

## Nuevo Paciente – Adulto

**Nuevo Paciente:**  Médico  Dental

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_

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

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

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

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

Tipo:  Voz  Texto Número de contacto:  Casa  Celular  Trabajo

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Género de nacimiento:**  Masculino  Femenino

**Parte de Responsabilidad:**  Mismo que arriba  Diferente al paciente (completo a continuación)

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

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

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### Contacto de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Información Adicional:** Estado civil:  Soltero  Casado  Separados  Divorciado  Viuda

Idioma:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_ Interprete:  Sí  No

**Información de seguro médico:** ¿Tiene usted?  Sí  No - pregúntenos sobre nuestro descuento de tarifa variable

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

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Titular de la póliza (Nombre en la tarjeta): \_\_\_\_\_

Tomador del seguro fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

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

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Titular de la póliza (Nombre en la tarjeta): \_\_\_\_\_

Tomador del seguro fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Al firmar a continuación, confirmo que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender:**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



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

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

**Historia de Salud**

Valley Professionals Community Health Center (VPCHC) utiliza un enfoque de atención médica basado en equipos que trabaja para mejorar la atención primaria al brindar atención médica integral y continua. Nuestra atención integral cubre la prevención y el bienestar, la atención aguda y crónica, así como la salud del comportamiento. Con el fin de brindar la mejor atención al paciente posible, es esencial que se proporcione la siguiente información para garantizar que su proveedor personal y su equipo de atención médica comprendan sus inquietudes / necesidades específicas de salud. El proveedor personal y el equipo de atención de cada paciente trabaja para ayudarlo a aprender a administrar y organizar su propia atención. Además, el equipo de atención coordina la atención del paciente con grupos especializados, hospitales, servicios comunitarios y de salud en el hogar para garantizar una atención continua e ininterrumpida.

Por favor complete la siguiente información para su cuidado team.

**Condiciones de salud:** *¿Tienes o has tenido?*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV                     | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                         | <input type="checkbox"/> Cardiopatía            |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B or C              | <input type="checkbox"/> Hipertensión           |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                     | <input type="checkbox"/> Joint Pain                       | <input type="checkbox"/> Arthritis              |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulación | <input type="checkbox"/> Asma                             | <input type="checkbox"/> Desorden sanguíneo     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado        | <input type="checkbox"/> Cáncer                           | <input type="checkbox"/> Marcapasos             |
| <input type="checkbox"/> COPD/Enfisema                | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual |   |
| <input type="checkbox"/> Depresión                    | <input type="checkbox"/> Trastorno por uso de sustancias  |   |
| <input type="checkbox"/> Nefropatía/diálisis          | <input type="checkbox"/> Diabetes                         | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                     | <input type="checkbox"/> Migraña                |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                  |   |   |

**Alergias:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| Metal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      | Anestesia 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       | Comida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

*Si la respuesta es afirmativa, enumere los detalles:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medicación:** ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel, etc.?  Sí  No

*Enumere todos los medicamentos, incluidos los de venta libre y los productos herbales.* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones y Cirugías:**

\_\_\_\_\_

**Solo Mujeres:**

Tomando/usando anticonceptivos?  Sí  No Embarazada?  Sí  No Amamantando?  Sí  No

**Solo Dental:**

¿Tienes un dentista primario fuera de VPCHC?  Sí  No *Si es así, quien:* \_\_\_\_\_

¿El tratamiento dental lo pone nervioso / ansioso?  Un poco  Algunos  Mucho  No

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

**Al firmar a continuación, confirmo que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender:**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha