

Nuevo Paciente – Niño

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

Fecha de nacimiento: _____ **Género de nacimiento:** Masculino Femenino

Parte de Responsabilidad:

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:

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 Padre/Tutor

Fecha



Valley Professionals es un Centro de Salud Federalmente Calificado que recibe fondos del gobierno. La financiación del centro de salud se basa en la información que usted proporciona y es necesaria para que sirvamos a nuestros pacientes. Complete la siguiente información para fines de informes dando la vuelta a la respuesta que mejor se adapte.

Raza: Asiática Nativa Hawaiana Otro Isleño del Pacífico Negro o Afroamericano Blanco
 Indio Americano o Nativo de Alaska Más de una raza Elija no revelar

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Elija no revelar

Estado de estudiante: Tiempo completo Tiempo parcial No un estudiante
Escuelo: _____

In foster care? Sí No **Veterano:** Sí No **Desamparados:** Sí No

Trabajador Migrante: Sí No **Trabajador estacional:** Sí No

¿Cómo se enteró de Valley Professionals? TV/Radio Google Facebook Familia/Amigo Otro

Número de personas en el hogar _____ **Ingresos Anuales** _____

Farmacia: _____
Nombre Dirección

Historial médico:

Nuestro sistema de registros médicos electrónicos nos permite revisar, recopilar y compartir su historia clínica, incluyendo medicamentos, pruebas y planes de tratamiento. Esta información se recopila de varias fuentes, incluyendo 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 pasará a formar parte de su expediente médico. Usted tiene derecho a solicitar una restricción sobre la forma en que se utiliza o divulga su información personal de atención médica. Todas las solicitudes deben enviarse por escrito a Valley Professionals.

Tratamiento de un menor:

Doy mi permiso para que mi hijo sea evaluado y tratado médicamente en Valley Professionals en mi ausencia. Además, doy permiso para que el proveedor comparta cualquier información de salud relevante con la persona que acompaña a mi hijo. Mi hijo estará acompañado por:

Él o ella misma (solo si tiene 16 años o más)

Pariente/miembro de la familia – Nombre: _____ Relación: _____

Otro – Nombre: _____ Relación: _____

Divulgación de información:

Por la presente autorizo al Centro de Salud Comunitario de Valley Professionals a divulgar/discutir mi información médica 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 mediante el envío de 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.

Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido la Carta de Derechos del Paciente y un Aviso de Práctica de Privacidad.

Firma del Padre/Tutor

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 Padre/Tutor

Fecha