

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PACIENTES NUEVOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

☐ Paso 1: Complete su Papeleo de Registración

Llene y firme todos los formularios requeridos que le hayan dado. Si necesita ayuda, avísenos.

☐ Paso 2: Díganos Cuáles son sus Preferencias y Necesidades

Por favor marque o llene la información que se aplique a usted:

- Preferencia de Género del Proveedor: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Sin preferencia
- Necesita Asistencia de Transportación: ☐ Si ☐ No
- Asistencia con comunicación (necesita intérprete): ☐ Si ☐ No
- Días/horas preferidas para citas:

- Proveedor de cuidados primarios y especialistas anteriores (liste todos):

☐ Paso 3: Entregue su Papeleo

Por favor, entregue sus formularios completos a un Representante de Servicios al Paciente o entréguelos a un Embajador de Pacientes. Nosotros nos aseguraremos de que todo esté en orden.

☐ Paso 4: Solicite sus Registros Médicos

Podemos ayudarle a solicitar sus registros de proveedores anteriores. No necesita cita para este paso, ¡solo pregúntenos cómo!

HMC STAFF USE ONLY



Date Received/Initial

Appt Date/Provider

INTENTIONALLY
LEFT BLANK
*DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE*

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

NOMBRE COMPLETO			NOMBRE PREFERIDO	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)		SSN#		GÉNERO AL NACER ☐ Masculino ☐ Femenino
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN)		CIUDAD POSTAL		CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE CASA		TELÉFONO CELULAR		TELÉFONO DEL TRABAJO
NOMBRES ADICIONALES/ANTERIORES (EJ. APELLIDO DE SOLTERA)		ESTADO CIVIL LEGAL ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Pareja		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (REQUERIDO PARA EL ACCESO AL PORTAL DEL PACIENTE)		EMPLEADOR: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Jubilado(a) ☐ Cuando me necesitan ☐ Estudiante		
FARMACIA ☐ Health Ministries Clinic Pharmacy ☐ Otra farmacia (especifique): _____				
TRANSPORTACIÓN ¿Necesita Asistencia de Transportación de ida y vuelta a sus citas en Health Ministries Clinic? ☐ Sí ☐ No				
RAZA <i>(Marque todo lo que aplique)</i>		VIVIENDA <i>¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE SIN HOGAR?</i>		IDENTIDAD DE GÉNERO *
☐ Blanco		☐ Sí		☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Negro/Afroamericano		☐ No		☐ FAM ☐ MAF
☐ Indio Americano/Nativo de Alaska		Si es Sí: ¿Está usando algunos de los siguientes servicios?		☐ No binario ☐ Declinó especificar
☐ Otros Isleños del Pacífico		☐ Transitorio		☐ Otro (por favor especifique): _____
☐ Samoano		☐ Vivienda Compartida		ORIENTACIÓN SEXUAL* <i>(No requerido si es menor de 18 años)</i>
☐ Guamanés o Chamorro		☐ Calle		
☐ Asiático		☐ Otro (por favor especifique): _____		☐ Heterosexual
☐ Vietnamita		¿VIVE USTED EN UNA VIVIENDA PÚBLICA?		☐ Bisexual
☐ Filipino		☐ Sí ☐ No		☐ Lesbiana/Gay/Homosexual
☐ Coreano		POBLACIÓN <i>(Marque todo lo que aplique)</i>		☐ No sé
☐ Japonés				☐ Declinó especificar
☐ Asiático Indio		☐ Veterano		☐ Otro (por favor especifique): _____
☐ Chino		☐ Trabajador Agrícola (se requiere váucher)		PRONOMBRES PREFERIDOS
☐ Declinó Especificar		☐ Trabajador Migrante		
¿SE IDENTIFICA COMO HISPANO/LATINO?		☐ Trabajador Estacional		Él Ella Ellos Otro (por favor especifique): _____
		IDIOMA PREFERIDO		*La orientación sexual y la identidad de género pueden desempeñar un papel importante en la determinación de los resultados de salud. Si tiene alguna pregunta sobre la revelación de esta información, diríjase a recepción o consulte a su equipo de atención médica.
☐ No		☐ Inglés		
☐ Sí, Mexicano		☐ Español		
☐ Sí, Mexicano-Americano		☐ Necesita Intérprete		
☐ Sí, Puertorriqueño		☐ Otro: _____		¿CÓMO SE ENTERÓ DE HMC?
☐ Sí, Cubano				☐ Redes Sociales ☐ Folletos ☐ Google
☐ Sí, Otro Hispano Latino				☐ Amigos ☐ Otro: _____
☐ Marque si es el mismo que el paciente PARTE RESPONSABLE (PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO DE LA CUENTA DEL PACIENTE)				
NOMBRE COMPLETO			SSN#	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)		GÉNERO ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Desconocido		NÚMERO DE CONTACTO
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO
				CÓDIGO POSTAL

Autodeclaración de Ingresos Familiares

U.S. Department of Health and Human Services. *Health People*

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Número de Cuenta del Paciente

Fecha de Servicio

Health Ministries Clinic pide que todos los pacientes que den información sobre sus ingresos para el Programa de Escala de Descuentos anote el número de personas en su hogar y el ingreso total del hogar. Esta información se usa para determinar la elegibilidad bajo las normas federales. Además, los pacientes deben presentar pruebas de ingresos, como una declaración de impuestos reciente del IRS, un talón de cheque, una carta del empleador que muestre el salario después de impuestos, una carta de beneficios del Seguro Social o un estado de cuenta bancario que muestre los ingresos depositados.

Hay circunstancias en las que el paciente no puede presentar el documento requerido como comprobante de ingresos. En esas situaciones, Health Ministries Clinic acepta este formulario firmado por el paciente o el garante como comprobante de ingresos de la familia.

Los ingresos familiares se definen como los ingresos imponibles en la declaración de impuestos del IRS o como el salario después de impuestos en el talón de cheque de un miembro de la familia.

☐ Yo soy el responsable financiero del paciente anotado arriba. Declaro que en mi hogar viven _____ personas que dependen de los ingresos de nuestro hogar. También declaro que los ingresos de nuestro hogar son de \$_____ al mes, o de \$_____ al año.

☐ YO NO CALIFICO PARA LA ESCALA DE DESCUENTOS, Y/O ELIJO DECLINAR

☐ TESTIFICO QUE ESTOY ARRIBA DEL 200% DE LAS DIRECTRICES FEDERALES DE POBREZA (FPG)

Por la presente prometo que mi autodeclaración es precisa y verdadera.

Firma del Paciente/Guardián

Fecha

HMC Employee

Deletreé Nombre

Date

A B C D E

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Health Ministries Clinic (HMC) es un centro de salud comunitario que existe para promover y mejorar la calidad de vida brindando atención de salud integrada. Cada paciente que confía su atención a HMC es tratado con dignidad, respeto y compasión. HMC reconoce que todos los pacientes tienen derechos fundamentales y se dedica a honrar estos derechos. Cada persona debe ser informada de los derechos y responsabilidades del paciente antes de que se le brinde atención médica.

DERECHOS DEL PACIENTE

Mientras los pacientes están bajo la atención de HMC, el personal se compromete a respetar la privacidad del paciente y su derecho a ser un socio activo en la toma de decisiones sobre su atención médica. Los pacientes tienen derecho a:

1. Ser tratado con cortesía, dignidad y respeto, teniendo en consideración preferencias personales, culturales, psicosociales, religiosas y espirituales, independientemente de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, orientación sexual, identidad de género o preferencia de lenguaje.
2. Esperar que las comunicaciones y los registros relacionados con su atención, incluyendo la fuente de pago, se mantengan confidenciales.
3. Esperar que las conversaciones o consultas se mantengan en privado; las personas que no participen directamente en la atención no estarán presentes sin el permiso del paciente o de su guardián.
4. Una comunicación eficaz que considere las necesidades de lenguaje, así como las deficiencias auditivas, visuales y del habla.
5. Solicitar información sobre tarifas y pólizas de pago.
6. Prácticas de facturación precisas y honestas.
7. Solicitar una estimación razonable del costo clínico de la atención y/o poder recibirlo antes del tratamiento.
8. Disponer de información completa sobre el estado de salud, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento.
9. Recibir información completa para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento.
10. Ser respetado en relación con el derecho a rechazar la atención, el tratamiento o los servicios conforme a la ley y reglamentos.
11. Elegir un proveedor que se alinee con las metas del tratamiento.
12. Tener acceso, solicitar enmiendas y obtener información sobre las revelaciones de la información de salud del paciente, conforme a la ley y reglamentos.
13. Expresar sugerencias o quejas a un miembro de la administración de la clínica.
14. Participar en las decisiones sobre su atención médica, a menos que sea médicamente no aconsejable.
15. Asignar legalmente a alguien para que ejerza los derechos indicados anteriormente en su nombre, si no puede ejercer dichos derechos por sí mismo.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Mientras sea paciente de HMC se espera que los pacientes:

