**Información del paciente:** Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nickname\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Estudiante: ❑Sí❑ No

Estado Civil: Casado❑ Soltero❑ Pareja de Vida❑ Divorciada❑ Viuda❑ Género: Hombre❑ Mujer❑ Otro❑

Dirección postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de los cónyuges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha De Nacimiento: \_\_\_/\_\_/\_\_\_Número de Seguro Social: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_ ¿Cómo te enteraste de nosotros?

Redes Sociales❑ sitio web❑ Miembro de la familia❑ Amigo❑ Médico❑ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Quieres hacer de ACHC tu hogar médico? Sí❑ No❑ No estoy seguro ❑

¿Desea que se transfieran sus registros? ❑ Sí No ❑

¿Desea obtener información sobre nuestro Programa tarifa ajustable? Sí❑ No❑

**Información de la parte responsable**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Eel Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono Residencial: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

**Información de seguros**

Seguros Primaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del grupo o empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del suscriptor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Relación del suscriptor con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

número de grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del grupo o empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del suscriptor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Relación del suscriptor con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO.** Doy mi consentimiento voluntario para la atención y el tratamiento por parte de Adams County Health Center, Inc. (ACHC) y sus médicos, profesionales y personal afiliados, incluidos, entre otros, atención médica, dental, terapéutica y de enfermería para pacientes ambulatorios; pruebas y procedimientos de diagnóstico, laboratorio y radiológicos; y cualquier otra atención que el proveedor, profesional o miembro del personal que lo considere razonablemente necesario o aconsejable. Si el personal de ACHC sufre un pinchazo de aguja o está expuesto a sangre o fluidos corporales, doy mi consentimiento para la prueba de cualquier enfermedad transmitida por la sangre para la protección del personal de ACHC.

**DIRECTIVAS ANTICIPADAS.**  Indique si el paciente ha ejecutado una directiva anticipada, por ejemplo:

[ ] Testamento vital [ ] Poder notarial duradero [ ] POST [ ] Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] No he ejecutado una Directiva Anticipada.

**CONDICIONES PARA EL TRATAMIENTO EN ACHC.** En consideración a la atención y el tratamiento que recibiré o he recibido en ACHC, acepto lo siguiente:

**1. Responsabilidades del paciente.** Acepto cumplir con las Responsabilidades del Paciente establecidas en el Aviso de Prácticas de Privacidad separada de ACHC, así como las descritas en este consentimiento.

**2. Pago.** Acepto que soy responsable de cualquier copago, deducible u otros cargos por servicios que no sean pagados por seguros, programas gubernamentales u otros pagadores, excepto según lo prohíba la ley aplicable o cualquier acuerdo entre mi compañía de seguros y ACHC. Reconozco que el pago por todos los servicios del departamento prestados (clínica, laboratorio, rayos X, salud conductual, terapia física) vence en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos de pago con el Coordinador de Cuentas por Cobrar. No hay excepciones a esto. El seguro se factura con gusto como cortesía a nuestros pacientes cuando se nos proporciona información actualizada. Las formas de pago aceptables son: efectivo, cheque personal o de empresa, tarjeta de crédito o débito (solo Visa o MasterCard), giro postal personal o cheque de caja.

En el caso de los hijos menores, el adulto que lleva al niño a su cita es responsable del pago de la cuenta.

**3. Cesión.** Por la presente, asigno y autorizo el pago directo a ACHC de cualquier pago u otros beneficios a los que pueda tener derecho de cualquier programa gubernamental, compañía de seguros u otra entidad que sea o pueda ser responsable de los costos asociados con la atención. Acepto que esta asignación no se retirará ni anulará en ningún momento hasta que mi cuenta se pague en su totalidad. Tenga en cuenta que no podemos aceptar la responsabilidad de cobrar un reclamo de seguro después de 60 días, o de negociar un reclamo en disputa. El reembolso del seguro es un contrato entre el paciente, su empleador y la compañía de seguros.

**4. Prácticas de facturación.** Entiendo y acepto que cualquier cotización de cargos por servicios prestados y / o beneficios de seguro disponibles son estimaciones basadas en la mejor información disponible en ese momento. ACHC puede modificar dichas cotizaciones y seré responsable de los cargos por los servicios realmente prestados. Cuando el seguro esté disponible, ACHC facturará y permitirá un tiempo razonable para que la compañía de seguros pague. Seré responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro. Si no se recibe el pago, se me facturarán todos los cargos e intereses. El pago vence al recibir la factura.

**SIN GARANTÍA.** Entiendo y estoy de acuerdo en que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han hecho garantías con respecto a los resultados de mi atención o tratamiento en ACHC.

