

Nuevo Paciente – Niño

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Primer MI Último

Genaro de nacimiento: ☐ Masculine ☐ 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

Información de contacto de emergencia: Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Emergencia contacto tiene permiso para estar en paciente divulgación de información: ☐ Sí ☐ No

Cuidado de crianza: ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proporcione una carta de tutela.

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

Raza: ☐ Asiático Indio ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otros Asiáticos ☐ Hawaiano Nativo ☐ Otro Isleño del Pacífico ☐ Guamaní o Chamorro Samoana ☐ Negro/Afroamericano ☐ Blanco ☐ India Americana/Nativo de Alaska ☐ Más de una raza ☐ Elige no revelar	Etnia: ☐ Mexicano ☐ Mexicanoamericano ☐ Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro origen Hispano, Latino/a o Español ☐ Total, de origen Hispano, Latino/a o Español ☐ No de origen Hispano, Latino o Español ☐ Elija no divulgar
---	---

Situación laboral: ☐ Tiempo completa ☐ Tiempo parcial ☐ Desempleado ☐ Autónomo ☐ Estudiante ☐ Jubilado

Empleador: _____

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** _____

****Tratamiento de un menor (persona autorizada a llevar al paciente para recibir tratamiento sin padre o tutor):**

Doy mi permiso para que mi hijo reciba tratamiento médico 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/a estará acompañado por: (Marque todo lo que corresponda.)

☐ Pariente/familiar/amigo (debe tener 18 años o más) ☐ Él o ella misma: solo si tiene 16 años o más

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

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 Profesionales. 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 Profesionales haya utilizado en base a la autorización. Si tiene preguntas sobre el uso y la divulgación de información, puedo comunicarme con Valley Profesionales.

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?

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

Alergias:

- | | | |
|--|--|---|
| Metal ☐ Sí ☐ No | Anestésico Local ☐ Sí ☐ No | Látex ☐ Sí ☐ No |
| Medicación ☐ Sí ☐ No | Ambiental ☐ Sí ☐ No | Alimentos ☐ Sí ☐ 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