1. Provean, de acuerdo con su mejor conocimiento, información precisa sobre quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos.
2. Notifiquen cambios inesperados en su salud a la enfermera o al proveedor.
3. Hagan preguntas para obtener un entendimiento mejor (tratamientos, procedimientos, medicamentos, etc.)
4. Sean considerado con los demás pacientes y con el personal de la clínica.
5. Sean socios en su atención.
6. Asistan a las citas programadas y/o cancelarlas/reprogramarlas lo antes posible para dar a los demás la oportunidad de ser atendidos.
7. Informen al proveedor de atención médica si se sienten incómodos con un plan de tratamiento recomendado.
8. Provean información financiera y de seguros correcta necesaria para determinar la habilidad de pago de los servicios.
9. Hagan esfuerzos razonables para pagar los servicios en el momento de la visita, o de acuerdo con su plan de pago. Si esto no es posible, notifique a HMC.
10. Provean la información necesaria para ayudar con servicios de asistencia.
11. Notifiquen a HMC los cambios relacionados con su situación financiera o su seguro médico.
12. Respeten los derechos y la propiedad de otros pacientes, y el personal y otras personas dentro de las instalaciones de HMC.
13. Conozcan las normas y reglamentos que se aplican mientras sea paciente en la clínica.
14. Entiendan que el comportamiento agresivo (incluyendo, pero no limitado a la agresión física, acoso verbal, lenguaje abusivo, lenguaje sexual dirigido a otros, amenazas) puede resultar en la expulsión de HMC.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS PÓLIZA INDICADAS Y ME COMPROMETO A CUMPLIRLAS.

Nombre del Paciente (deletreado)

____/____/_____
Fecha de Nacimiento

Nombre del Paciente o Padre/Guardián

____/____/_____
Fecha

ACUERDO DE PAGO

Estoy de acuerdo que todos los pagos y copagos deben ser pagados a la hora del servicio. Entiendo que para poder ser elegible para la escala de descuento debo de proveer prueba de ingresos. Prueba puede consistir en mi declaración de impuestos anterior, talón de cheque (3), informe de desempleo, etc. Esta información debe ser proveída a la hora de la visita para que la escala pueda ser ofrecida. Entiendo que, si mi cuenta tiene 90 días de atraso, recibiré una carta indicando que necesito hacer pagos en mi cuenta o seré sujeto a que mi cuenta atrasada sea cancelada como una deuda mala. Entiendo que pagos parciales serán aceptados al menos que se negocie lo contrario.

PRESENTACION DE RECLAMOS DE SEGUROS

Autorizo a Health Ministries Clinic (HMC) a proveer información a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamientos. Entiendo que mi seguro será presentado como una cortesía y estoy de acuerdo en ser financieramente responsable de cualquier balance debido a Health Ministries Clinic, Inc. Entiendo que, si no proveo a HMC la información actual y exacta de mi seguro médico, todos los cargos serán mi responsabilidad o de la parte responsable. Todos los copagos y coseguros deben pagarse al momento del servicio. Estos pagos no garantizan el pago total. Los estados de cuenta serán enviados por correo por cargos que excedan el pago inicial realizado. Entiendo que seré responsable de cualquier cargo no pagado por mi seguro.

PACIENTES CON MEDICARE

Pacientes con Medicare o Medicaid, por favor, tenga en cuenta que puede haber un copago aplicable por los servicios prestados. Autorizo que los beneficios de Medicare sean hechos a mí o en mi nombre a Health Ministries Clinic, Inc. por cualquier servicio proveído a mí por Health Ministries Clinic, Inc. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a que divulgue a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagables a servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se efectúe el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. En los casos asignados a Medicare, el médico o proveedor se compromete a aceptar la determinación del cargo de la compañía de Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable únicamente del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en el cargo determinado por la compañía de Medicare.

ACUERDO DE ASISTENCIA

Estoy de acuerdo en ponerme en contacto con HMC a través del teléfono, sitio web o portal del paciente antes de que necesite cancelar o reprogramar mi cita. Entiendo que todas las citas (ej. médicas, dentales y de salud conductual) se consideran como citas falladas si no me presento a la clínica para una cita programada. Una cita fallada será implementada cuando un paciente se presenta a su cita 10 minutos o más después de la cita. Entiendo que debo llegar 15 minutos antes de la hora de mi cita, para completar el proceso de registro requerido y pagar las tarifas en la recepción. Estoy de acuerdo en que si tengo dos (2) citas falladas dentro de un período de un año, se me pedirá que me reúna con un Coordinador de Cuidados de Pacientes y/o persona designada antes de programar otra cita. Entiendo que si tengo una tercera (3) cita fallada en un período de un año, me pueden informar que ya no tendré la habilidad de programar citas futuras o posiblemente ser puesto en "citas para el mismo día" por un mínimo de seis (6) meses. Entiendo que, si se me suspenden los privilegios de programación de citas, puedo solicitar que mi estatus sea revisado por el Director Ejecutivo y/o la persona designada. Reconozco y entiendo las expectativas sobre la necesidad de asistir a mis citas programada y las posibles consecuencias si esto no ocurre.

TECNOLOGÍA ELECTRÓNICA DE INFORMACIÓN MÉDICA

HMC participa en la tecnología electrónica de información médica (TEIM). Esta tecnología permite que un proveedor o un plan de salud haga una sola solicitud a través de una Organización de Información de Salud (OIS), para obtener registros electrónicos de un paciente específico de otros participantes TEIM para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Las OIS están requeridas a usar medidas de protección adecuadas para evitar usos y divulgaciones no autorizadas. Tiene dos opciones con respecto al TEIM. En primer lugar, puede permitir que personas autorizadas accedan a su información médica electrónica a través de una OIS. Si elige esta opción, no tiene que hacer nada. En segundo lugar, puede restringir el acceso a toda su información a través de una OIS (excepto por ley). Si desea restringir el acceso, debe presentar la información requerida en línea en <http://www.KanHIT.org> o completando y enviando por correo un formulario. No puede restringir el acceso sólo a determinada información; su elección es permitir o restringir el acceso a toda su información. Si tiene alguna pregunta sobre TEIM o OIS, visite <http://www.KanHIT.org>.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LOS SERVICIOS DE ESCRIBA Y TELESALUD

Entiendo que HMC provee servicios de telesalud y usa servicios de audio escriba. Doy mi permiso para que me audio graben durante mis visitas, en caso de que mi proveedor use dichos servicios. Reconozco que mi participación es voluntaria y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento presentando a HMC una notificación por escrito con 30 días de anticipación.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE Y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que HMC me ha dado el derecho de revisar y obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe cómo la información médica sobre mí puede ser usada y divulgada, así como una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información médica protegida y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que HMC se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso periódicamente, y que puedo ponerme en contacto con HMC en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de estos documentos. Entiendo que, si tengo alguna pregunta con respecto a cualquiera de estos documentos, puedo ponerme en contacto con HMC. Se puede obtener una copia en papel en la recepción.

Por la presente, reconozco que he leído, entiendo completamente y acepto los términos de las directrices y pólizas financieras indicadas arriba.

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

- ☐ Consiento que me estoy presentando a HMC para examen, diagnóstico y/o tratamiento de mi condición médica, dental o de salud conductual.
- ☐ Doy mi consentimiento y autorizo a mi proveedor/profesional(es) de la salud o personas designadas a ordenar y/o realizar todos los exámenes, pruebas, procedimientos y cualquier tipo de cuidados que se considere necesario o aconsejable para el diagnóstico y tratamiento de mi condición médica, dental, o de salud conductual.
- ☐ Este consentimiento es válido para cualquier visita que yo haga a HMC, a menos que yo lo revoque por escrito.

NOMBRE DEL PACIENTE/PADRE O GUARDIÁN (DELETREADO):

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE:

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE O GUARDIÁN:

FECHA:

☐ Paciente/Padre o Guardián se niega aceptar el Aviso de Prácticas de Privacidad

Autorización de Comunicación del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Autorizo a Health Ministries Clinic (HMC) a compartir mi información médica personal con el/los representante(s) indicados a abajo. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que una vez que la información sea revelada, puede ser divulgada por la(s) tercera(s) persona(s), y la información puede no estar protegida por las Leyes o Regulaciones Federales de Privacidad. Entiendo que este consentimiento permanecerá en efecto hasta que yo solicite una actualización. Esta Autorización es para uso, conforme a las Reglas de Privacidad de HIPPA, si usted está autorizando la revelación de información médica/salud a otro persona para que tenga acceso de forma continua para ayudar con su cuidado y mantener su información. Usted entiende que estos registros pueden contener información creada por otras personas o entidades, incluyendo médicos y otros proveedores de atención médica, así como información relacionada **sobre el uso de servicios de tratamiento de drogas y alcohol, tratamiento de VIH/SIDA, servicios de salud mental (excluyendo notas de psicoterapia), servicios de salud reproductiva y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual**. Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento en persona en HMC. La revocación sólo será efectiva una vez recibida y registrada. Cualquier uso o revelación hecha antes de una revocación no se incluye como parte de la revocación. El propósito de este formulario es para que HMC comunique la información de atención médica del paciente a una tercera persona mencionada a abajo. Este formulario expirará un año después de la fecha de su firma, a menos que sea revocado previamente.

