

Nuevo Paciente – Adulto

Nuevo paciente:  Medical  Dental

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Primer MI Último

Género de nacimiento:  masculino  masculina

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

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

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Información de Contacto en caso de Emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**El contacto de emergencia debe estar en el paciente** Divulgación de información:  sí  no

**Parte responsable:**  Self  Other (Si es otro, proporcione una carta de tutela o POA. )

Nombre: \_\_\_\_\_ 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><b>Raza:</b> <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"/> Indio Americano Blanco/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> elige no revelar</p>	<p><b>Etnia:</b> <input type="checkbox"/> Mexicano-Americano <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>
--	---

**Directiva anticipada:**  Sí  No (Por favor proporcione documentación).

Declaración de testamento  vital Que el médico ordenó el alcance del tratamiento

**Situación Laboral:**  Tiempo Completo  Desempleado   a Tiempo Parcial  Estudiante  Autónomo

**Identidad de género:**  Hombre  Mujer  Transgénero Hombre  Transgénero Mujer

Categoría adicional  Elija no divulgar

**Orientación sexual:**  Heterosexual  Gay/Lesbiana  Bisexual  Algo Más  No Sé

Elija no divulgar

**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: \_\_\_\_\_

**Veterano 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** \_\_\_\_\_

### 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 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.

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