**PERSONAS POR LAS QUE ACHC NO ES RESPONSABLE.** Entiendo que ACHC solo es responsable de los actos de sus empleados que actúan dentro del alcance y el curso de sus funciones. Entiendo que las personas que no están empleadas por ACHC pueden estar involucradas en mi atención o tratamiento, incluidos, entre otros, contratistas, proveedores o productos independientes.

Técnicos. Entiendo que ACHC no es responsable de los actos u omisiones de no empleados o empleados de ACHC que actúen fuera del curso y alcance de sus deberes.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.**  He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de ACHC en esta ocasión o en una ocasión anterior. [Por favor inicial]: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

He leído, entiendo y acepto completamente este Consentimiento y Condiciones de Tratamiento. Certifico que soy el Paciente o el representante legalmente autorizado del Paciente y tengo autoridad para ejecutar este Consentimiento y Acuerdo en nombre del Paciente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este Consentimiento y Condiciones de Tratamiento y he tenido mis preguntas respondidas a mi satisfacción.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre de la impresión) (Fecha)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el paciente/autoridad

**Consentimiento para permitir que un miembro de la familia u otra persona involucrada en la atención o el pago acceda a la información médica**

Las personas que se enumeran a continuación son miembros de la familia u otras personas que están involucradas en la atención médica del paciente o en el pago de la atención médica. Doy permiso al Centro de Salud del Condado de Adams (ACHC) para divulgar la información de salud protegida del Paciente a dichas personas.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: | Relación: | Número de teléfono:  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Además de las personas mencionadas anteriormente, hay o puede haber otras personas que están involucradas en la atención médica del Paciente o en el pago de la atención médica. Este consentimiento *no* tiene la intención de limitar la autoridad de ACHC para divulgar información de salud protegida a dichas otras personas en la medida permitida por la ley aplicable, incluyendo pero no limitado a 45 CFR 164.510. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Fecha*Si está firmado por un representante personal:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Imprimir el nombre del Representante Personal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Autoridad estatal de Representante Personal o relación con el paciente. |  |  |

**RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE QUEJAS DE LOS PACIENTES**

La siguiente es la Política de Quejas de Pacientes de Adams County Health Center Inc. Por favor, firme a continuación para reconocer que ha leído esto y se le dio una copia del folleto del Aviso de Prácticas de Privacidad de ACHC.

**POLÍTICA DE QUEJAS DE PACIENTES**

Si siente que se le ha negado un beneficio o servicio debido a su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, creencias religiosas o políticas, o si siente que se ha violado su privacidad / confidencialidad, puede presentar una queja ante un miembro del Equipo Ejecutivo de este centro por escrito. Se le emitirá una respuesta por escrito dentro de los 15 días posteriores a la notificación de la queja. Si siente que necesita ayuda, también puede presentar una queja ante los ESTADOS UNIDOS. Departamento de Salud y Servicios Humanos o Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (ver direcciones a continuación). Su queja debe ser por escrito, debe incluir su nombre, dirección, número de teléfono y una breve descripción del incidente. Si necesita ayuda, un miembro del Equipo Ejecutivo estará disponible para ayudarlo. No tomaremos represalias ni tomaremos medidas contra usted por presentar una queja.

Equipo Ejecutivo:

CEO: Kim R. Smith o CFO: Wendy Mott

Dirección: 205 N. Berkley, P.O. Box 428, Council, ID 83612

Teléfono: 208-253-4242

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma de patinete: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (o representante legal autorizado del paciente)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados UnidosDepartamento de Salud y Bienestar de Los Estados Unidos

2201 Sexta Avenida – M/S: RX-11Oficina de privacidad

Seattle, WA 98121-1831P.O. Caja 83720

Boise, ID 83720-0036

*Aprobado: 23/09/09*

*Revisado y Aprobado 27/01/10; 30/11/16; 23/02/2022*

**Adams County Health Center Inc. - Encuesta de pacientes**

Tómese un momento para responder las preguntas a continuación para ayudarnos a recopilar datos para cumplir con nuestros requisitos de subvención de Centros de Salud Federalmente Calificados.

**Toda la información que se recopila en este formulario es para nuestro Financiamiento Federal en el Centro de Salud del Condado de Adams. Su información permanecerá confidencial.**

1. **Por favor, rodee el tamaño de la familia y el nivel de ingresos mensuales** en el que mejor se ajuste. El tamaño de la familia incluye a todos los residentes en el hogar. El ingreso mensual es para todos los residentes del hogar.