¿SI NO ESTÁ DISPONIBLE, PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DE VOZ?

☐ No, no deje mensajes de voz

☐ Sí, deje un mensaje de voz

SI NO ESTÁ DISPONIBLE, ¿CON QUIÉN PODEMOS COMUNICARNOS? **MARQUE TODO LO QUE APLIQUE.**

☐ Comuníquese SÓLO CONMIGO

☐ Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Relación con el Paciente: _____

Idioma Preferido: _____	☐ Resultados de Exámenes	☐ Información de Citas	☐ Consentimiento para tratar a un menor * (Para pacientes menores de 18 años)
☐ Contacto de Emergencia	☐ Cualquier Información	☐ Farmacia	☐ Información de Facturas

☐ Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Relación con el Paciente: _____

Idioma Preferido: _____	☐ Resultados de Exámenes	☐ Información de Citas	☐ Consentimiento para tratar a un menor * (Para pacientes menores de 18 años)
☐ Contacto de Emergencia	☐ Cualquier Información	☐ Farmacia	☐ Información de Facturas

☐ Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Relación con el Paciente: _____

Idioma Preferido: _____	☐ Resultados de Exámenes	☐ Información de Citas	☐ Consentimiento para tratar a un menor * (Para pacientes menores de 18 años)
☐ Contacto de Emergencia	☐ Cualquier Información	☐ Farmacia	☐ Información de Facturas

* Al seleccionar consentimiento para tratamiento, yo, como padre o guardián** del paciente menor de edad, acepto permitir que las siguientes personas marcadas arriba den su consentimiento para el tratamiento de dicho menor.

** Guardianes legales por favor traigan su documentación indicando su relación con el menor, si aplica.

Nombre del Paciente (Deletreado)	Firma del Paciente o Padre/Guardián	____/____/____ Fecha
Nombre del Paciente (Deletreado)	Firma del Paciente o Padre/Guardián	____/____/____ Fecha
Nombre del Paciente (Deletreado)	Firma del Paciente o Padre/Guardián	____/____/____ Fecha

Autorización de Comunicación del Paciente

☐ Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____ Relación con el Paciente: _____

Idioma Preferido: _____	☐ Resultados de Exámenes	☐ Información de Citas	☐ Consentimiento para tratar a un menor * (Para pacientes menores de 18 años)
☐ Contacto de Emergencia	☐ Cualquier Información	☐ Farmacia	☐ Información de Facturas

☐ Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____ Relación con el Paciente: _____

Idioma Preferido: _____	☐ Resultados de Exámenes	☐ Información de Citas	☐ Consentimiento para tratar a un menor * (Para pacientes menores de 18 años)
☐ Contacto de Emergencia	☐ Cualquier Información	☐ Farmacia	☐ Información de Facturas

☐ Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____ Relación con el Paciente: _____

Idioma Preferido: _____	☐ Resultados de Exámenes	☐ Información de Citas	☐ Consentimiento para tratar a un menor * (Para pacientes menores de 18 años)
☐ Contacto de Emergencia	☐ Cualquier Información	☐ Farmacia	☐ Información de Facturas

☐ Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____ Relación con el Paciente: _____

Idioma Preferido: _____	☐ Resultados de Exámenes	☐ Información de Citas	☐ Consentimiento para tratar a un menor * (Para pacientes menores de 18 años)
☐ Contacto de Emergencia	☐ Cualquier Información	☐ Farmacia	☐ Información de Facturas

☐ Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____ Relación con el Paciente: _____

Idioma Preferido: _____	☐ Resultados de Exámenes	☐ Información de Citas	☐ Consentimiento para tratar a un menor * (Para pacientes menores de 18 años)
☐ Contacto de Emergencia	☐ Cualquier Información	☐ Farmacia	☐ Información de Facturas

☐ Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____ Relación con el Paciente: _____

Idioma Preferido: _____	☐ Resultados de Exámenes	☐ Información de Citas	☐ Consentimiento para tratar a un menor * (Para pacientes menores de 18 años)
☐ Contacto de Emergencia	☐ Cualquier Información	☐ Farmacia	☐ Información de Facturas

