

Nuevo Paciente – Adulto

Nuevo paciente:  Medical  Dental

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Primer MI Último

Género de nacimiento:  Masculino  Masculina

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

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

Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Célula: \_\_\_\_\_

**Preferencias de comunicación:** (para recordatorios de citas, etc.)

Idioma:  Inglés  Español

Tipo: (elija uno)  Voz  Texto Número de contacto (elija uno)  Hogar  Célula  Trabajar

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Información de Contacto en caso de Emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

El contacto de emergencia debe estar en el paciente divulgación de información:  Sí  No

Parte responsable:  Uno mismo  Otro (Si es otro, proporcione una carta de tutela o POA.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Farmacia:** \_\_\_\_\_

Nombre Ubicación/Dirección

**Proveedor Médico Primario:** (Este es el proveedor que verá regularmente). \_\_\_\_\_

Idioma:  Inglés  Español  ASL  Otro: \_\_\_\_\_ **Intérprete:**  Sí  No

**Estado Civil:**  Soltero  Casado  Separado  Divorciado viudo

<p><b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Asiático Indio <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino  <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita  <input type="checkbox"/> Otros Asiáticos <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo  <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico  <input type="checkbox"/> Guamaní o Chamorro Somoan  <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco  <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska  <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Elige no revelar</p>	<p><b>Etnia:</b> <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano-Americano  <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano  <input type="checkbox"/> Otro origen Hispano, Latino/a o Español  <input type="checkbox"/> Total de origen Hispano, Latino /a o Español  <input type="checkbox"/> No de origen Hispano, Latino o Español  <input type="checkbox"/> Elija no divulgar</p>
--	--

**Directiva anticipada:**  Sí  No (Por favor proporcione documentación).

Declaración de testamento  Vital que el médico ordenó el alcance del tratamiento

**Situación Laboral:**  Tiempo completa  Tiempo parcial  Desempleado  Autónomo  Estudiante  Jubilado

Empleador: \_\_\_\_\_

**Identidad de género:**  Hombre  Mujer  Transgénero hombre  Transgénero mujer  Otro  Elige no decir

**Orientación sexual:**  Heterosexual  Gay/lesbiana  Bisexual  Algo más  Inseguros  No sé

**Información de seguro de salud:** ¿Tiene?  Sí  No, pregúntenos sobre nuestro descuento de tarifa móvil

*Seguro Primario:* \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Quien lleva el seguro: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Seguro Secundario:* \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Quien lleva el seguro: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Estado militar:**  Veterano  Activo  N/A **Sin hogar:**  Sí  No **Trabajador migrante:**  Sí  No

**¿Cómo aprendiste de Valley Professionals?**  TV/Radio  Google  Facebook  Familia/Amigo

Otro: \_\_\_\_\_

**Número de personas en el hogar:** \_\_\_\_\_ **Ingreso anual** \_\_\_\_\_

### **Historial Médico:**

Nuestro sistema de registro médico electrónico nos permite revisar, recopilar y compartir su historial médico, incluidos medicamentos, pruebas y planes de tratamiento. Esta información se recopila de varias fuentes, incluida su farmacia, plan de atención médica y otros proveedores de atención médica. Conocer esta información permite a nuestros proveedores tratarlo adecuadamente mejorando su experiencia y disminuyendo el riesgo. Esta información se convertirá en parte de su registro médico. Tiene derecho a solicitar una restricción en las formas en que se usa o divulga su información personal de atención médica. Todas las solicitudes deben enviarse por escrito a Valley Professionals.

### **Divulgación de información:**

Por la presente, autorizo a Valley Professionals Community Health Center a divulgar/discutir mi información de salud protegida con las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando una notificación por escrito a Valley Professionals. Si revoco la autorización, esto no se aplicará a ninguna información que ya haya sido divulgada en base a la autorización o a la información que Valley Professionals haya utilizado en base a la autorización. Para preguntas sobre el uso y divulgación de información, puedo comunicarme con Valley Professionals.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Historial de salud

Valley Profesionales Comunista Health Center (VPCHC) utiliza un enfoque basado en el equipo para la atención médica que trabaja para mejorar la atención al proporcionar atención médica integral y continua. Nuestra atención integral cubre la prevención y el bienestar, la atención aguda y crónica, así como la salud mental y dental. Con el fin de proporcionar la mejor atención posible al paciente, es esencial que se proporcione la información a continuación para garantizar que su equipo de atención médica entienda sus preocupaciones / necesidades de salud específicas. El proveedor y el equipo de atención de cada paciente trabajan para apoyar al paciente en el aprendizaje de administrar y organizar su propia atención. Además, el equipo de atención coordina la atención al paciente con grupos especializados, hospitales, salud en el hogar y servicios comunitarios para garantizar una atención continua e ininterrumpida.

Complete la siguiente información para su equipo de atención.

**Condiciones de salud:** *¿Tiene o ha tenido?*

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH                        | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                         | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca    |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                       | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B o C               | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                        | <input type="checkbox"/> Dolor articular                  | <input type="checkbox"/> Artritis               |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo articular             | <input type="checkbox"/> Asma                             | <input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática             | <input type="checkbox"/> Cáncer                           | <input type="checkbox"/> Marcapasos             |
| <input type="checkbox"/> EPOC/Enfisema                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Transmisión Sexual | <input type="checkbox"/> Depresión              |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por Uso de Sustancias | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal/Diálisis        | <input type="checkbox"/> Diabetes               |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides       | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones         | <input type="checkbox"/> Tuberculosis           |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas      | <input type="checkbox"/> Otros: _____                     |   |

**Alergias:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| Metal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      | Anestésico Local <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Látex <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No     |
| Medicación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ambiental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No        | Alimentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

*En caso afirmativo para alguno, por favor enumere los detalles:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medicamentos:** ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel, etc.? Sí No

*Por favor, enumere todos los medicamentos, incluidos los de venta libre y las hierbas.*

\_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones y cirugías:**

\_\_\_\_\_

**Solo mujeres:**

¿Usode anticonceptivos? Sí No Embarazada? Sí no enfermería? Sí No

**Solo dental:**

¿Tiene un dentista primario fuera de VPCHC? Sí No En caso afirmativo, quién: \_\_\_\_\_

¿El tratamiento dental lo pone nervioso/ansioso? Ligeramente moderadamente extremadamente no

¿Necesita tomar medicamentos antes del tratamiento? Sí No Si es así, ¿estás tomando? Sí No

**\*\*\*Al firmar a continuación, confirmo que la información proporcionada es correcta hasta donde se sabe.**

---

Firma de los padres

Fecha

**\*\*\*Por mi firma a continuación, reconozco que he recibido la Declaración de Derechos del Paciente y un Aviso de Práctica de Privacidad.**

---

Firma de los padres

Fecha