 PAUTAS DE NIVEL DE INGRESOS MENSUALES 2022.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tamaño de la familia | Renta | Renta | Renta | Renta | Renta | Renta |
| 1 | US $ 1.133 | US$ 1.416 | US$ 1.699 | US$ 1.982 | US$ 2.265 | US$ 2,266 |
| 2 | US$ 1.526 | US$ 1.907 | US$ 2.289 | US$ 2.670 | US $ 3.052 | US $ 3.053 |
| 3 | US$ 1.919 | US$ 2.399 | US$ 2.879 | US$ 3.359 | US$ 3.838 | US$ 3.839 |
| 4 | US$ 2.313 | US$ 2.891 | US$ 3.469 | US $ 4.047 | US$ 4.625 | US$ 4.626 |
| 5 | US$ 2.706 | US$ 3.382 | US $ 4.059 | US$ 4.735 | US$ 5.412 | US$ 5.413 |
| 6 | US $ 3.099 | US$ 3.874 | US$ 4.649 | US$ 5.424 | US $ 6.198 | US $ 6.199 |
| 7 | US$ 3.493 | US$ 4.366 | US$ 5.239 | US $ 6.112 | US$ 6.985 | US$ 6.986 |
| 8 | US$ 3.886 | US$ 4.857 | US$ 5.829 | US$ 6.800 | US$ 7.772 | US$ 7.773 |
| 9 | US$ 4.279 | US$ 5.349 | US$ 6.419 | US$ 7.489 | US$ 8.558 | US$ 8.559 |
| 10 | US$ 4.673 | US$ 5.841 | US $ 7.009 | US $ 8.177 | US $ 9.345 | US $ 9.346 |

*\*Si se niega a responder a la pregunta anterior, por favor consulte aquí****❑***

1. ¿Eres un veterano? ❑Sí ❑NO (*Si respondió "Sí", verifique todo lo que corresponda)*

❑servicio activo ❑reserva activa ❑Guardia Nacional ❑ Retirado

3) ¿Ha sido dado de baja de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? ❑Sí ❑No

❑aprobación de la gestión general ❑ aprobación de la gestión honorable ❑separado ❑otra descarga ❑elija no responder

4) Por favor, compruebe la carrera correspondiente:

❑Blanco ❑Nativo Hawaiano ❑Isleño del Pacífico ❑Negro/Afroamericano ❑Indio Americano/Nativo de Alaska ❑Asiático Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5) Por favor, compruebe la etnia apropiada:

❑Hispano o Latino ❑No Hispano o Latino ❑Desconocido/No Reportado

*Si se niega a elegir una raza o etnia, consulte aquí: ❑*

6) Orientación sexual:

❑Lesbiana o Gay ❑Heterosexual (no lesbiana o gay) ❑Bisexual ❑Algo más ❑no sé ❑Eligió no revelar

7) Identidad de género:

❑Hombre ❑Mujer ❑Transgénero Hombre/Mujer a Hombre ❑Transgénero Mujer/Hombre a Mujer ❑Otro

❑elegir no divulgar

8) En algún momento en los últimos 2 años, ¿ha sido su principal fuente de ingresos o el trabajo agrícola migrante o de su familia?

❑Sí ❑No ❑elijo no responder

9) ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?

❑Tengo vivienda ❑No tengo vivienda (alojarme con otros, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil o en un parque) ❑elijo no responder

10) ¿Le preocupa perder su vivienda?

❑Sí ❑No ❑elijo no responder

11) ¿Cuál es el nivel más alto de la escuela que has terminado?

❑ Menos que el título de la escuela secundaria ❑Diploma de escuela secundaria o GED ❑más que la escuela secundaria ❑elijo no responder

12) ¿Cuál es su situación laboral actual?

❑desempleado ❑trabajo a tiempo parcial o temporal ❑trabajo a tiempo completo ❑desempleados pero que no buscan trabajo (por ejemplo, estudiantes, jubilados, discapacitados, cuidadores primarios no remunerados)

por favor escriba: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑elija no responder

13) En el último año, ¿usted o algún miembro de su familia con el que vive no ha podido obtener nada de lo siguiente cuando realmente se necesitaba? Marque todo lo que corresponda.

❑Comida ❑Ropa ❑Utilidades ❑cuidado de niños ❑medicamentos o cualquier otro cuidado de la salud (dental, salud mental, visión, médico) ❑Teléfono ❑elija no responder

14) ¿La falta de transporte le ha impedido las citas médicas, las reuniones, el trabajo o obtener las cosas necesarias para la vida diaria? Marque todo lo que corresponda

❑ Sí, me ha impedido las citas médicas ❑Sí, me ha impedido obtener los medicamentos, las citas de reuniones no médicas o obtener cosas que necesito ❑No ❑elija no responder

15) ¿Con qué frecuencia ves o hablas con personas que te importan y con las que te sientes cerca? (Por ejemplo: hablar con amigos por teléfono, visitar amigos o familiares, ir a reuniones de la iglesia o club)

❑Menos de una vez a la semana ❑1 o 2 veces a la semana ❑3 a 5 veces a la semana ❑5 o más veces a la semana

❑Elijo no responder

16) El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está preocupada. ¿Qué tan estresado estás?