HISTORIAL MÉDICO (CONFIDENCIAL)

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Proveedor de Cuidados Primarios: _____ Fecha: ____/____/____

Razón de la visita: _____

Historial Médico (Marque las condiciones que tiene o ha tenido en el pasado)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ Anemia | ☐ Enfermedad del Hígado | ☐ Presión Arterial Alta | ☐ Trastorno Alimenticio |
| ☐ Artritis | ☐ Varicela | ☐ Enfermedad del Corazón | ☐ Depresión/Ansiedad |
| ☐ Asma | ☐ Enfermedad Renal | ☐ Problemas de Tiroides | ☐ Adicción a las Drogas |
| ☐ Diabetes | ☐ Bronquitis Crónica | ☐ Problemas Estomacales/Intestinales | ☐ Alcoholismo |
| ☐ Enfisema | ☐ Migrañas | ☐ Demencia/Pérdida de Memoria | ☐ SIDA/VIH Positivo |
| ☐ Epilepsia | ☐ Hemorragia Rectal | ☐ Marcapasos | ☐ Intento de Suicidio |
| ☐ Gota | ☐ Problemas de Próstata | ☐ Trasplante de Órganos | ☐ Violencia Doméstica |
| ☐ Hernia | ☐ Colesterol Alto | ☐ Válvulas Cardíacas Artificiales | ☐ Cáncer de _____ |
| ☐ Dolor de Pecho | ☐ Esclerosis Múltiple | ☐ Transfusión de Sangre | ☐ Condición Mental: _____ |
| ☐ Hepatitis | ☐ Tuberculosis (TB) | ☐ Trastorno Hemorrágico | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Derrame Cerebral | ☐ Bulto en el Seno | ☐ Neumonía | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Osteoporosis: si la respuesta es sí, anote el medicamento: _____ | | | ☐ Otro: _____ |

Medicamento(s):

Anote todos los medicamentos, con y sin receta	Dosis	Frecuencia

Alergias ¿ES ALERGICO AL LATEX? ☐ No ☐ Sí si la respuesta es sí, reacción _____

Alergias (Medicamentos o Ambiental)	Reacción

Historial Ginecológico

Edad en que comenzó su ciclo menstrual: _____

Fecha del último ciclo menstrual: ____/____/____

Fecha del Último Papanicolau: _____

Resultado: _____

Fecha de la Última Mamografía: _____

Resultado: _____

Anote cualquier problema ginecológico que haya tenido en el pasado (ej. endometriosis, bultos en los senos, períodos irregulares, sangrado abundante, dolor pélvico crónico) _____

Historial Obstétrico (Por favor, complete por cada embarazo, aunque haya sido un aborto espontáneo o provocado).

Tipo de Parto (Aborto Espontáneo, Aborto, Parto Vaginal, Cesárea)	Fecha	Complicaciones	Edad

Historial Quirúrgico y Hospitalización

Anote el Tipo de Cirugía o Razón de Hospitalización	Mes/Año de la Cirugía

Historial Médico Familiar (Por favor, complete la información de salud sobre su familia y marque si su familia ha sido diagnosticada o tratada por lo siguiente)

Relación	Edad	Estado de Salud	Edad de Fallecimiento	Cáncer	Diabetes	Hipertensión	Enfermedad del Corazón	Enfermedad de Tiroides	Enfermedad del Pulmón	Otro
Padre										
Madre										
Hija										
Hijo										
Hermanos										

Historial Social

Uso de Tabaco	☐ Sí ☐ No ☐ Anterior	Tipo: _____	#Años: _____	# Cigarrillos/Día: _____
¿Qué tan pronto después de despertarse fuma?: _____ Le interesa dejar el tabaco: ☐ No ☐ Sí ☐ Pensando en ello				
Exposición pasiva al tabaco	☐ Sí ☐ No			
Uso de Drogas Ilícitas	☐ Sí ☐ No ☐ Anterior	Tipo: _____	#Años: _____	#/Día: _____ Año que lo dejo _____
Uso de Alcohol	☐ No ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Social	Cuántas bebidas por ocasión: _____		
Activo Sexualmente	☐ Sí ☐ No	¿Alguna enfermedad de Transmisión sexual en el pasado? Si la respuesta es si, especifique: _____		
Consumo de Cafeína	☐ Té ☐ Soda ☐ Café	# de tazas al día: _____		
Ejercicio	☐ 2-3x/Semana ☐ Diario ☐ Ocasional ☐ Nunca			

Inmunizaciones

Tdap	☐ He recibido la vacuna de Tdap	Hep B	☐ He recibido la serie de vacunas contra la Hepatitis B
Gripe	☐ He recibido la vacuna de la Gripe este año	Culebrilla	☐ He recibido la serie de 2 vacunas contra la Culebrilla
Covid	☐ He recibido la vacuna del COVID	Neumonía	☐ He recibido una vacuna para Neumonía

 Paciente/Guardían (Nombre Deletreado)

 Relación

 Paciente/Guardían Firma

HISTORIAL MÉDICO PEDIÁTRICO (CONFIDENCIAL)

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Fecha Completado _____

GENERAL

¿Considera que su hijo tiene buena salud? ☐ Sí ☐ No ☐ No Sé Explique: _____

¿Tiene su hijo alguna necesidad especial de cuidados médicos? ☐ Sí ☐ No ☐ No Sé Explique: _____

¿Tiene alguna preocupación sobre la salud o el desarrollo de su hijo? ☐ Sí ☐ No ☐ No Sé

Si la respuesta es Sí, por favor explique: _____

HISTORIAL DEL NACIMIENTO

Peso al Nacer: _____ Semanas del Parto: _____ (ej:37 semanas 2 días)

Parto: ☐ Vaginal ☐ Cesárea Razón: _____

¿Qué edad tenía la madre cuando nació el niño?: _____ Cuál embarazo fue este niño para la madre: # _____

Hubo alguna complicación durante o después del parto ☐ No ☐ Sí Explique: _____

¿Necesitó el bebé ir al NICU (unidad de cuidados intensivos neonatales)? ☐ No ☐ Sí Explique: _____

Durante el embarazo, la madre:

¿Tomó vitaminas prenatales? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido ¿Fumo o usó cigarrillos electrónicos? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

¿Bebió alcohol? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido ¿Usó marijuana? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

¿Usó drogas ilícitas? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido ¿Tomo otros medicamentos? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Si la respuesta es Sí, por favor, anote: _____

Tipo de Sangre: Madre: _____ ☐ Desconocido

Bebé: _____ ☐ Desconocido

Resultados de Laboratorio de la Madre:

Después del nacimiento, recibió el bebé:

Estreptococo del Grupo B (GBS) ☐ Pos ☐ Neg ☐ Desconocido ¿Inyección de Vitamina K? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Hepatitis B: ☐ Pos ☐ Neg ☐ Desconocido ¿Pomada Eritromicina para ojos? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Hepatitis C: ☐ Pos ☐ Neg ☐ Desconocido ¿Vacuna Hepatitis B? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

VIH: ☐ Pos ☐ Neg ☐ Desconocido

RPR (Sífilis): ☐ Pos ☐ Neg ☐ Desconocido

¿El bebé se fue del hospital a casa con su madre biológica después de nacer? ☐ Sí ☐ No ☐ Explique: _____

HISTORIAL DE INMUNIZACIONES (por favor, traiga una copia del historial de inmunizaciones de su hijo)

 ¿Están al día las inmunizaciones? ☐ Sí ☐ No, especifique: _____ ☐ Declino las Inmunizaciones

HOSPITALIZACIÓN ☐ Ninguna hospitalización previa

Edad/Fechas	Razón de Hospitalización

HISTORIAL QUIRÚRGICO ☐ Ningún historial quirúrgico previo

Edad/Fechas	Tipo de Cirugía	Razón de la Cirugía

HISTORIAL SOCIAL por favor, anote todas las personas que viven en el hogar del niño

Nombre	Relación con el Niño	Edad

Por favor, anote otros hermanos que no viven en el hogar

Nombre	¿Dónde viven?	Edad

El niño vive con ambos padres biológicos? ☐ Sí ☐ No (Si marcó Sí, no responda a las dos preguntas siguientes)

Si no, ¿cuál es la situación de vivienda actual del niño? ☐ Custodia - solo un padre ☐ Custodia compartida

☐ Familia adoptiva ☐ Otros miembros de la familia: _____ ☐ Acogimiento familiar (Foster Care)

¿Qué tan frecuente tiene el niño visitas con el/los padre(s) que no viven en el hogar? _____

Lugar de trabajo de los padres: Madre: _____ Padre: _____

Mascotas: ¿Tiene mascotas en casa? ☐ Si ☐ No Número de mascotas en casa: _____

¿Qué tipo de mascotas? _____

Fumadores en el hogar: ¿Hay fumadores en el hogar? ☐ Sí ☐ No ¿Fuman solo afuera? ☐ Sí ☐ No

Escuela: Si tiene edad escolar: Grado: _____ Escuela: _____

ALERGIAS ☐ ninguna alergia

Anote todas las reacciones a medicamentos, alimentos y otros agentes:

Alergia	Reacción	Efectos Secundarios

LISTA DE MEDICAMENTOS ☐ no está tomando ningún medicamento

Por favor, anote todos los medicamentos que su hijo toma/o está tomando de forma rutinaria. Si es necesario, puede usar la última página.

