



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE ADULTO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	Último, medio, primero		N.º de seguro social	Preferencia de género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Transgénero (M a F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F a M)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)		
	Domicilio primario			Ciudad		Estado	Código postal	
	Domicilio alternativo			Ciudad		Estado	Código postal	
	Dirección de correo electrónico			Teléfono primario		Teléfono secundario		
	Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono primario <input type="checkbox"/> Teléfono secundario <input type="checkbox"/> Portal			Idioma preferido		¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Condición de empleo <input type="checkbox"/> Empleado/a <input type="checkbox"/> Desempleado/a		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Sociedad doméstica <input type="checkbox"/> Separado/a		¿Ciudadano/a estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Veterano/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Raza/Etnia - Seleccione la que corresponda. <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Otra ¿Es usted hispano/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Subsidiada <input type="checkbox"/> Otro refugio <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Vive en casa de amigos/familia			
	Nombre de contacto en caso de emergencia			Relación con el paciente		Teléfono de contacto en caso de emergencia		

INFORMACIÓN DEL GARANTE Y SEGURO	Seguro primario		N.º de póliza		N.º de grupo		
	Nombre del suscriptor			Relación con el paciente			
	Seguro secundario (si corresponde)			N.º de póliza		N.º de grupo	
	Nombre del suscriptor			Relación con el paciente			
	Garante/Nombre de la persona responsable del pago (si es diferente al del suscriptor)						
	Dirección			Ciudad		Estado	Código postal
	Teléfono			Relación con el paciente			

Farmacia preferida:	Laboratorio preferido:
Firma de paciente/garante	Fecha

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ADULTO

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
---------------------	--------------------------------

ANTECEDENTES MÉDICOS	Paciente		Familia	
	TI	Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiroides
DI	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
PS	Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CO	Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
AC	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
RI	Riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
HI	Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
EM	Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
GL	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CA	Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
EP	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
OP	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
AS	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
EPOC	EPOC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EPOC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
MI	Migraña	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Migraña	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VIH/SIDA	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CA	Cáncer (Tipo: _____)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer (Tipo: _____)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
OT	Otra: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otra: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

MEDICAMENTOS	Nombre del medicamento	Dosis	Cantidad de veces al día	

FACTORES DE RIESGO	¿Usa tabaco?	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Nunca
	¿Usa alcohol?	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Nunca
	¿Usa drogas?	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Nunca
	¿Comportamiento de alto riesgo para VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Usa aspirina diariamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Usa cafeína?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ bebidas/día
	¿Hace ejercicios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ cantidad de veces/semana
	¿Usa cinturón de seguridad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ % de veces
	¿Usa casco cuando monta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ % de veces
	¿Se expone al sol?	<input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> En ocasiones <input type="checkbox"/> Rara vez

INFORMACIÓN FAMILIAR	Padre: <input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Fallecido Edad: _____ Causa de la muerte _____
	Madre: <input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Fallecido Edad: _____ Causa de la muerte _____
	Hermanos, cuántos: <input type="checkbox"/> Vive _____ <input type="checkbox"/> Fallecido _____ Causa de la muerte _____
	Hijos, cuántos: <input type="checkbox"/> Vive _____ <input type="checkbox"/> Fallecido _____ Causa de la muerte _____

ALERGIAS	

CIRUGÍAS	

SOLO PARAMUJERES	Último periodo menstrual	
	Último Papanicolaou	
	Última mamografía	
	¿Método anticonceptivo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo: _____
	Colonoscopia/Sigmoidoscopia	

SOLO PARAHOMBRES	Último examen de próstata	
	Último PSA	
	Colonoscopia/Sigmoidoscopia	
	Sonograma abdominal	

Firma de paciente/garante	Fecha
---------------------------	-------



Acuerdo sobre ajuste en la escala de pagos

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
---------------------	--------------------------------

Los pacientes no asegurados pueden reunir los requisitos para el programa de descuentos de la escala de pagos en Family Health Source. La elegibilidad para el programa de descuentos de la escala de pagos se basa en los ingresos familiares y en el tamaño de la familia. Necesitamos contar con documentación para determinar la elegibilidad.

