



Formulario de Registro de Pacientes

El formulario es para pacientes nuevos o pacientes que no han sido atendidos por un proveedor en más de dos años. Deberá completar este formulario en su totalidad antes de su primera cita.

DATOS DEMOGRÁFICOS

<i>Datos deben coincidir con ID</i>	Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Sexo (al nacer) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha De Nacimiento (MM/DD/AAAA)	#Seg Social
<i>Nombre Alterno</i>						
<i>Si es menor (18 años o menos)</i>	Parent/Guardian Full Name: _____ Relationship: _____			Parent: Guardian DOB: ___/___/___		
	Parent/Guardian Full Name: _____ Relationship: _____			Parent: Guardian DOB: ___/___/___		
<i>Dirrección</i>	Dirección de la calle		Cuidad	Estado	Código Postal	
<i>Información de contacto</i>	Teléfono residencial	Teléfono celular	Teléfono alterno	Correo electrónico		
<i>Contacto de emergencia</i>	Apellido	Nombre	Teléfono celular	Relación con el paciente		
FARMACIA PREFERIDA Si se deja en blanco se asignará la farmacia de HFHC						

INFORMACIÓN SOBRE PÓLIZAS DE SALUD (TARJETA ES REQUERIDA EN CADA VISITA)

<input type="checkbox"/> El paciente NO tiene seguro					
<input type="checkbox"/> El paciente tiene un seguro médico privado		<input type="checkbox"/> El paciente tiene un seguro médico privado		<input type="checkbox"/> El paciente tiene un seguro médico privado	
Nombre de la compañía de seguros:		Nombre de la compañía de seguros:		Nombre de la compañía de seguros:	
Empleador:		Empleador:		Empleador:	
Nombre del titular de la póliza:		Nombre del titular de la póliza:		Nombre del titular de la póliza:	
Número de póliza#:		Número de póliza#:		Número de póliza#:	
Fecha de Nac. del titular de la póliza:		Fecha de Nac. del titular de la póliza:		Fecha de Nac. del titular de la póliza:	
Relación con el paciente	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Padre/ Tutor/Guardian	Relación con el paciente	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Padre/ Tutor/Guardian	Relación con el paciente	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Padre/ Tutor/Guardian

Responsabilidad de pago y asignación de beneficios: Asigno a HFHC todos los beneficios a los que pueda tener derecho de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y otros terceros que sean responsables financieramente de la atención y el tratamiento médicos proporcionados por HFHC. Acepto que, salvo que la ley o los acuerdos de HFHC con terceros pagadores lo limiten, en caso de falta de pago por parte de un tercero para el cual he proporcionado una asignación de beneficios, estoy obligado a pagar todos los montos adeudados por servicios proporcionados en las instalaciones de HFHC según las tarifas y términos vigentes en la fecha del servicio. También acepto que soy responsable de cualquier copago, coaseguro o deducible aplicable. Entiendo que se espera el pago completo y puntual

Nombre (letra de molde): _____
Firma: _____

Relación con el Paciente:

- Paciente Custodio Legal
 Padre/Tutor Guardian Legal

Fecha:

___/___/___

Nombre del Paciente: _____



Formulario de Registro de Pacientes

El formulario es para pacientes nuevos o pacientes que no han sido atendidos por un proveedor en más de dos años. Deberá completar este formulario en su totalidad antes de su primera cita.