Medicamento	Dosis/Frecuencia	Razón para tomarlo

PROVEEDORES ESPECIALIZADOS ☐ no hay especialistas involucrados en el cuidado de mi hijo

Por favor, anote cualquier proveedor médico que el niño ve fuera de esta práctica.

Nombre del Doctor	Especialidad/Razón para verlos	¿Cuándo fue la última vez que vio a este especialista? (Mes/Año)

HISTORIAL FAMILIAR

¿Ha fallecido algún miembro de su familia inmediata por condiciones médicas que puedan ser relevantes para su salud?
 Sí la respuesta es sí, por favor incluya su relación, la causa de fallecimiento (sí la conoce) y la edad al fallecer:

Relación con el Miembro de la Familia	Causa de Fallecimiento /Condición Médica	Edad

¿Alguno de los padres, abuelos, tías, tíos, hermanos o hermanas de su hijo ha tenido alguna de las siguientes condiciones? NS = No Sé

Condición	Sí	No	NS	Detalles/Especifique Relación con Miembro de la Familia
Anemia o problemas de sangrado				
Asma				
Alergias				
Cáncer				
Depresión o ansiedad				
Discapacidad del Desarrollo				
Diabetes (por favor, especifique si es Tipo I o Tipo II)				
Ataque cardíaco (infarto de miocardio) o enfermedad cardíaca				
Presión arterial alta				
Colesterol alto				
VIH o SIDA				
Enfermedad de Riñón o Hígado				
Condiciones de salud mental				
Obesidad				
Convulsiones o epilepsia				
Derrame Cerebral				
Muerte repentina (antes de los 50 años)				
Enfermedad de tiroides u otra enfermedad endocrina				
Abuso de Sustancia o Problemas con el uso de Tabaco o Alcohol				
Tuberculosis				
Problemas de visión o de los ojos				

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

¿Ha tenido su hijo alguna vez uno de los siguientes problemas? NS = No Sé

Condición	Sí	No	NS	Detalles
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, ansiedad, depresión o problemas de estado de ánimo/conducta				
Anemia, problemas de sangrado o transfusiones de sangre				
Asma, sibilancias o problemas respiratorios				
Mojar la cama (después de los 5 años de edad)				
Problemas de huesos, articulaciones o músculos.				
Bronquitis, bronquiolitis o neumonía.				
Cáncer, quimioterapia, trasplante de médula ósea u órgano.				
Varicela o herpes zóster. (Culebrilla)				
Conmoción o lesión en la cabeza				
Estreñimiento que requiera tratamiento médico				
Convulsiones, ataques o problemas neurológicos				
Retrasos en el desarrollo (motor o del habla)				
Problemas en los ojos, cataratas, discapacidad visual o preocupaciones				
Problemas de alimentación o bajo peso				
Mujeres: ¿problemas con los periodos? Edad del primer periodo: _____				
Infecciones del oído frecuentes				
Dolores de cabeza o mareos frecuentes				
Dolor de estómago frecuente				
Pérdida de audición o preocupaciones				
Soplo en el corazón u otros problemas del corazón				
Problemas del riñón, hígado, vejiga, infecciones del tracto urinario				
Trastornos metabólicos o genéticos				
Lesiones graves o fracturas (huesos rotos)				
Infecciones de transmisión sexual, VIH o SIDA				
Sarpullidos, acné, eccema o urticaria				
Problemas para dormir o ronquidos				
Problemas de tiroides, diabetes u otros problemas endocrinos				
Uso de tabaco, alcohol o drogas				

Otros problemas médicos:

Certifico que la información de arriba es correcta y de acuerdo con mi conocimiento. No haré responsable a mi médico o al personal de la clínica de ningún error u omisión que yo pueda haber cometido al completarlo.

Firma del Paciente o Guardián

Fecha

Nombre del Paciente o Guardián deletreado

Fecha

Relación

HMC OFFICE USE ONLY

This section is to be filled out by HMC staff. IF, the above patient needed help filling out this form and the patient and/or legal representative is present.

Staff Name

Date Completed