apropiadas de mi cuerpo para demostrar procedimientos/ cirugías, y que la identidad de estos materiales será protegida. Comprendo que los procedimientos cosméticos podrían requerir fotografías de antes y después. Entiendo que las muestras de sangre y tejido podrían ser enviados a laboratorio clínicos para ser examinados y que el laboratorio podría enviarme una factura por estos servicios.

Entiendo que el laboratorio es responsable de cobrar a mi seguro por estos servicios, y que es independiente de los servicios administrados en esta oficina. Autorizo que los pagos de los beneficios de mi seguro médico sean efectuados a Acebo Health Center por mi compañía de seguro por aquellos servicios que se me han prestado. Autorizo a Acebo Health Center a compartir mi información médica con la compañía de seguro si esta requiriese dicha documentación como requisito para ofrecer pago por los servicios recibidos.

Entiendo que mi compañía de seguro podría no hacerse responsable por ciertos procedimientos o medicinas. Asumo la responsabilidad personal por cualquier servicio que no sea cubierto o sea negado, así como deducibles y/o co-pagos establecidos por mi compañía de seguro médico. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad por dichos cargos no cubiertos.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE  
(o tutor si menor de edad)

\_\_\_\_\_  
FECHA

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACION PERSONAL DE  
SALUD Y CONFIRMACION DE RECIBO DE LA NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Confirmo que se me ha proveido con la "Nota De Practicas De Privacidad" de **ACEBO HEALTH CENTER**, y doy mi consentimiento para usar y compartir Información Personal De Salud como lo permita y/o requiera dicha ley.

Nombre Del Paciente: *(use letra de molde por favor)* \_\_\_\_\_

Firma Del Paciente *(o representante legal; prueba puede ser requerida)* \_\_\_\_\_

Fecha: *(dd/mm/aa)* \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO/MENSAJES DE TEXTO A MOVIL

**Propósito:** Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil en referencia a su Información de Salud Protegida. **ACEBO HEALTH CENTER., (AHC)** ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. Transmitir información vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. **AHC** usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, **AHC** no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil entre **AHC** y yo consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

Mi Correo Electrónico Autorizado es \_\_\_\_\_

Mi Mensaje de Textos Autorizado es \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE (o tutor si menor de edad)

\_\_\_\_\_  
FECHA