CUESTIONARIO SOCIAL

Idioma Primario	Indique su idioma preferido: _____		
	<input type="checkbox"/> Mi hijo (a) necesitará un traductor de idiomas durante la visita médica.		
	<input type="checkbox"/> Mi hijo (a) tiene discapacidad auditiva o necesitará servicios de intérprete de lenguaje de señas.		
Estado Marital	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Vuido/a
	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Legalmente Separado
Raza	<input type="checkbox"/> Elijo no revelar mi raza.		
	<input type="checkbox"/> Más de una raza	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita
	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otros asiáticos
	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Indio
	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro
		<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska
			<input type="checkbox"/> Guamaní o Chamorro
			<input type="checkbox"/> Otro: _____
Origen étnico	<input type="checkbox"/> Elijo no revelar mi origen étnico.		
	<input type="checkbox"/> No es de origen hispano, latino/latina o español	<input type="checkbox"/> Mexicano	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño
	<input type="checkbox"/> Mexicano-hispano, latino/latina o español	<input type="checkbox"/> Mexicano-Americano, Chicano/a	<input type="checkbox"/> Cubano
			<input type="checkbox"/> Otro de origen hispano, latino/latina o español
			<input type="checkbox"/> Otro: _____
Orientación sexual	<input type="checkbox"/> Elijo no revelar mi orientación sexual.		
	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Lesbiana o gay	<input type="checkbox"/> Bisexual
			<input type="checkbox"/> Otro: _____
Identidad de género	<input type="checkbox"/> Elijo no revelar mi identidad sexual de género de mi hijo.		
	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Otro: _____
	<input type="checkbox"/> Hombre transgénero	<input type="checkbox"/> Mujer transgénero	
Pronombres preferidos	<input type="checkbox"/> Elijo no revelar mis pronombres.		
	<input type="checkbox"/> Él/él	<input type="checkbox"/> Ella/ella	<input type="checkbox"/> Ellos/ellas
			<input type="checkbox"/> Otro: _____
Vivienda alternativa (si aplica)	<input type="checkbox"/> Personas sin hogar (al aire libre, en la calle)	<input type="checkbox"/> Duplicar (vivir con otros)	<input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo Permanente (hogar de servicio, por ejemplo, condición incapacitante)
	<input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar (alojamiento para pasar la noche)	<input type="checkbox"/> Vivienda de transición (aquellos en transición de la falta de vivienda)	
Población Especial	<input type="checkbox"/> Soy un veterano de EE. UU	<input type="checkbox"/> Soy un trabajador agrícola migratorio	<input type="checkbox"/> Soy un trabajador agrícola por temporada
Directrices Anticipadas	<input type="checkbox"/> Tengo un DOCUMENTO DE DIRECTRICES ANTICIPADAS done indico como quiero que se tomen las decisiones medicas por mi si no puedo tomarlas por mí mismo/a		

Nombre del Paciente: _____



Formulario de Registro de Pacientes

El formulario es para pacientes nuevos o pacientes que no han sido atendidos por un proveedor en más de dos años. Deberá completar este formulario en su totalidad antes de su primera cita.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO CONSOLIDADO

Yo, _____, reconozco al marcar cada casilla que he leído y/o se me ha dado una copia de los siguientes documentos a petición:

- Guías del Hogar Médico Centrado en el Paciente
- Guías para citas
- Notificación de Prácticas de Privacidad
- Prácticas y Procedimientos Financieros
- Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente
- Directrices Anticipadas de Atención Médica: El Derecho del Paciente a Decidir

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Como un Centro de Salud Calificado Federalmente, HFHC está cubierto por la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios.

