

Nuevo Paciente – Niño

Nuevo paciente: Medical Dental

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Primer MI Último

Genaro de Nacimiento: masculine masculina

Dirección postal: _____ ciudad/ estado/ código postal: _____

Dirección física: _____ ciudad/ estado/ código postal: _____

Teléfono de la casa: _____

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

Idioma: Inglés Español

Tipo: (elija uno) Voz texto Número de contacto: (elija uno) hogar célula trabajar

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

<p>Raza: <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"/>India Americana/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/>Más de una raza <input type="checkbox"/>elige no revelar</p>	<p>Etnia: <input type="checkbox"/>mexicano <input type="checkbox"/>Mexicanoamericano <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>
---	--

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 me

Familia/Amigo Otro: _____

Número de personas en el hogar: _____ **Ingreso anual** _____

****Tratamiento de un menor (persona autorizada a traer paciente para 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 estará acompañado por:

Él mismo (solo si tiene 16 años o más)

Pariente/familiar: Nombre _____

Otro: Nombre _____

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?

- | | | |
|--|--|---|
| <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: _____ | |
| 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