

## Nuevo Paciente – Adulto

### Información del paciente:

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: \_\_\_\_\_

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

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

**Proveedor primario:** este es el proveedor que verá de forma regular

Dr. Patrick Foley  Dr. Anastasia Yi  Jessica Bekkering, NP  Gwyn Morson, NP

**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



### 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.

Complete la siguiente información para su equipo de atención:

**Preocupaciones de salud:** (por favor indique todas las que apliquen)

- Asma       Presión arterial       Cáncer       Colesterol       COPD       Diabetes  
 Corazón       Consumidor de tabaco       Otro: \_\_\_\_\_

**Cirugías:** (enumerar todas las cirugías)

---

---

---

---

---

**Alergias:** (enumere todas las alergias, incluidos los medicamentos, los alimentos y el medio ambiente)

---

---

---

---

---