- Autorizo a HFHC y a su personal médico, dental, de enfermería y otros profesionales de la salud a proporcionar servicios médicos y administrar procedimientos y tratamientos diagnósticos, de emergencia y terapéuticos que se consideren necesarios o aconsejables según el juicio del personal médico, dental o clínico de HFHC. Esto incluye todas las pruebas y procedimientos de detección y diagnóstico médicos y dentales de rutina, incluida la administración y/o inyección de productos farmacéuticos, inmunizaciones y medicamentos, extracción de sangre para exámenes de laboratorio, radiología, servicios de salud conductual, referidos, información de prescripción externa, telesalud y manejo de casos, a menos que se decline específicamente.
Rechazo los siguientes servicios: _____
- Reconozco que no se me han proporcionado garantías sobre los resultados o la eficacia de los tratamientos o exámenes administrados. Soy consciente de mi derecho a rechazar el consentimiento para cualquier atención, tratamiento, prueba, cirugía o procedimiento sugerido, o a retirar el consentimiento previamente proporcionado. En el caso de que mi condición médica exceda las capacidades de los servicios de HFHC tras la evaluación, seré dirigido a recursos alternativos.
- Autorizo a HFHC a divulgar la información necesaria sobre inmunizaciones a las escuelas para propósitos de admisión según lo exige la ley y a los siguientes: Seguro Social, los Centros de Medicare y Medicaid o sus intermediarios (Medicaid/Medicare), o cualquier otra compañía de seguros para fines de facturación.
- Autorizo a HFHC a proporcionar a mi compañía de seguros y sus agentes cualquier información sobre mis servicios médicos, tratamientos, asesoramientos, o suministros necesarios para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.
- Autorizo al proveedor a realizar radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otra ayuda diagnóstica que se considere apropiada para completar un diagnóstico exhaustivo de las necesidades del paciente. También entiendo que todas las radiografías y ayudas diagnósticas son propiedad de HFHC y que las copias solicitadas estarán disponibles por una tarifa razonable según lo permita la ley.
- También autorizo al proveedor a elegir y utilizar la asistencia que considere apropiada. Entiendo que el uso de anestésicos locales conlleva un riesgo potencial.
- Entiendo que puedo recibir mensajes de HFHC por teléfono, mensaje de texto y correo electrónico, y que puedo optar por no recibir mensajes en cualquier momento notificando a un miembro del equipo de HFHC. Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes de texto y datos.
- Autorizo a HFHC a usar y divulgar mi información de salud/prescripción para proporcionar, organizar o coordinar mi tratamiento de atención médica, permitir que HFHC obtenga el pago por los servicios que me proporciona y permitir que HFHC lleve a cabo operaciones comerciales y de atención médica ordinarias.

Certifico que he leído y entendido este consentimiento y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Este consentimiento permanecerá completamente efectivo hasta que sea revocado por escrito

Nombre _____
(letra de molde):
Firma: _____

Relación con el Paciente:

- Paciente
- Padre/Tutor
- Custodio Legal
- Guardian Legal

Fecha:

____/____/____

Nombre del Paciente: _____



Formulario de Registro de Pacientes

El formulario es para pacientes nuevos o pacientes que no han sido atendidos por un proveedor en más de dos años. Deberá completar este formulario en su totalidad antes de su primera cita.

Autorización para la Divulgación de Información de Salud Personal

Puedes optar por permitir que familiares y amigos tengan acceso a información sobre tu atención médica. Excepto según lo permitido por la ley federal, no divulgaremos ninguna información a nadie que no sean las personas que autorices a continuación. La información que se puede compartir con estas personas autorizadas puede incluir detalles sobre citas (como fechas, ubicación, horarios, proveedor y motivo), tratamientos (incluidas recetas, recargas de medicamentos, diagnósticos y procedimientos), resultados de pruebas y procedimientos, así como información sobre facturación y pagos.

_____	_____	_____
Nombre de la Persona Autorizada	Número de Teléfono	Relación con el paciente
_____	_____	_____
Nombre de la Persona Autorizada	Número de Teléfono	Relación con el paciente
_____	_____	_____
Nombre de la Persona Autorizada	Número de Teléfono	Relación con el paciente

_____ (iniciales) Autorizo a HFHC a divulgar mi información de salud personal a las personas mencionadas anteriormente. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Además, entiendo que autorizar la divulgación de mi información de salud es voluntario. Puedo negarme a designar a alguien para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o solicitar una copia de la información a ser divulgada según lo dispuesto en C.F.R. 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el riesgo de ser divulgada nuevamente por el destinatario. Una vez autorizada a ser retirada, las reglas de confidencialidad federales pueden no proteger la información.

Nombre (letra de molde): _____

Firma: _____

Relación con el Paciente:

- Paciente
- Padre/Tutor
- Custodio Legal
- Guardian Legal

Fecha:

____/____/____

Nombre del Paciente: _____



Formulario de Registro de Pacientes

El formulario es para pacientes nuevos o pacientes que no han sido atendidos por un proveedor en más de dos años. Deberá completar este formulario en su totalidad antes de su primera cita.

Historial Médico del Paciente (marque con una X todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas Gastrointestinales (por ejemplo, Problemas Intestinales/Estreñimiento)	<input type="checkbox"/> Problemas Ortopédicos (por ejemplo, Trastornos de la Columna, Articulaciones Dolorosas o Hinchadas)
<input type="checkbox"/> Alergias o Erupciones en la Piel	<input type="checkbox"/> Problemas de Audición (por ejemplo, Audífonos)	<input type="checkbox"/> Nacimiento Prematuro
<input type="checkbox"/> Trastornos Sanguíneos (por ejemplo, Anemia, Anemia de Células Falciformes)	<input type="checkbox"/> Problemas Hepáticos (por ejemplo, Problemas Hepáticos o Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares (por ejemplo, Neumonía)
<input type="checkbox"/> Cáncer (por ejemplo, Leucemia)	<input type="checkbox"/> Problemas del Sistema Inmunológico (por ejemplo, VIH/SIDA Positivo, Trasplante de Órganos, Inmunosupresión)	<input type="checkbox"/> Problemas de Salud Reproductiva (por ejemplo, Embarazo Actual - si es afirmativo, especifique trimestre)
<input type="checkbox"/> Problemas Cardiovasculares (por ejemplo, Problemas Cardíacos, Falta de Aliento, Fiebre Reumática, Soplo Cardíaco, Marcapasos/Válvulas Cardíacas Artificiales)	<input type="checkbox"/> Enfermedades Infecciosas (por ejemplo, Tuberculosis, Enfermedades de Transmisión Sexual)	<input type="checkbox"/> Condiciones de la Piel (por ejemplo, Eccema)
<input type="checkbox"/> Diabetes o Sed Excesiva	<input type="checkbox"/> Problemas Renales (por ejemplo, Problemas Renales o Micción Excesiva)	<input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias (alcohol, inhalantes, drogas)
<input type="checkbox"/> Problemas de Desarrollo (por ejemplo, Retrasos en el Desarrollo, Autismo, TDAH)	<input type="checkbox"/> Problemas Neurológicos (por ejemplo, Accidente Cerebrovascular, Desmayos, Mareos, Trastornos Neurológicos)	<input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides
<input type="checkbox"/> Problemas Emocionales o de Salud Mental		<input type="checkbox"/> Historial de Transfusiones (por ejemplo, Transfusiones de Sangre)
<input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones		<input type="checkbox"/> Problemas Urinarios (por ejemplo, Problemas de Vejiga)
<input type="checkbox"/> Problemas Oculares (por ejemplo, Lentes/Gafas de Contacto)		<input type="checkbox"/> Tomando Bisfosfonatos (Fortalecedor de Huesos)
		<input type="checkbox"/> Problemas Dentales (por ejemplo, Dolor de Muelas, Sangrado de Encías, Trastorno de la Articulación Temporomandibular - TMJ)
		<input type="checkbox"/> Otros (Por favor, explique):

Medicamentos Actuales del Paciente (vitaminas, inhaladores, recetas, otros)

Medicamento	Dosis	Cantidad que toma	Veces al día	Medicamento	Dosis	Cantidad que toma	Veces al día
1.				6.			
2.				7.			
3.				8.			
4.				9.			
5.				10.			

Alergias del Paciente

SÍ- Por favor, enumere a continuación:

Alimentos:

Medicamentos: (Indique si el paciente tiene efectos secundarios a la anestesia local, penicilina o cualquier medicamento/píldora):

Insectos:

Alergias Estacionales:

Animales:

NO SE CONOCEN ALERGIAS

Historial de Vacunación

¿El paciente ha tenido alguna reacción a alguna vacuna? Si es **SÍ**, por favor explique la reacción:

¿Qué vacuna causó la reacción?

Historial Hospitalario/Cirugías del Paciente

Estancias Hospitalarias Anteriores	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Explique:
Cirugías Anteriores:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Explique:
Visitas a Emergencias en el último año:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cuántas:

Family History (please X all that apply) and list who has the problem next to it (mom, dad, grandparent, brother, sister)

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Síndrome de muerte súbita	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Anemia falciformes
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Tuberculosis/TB
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/Migrañas	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Problemas dentales (encías, caries o dientes débiles)
<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Otros:

Necesita actualización anual.

Nombre del Paciente: _____