❑De nada ❑Un poco ❑algo ❑Un rato largo ❑Mucho ❑Elijo no responder

17) En el último año, ¿has tenido miedo de tu pareja o ex pareja?

❑Sí ❑No ❑inseguro ❑No he tenido pareja en el último año ❑ Elijo no responder

18) ¿Te sientes física y emocionalmente seguro donde vives actualmente?

❑Sí ❑No ❑inseguro ❑ Elijo no responder

19) En el último año, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil?

❑Sí ❑No ❑Elijo no responder

Nombre del paciente (por favor imprimir): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de Paciente**: **Numero de telefono**

**Fecha de Naciemento**

**Por favor la lista reciente los médicos implicados en el cuidado de su salud y su ubicación:**

 Proveedor Ubicación

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Tienes una historia de las siguientes condiciones?** Si No Detalle

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diabetes |  |  |  |
| Enfermedad de corazon |  |  |  |
| Alta Presión Sanguínea |  |  |  |
| Colesterol Alto |  |  |  |
| Cáncer |  |  |  |
| Dolor crónico |  |  |  |
| Enfermedad pulmonar |  |  |  |
| Asma |  |  |  |
| Depresión  |  |  |  |
| Otro |  |  |  |

**Por favor lista de cirugías anteriores y el año que se realiza:**

 Cirugía Año de ejecución Ultimo Ciclo Menstrual

 Fecha:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|   |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Por favor indique cualquier procedimiento médico preventivo**:

 Procedimiento SI NO Fecha? (más reciente) Dónde? ¿Quién lo hizo?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| La colonoscopia  |  |  |  |  |  |
| PAP |  |  |  |  |  |
| Mamografía |  |  |  |  |  |
| Densitometría ósea |  |  |  |  |  |

**Por favor lista medicamentos están actualmente tomando como suplementos y hierbas**:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

 La Medicina Dosis Frecuencia

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Por favor una lista de alergias: ¿Cuál fue su reacción?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Por favor díganos acerca de usted:**

 Estado Civil (por favor marque) Soltero/Divorciado Casado Viuda

 Niños (Edad)

 Ocupación (pasado o presente o discapacitado)

 Tabaco: Si No Tipo Cantidad

 Alcohol: Tipo (i.e. whisky , cerveza, etc.) Número de bebidas

 Uso de drogas ilícitas

 Cafeína: Si No Tipo Cantidad por día:

**Historia Familia**

Problemas de salud Relación con usted, la edad del miembro de la familia y causa de la muerte (si el fallecido)

|  |  |
| --- | --- |
| Cáncer  |  |
| Enfermedad del corazón |  |
| Derrame Cerebral |  |
| Diabetes |  |
|  Alta Presión Sanguínea  |  |
| illnes mentales |  |
| Otro |  |

**Revisión de sistemas en los últimos 6 meses (circule las que apliquen)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CONSTITUTUIONALFatigaFiebres Sudores Nocturnos | CARDIACOPecho del dolor o latidos cardíacos irregulares o competir con dolor en las piernas la presión al caminar | METABOLICIntolerancia al calor o frioExcesivo hambre o sed | PielerupcionesComezónLos tumores de senos |
| OJOSDescargaPérdida de la visión | GASTROINTESTINALDolor abdominalEstreñimientoDiarrea | NEUROLÓGICOPérdida de memoriatrastornos de la marchaMareoLos dolores de cabezaconvulsiones | MUSCULOESQUELÉTICODolor en las articulacionesDebilidad muscularcalambres |
| Oídos, nariz y gargantaPérdida de la audicióndrenaje del oídodrenaje nasal | GENITOURINARIASDolor al orinarSangre en la orinaPene o flujo vaginalExceso de orina | PSIQUIÁTRICODepresiónAnsiedad | HEMATOLÓGICA / LINFÁTICAMoretones con facilidadsangrado fácil |
| RESPIRATORIODificultad para respirarTossibilancias |  |  | INMUNOLÓGICALas alergias estacionalesAlergias a los alimentos |

 Este formulario será revisado por el médico que haya seleccionado antes de la aceptación como un nuevo paciente y antes de una cita está programada.

 Libero la información adjunta al centro de salud del Condado de Adams. En caso de que yo no soy aceptado como paciente, entiendo que esta información será destruida. Si yo soy aceptado como paciente, esta información se almacenará en mi carta astral.

**Firma de Paciente**: **Fecha:**