Family Health Source se reserva el derecho de revisar sus declaraciones de impuestos y/o informe de sueldo a pedido. La elegibilidad será actualizada periódicamente dependiendo del tipo de documentación presentada. Si no hay cambios en sus ingresos o elegibilidad del seguro previo a la actualización programada, notifique a Family Health Source.

Coloque sus iniciales en cada enunciado en el espacio que se provee.

(iniciales) Certifico que los ingresos y la información familiar suministrada en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si alguna parte de la información incluida en este formulario ha sido falsificada, este contrato será cancelado y seré responsable del costo **TOTAL** de los servicios. Entiendo que este documento se mantendrá en mi registro médico permanente y que la falsificación de información puede constituir un delito federal.

(iniciales) Entiendo que la escala de pagos está sujeta a cambios.

(iniciales) Entiendo que se espera el pago al momento de recibir los servicios.

(iniciales) (Si corresponde) Me han informado y comprendo que si no brindo pruebas de mis ingresos en mi próxima visita, mi categoría será cambiada a una escala de pagos más alta.

Firma del paciente/tutor	Relación con el paciente	Fecha
--------------------------	--------------------------	-------

Solo para uso del centro de salud

	Fuente de ingresos	Monto - Propio	Monto - Cónyuge	Frecuencia
Verificación de ingresos	<input type="checkbox"/> Comprobantes de cheque de pago - 4 últimos			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	<input type="checkbox"/> Determinación de beneficios de seguro social			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	<input type="checkbox"/> Declaración de impuestos sobre ingresos del año pasado			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	<input type="checkbox"/> Declaración de compensación por desempleo			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	<input type="checkbox"/> Carta de apoyo notariada			<input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	<input type="checkbox"/> Otros ingresos			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente

Total de miembros en la vivienda *: _____ **En caso de 4 o más miembros en la vivienda, incluya la última declaración impositiva.*

Su ingreso anual documentado es de \$ _____. El tamaño documentado de su familia es _____.
Por lo tanto, usted califica para el Programa de descuentos en la escala de pagos indicada a continuación hasta _____.

No se presentó prueba de ingresos - Se usó exención por única vez. Indicar el programa de descuentos en la escala de pagos que corresponda a continuación.

<input type="checkbox"/> DIPOSITIVA A	<input type="checkbox"/> DIPOSITIVA B	<input type="checkbox"/> DIPOSITIVA C	<input type="checkbox"/> DIPOSITIVA D	<input type="checkbox"/> DIPOSITIVA E	<input type="checkbox"/> DIPOSITIVA F
--	--	--	--	--	--

Firma del empleado	Puesto del empleado	Fecha
--------------------	---------------------	-------



Autorización y contrato para tratamiento

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
---------------------	--------------------------------

El abajo firmante por el presente presta su consentimiento y acepta el tratamiento a ser suministrado al paciente cuyo nombre aparece en el Formulario de inscripción. El paciente, tutor o representante del paciente debe colocar sus iniciales en todos los puntos que corresponda.

Consentimiento para el tratamiento

____ Certifico que solicito examen y tratamiento médico para el paciente de parte de los médicos y empleados de Family *(iniciales)* Health Source. Doy mi permiso para la evaluación y tratamiento y certifico que no hay garantía ni me han asegurado los resultados que se obtendrán. Si el paciente es un menor, entiendo que un padre, tutor legal o adulto responsable debe acompañar al paciente al centro médico y permanecer con el paciente durante todo el examen.

Contrato financiero y asignación de beneficios

____ Entiendo que he recibido una copia de la Política financiera de Family Health Source y que acepto cumplir con sus *(iniciales)* términos.

Declaración de derechos y responsabilidades del paciente

____ Entiendo que he recibido una copia de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente de *(iniciales)* Family Health Source y que acepto cumplir con sus términos.

Aviso de prácticas privadas

____ Entiendo que he recibido una copia del Aviso de prácticas privadas de Family Health Source. *(iniciales)*

Divulgación de información médica

____ *(si corresponde)* Además del uso y/o divulgación de mi PHI tal como se establece arriba, autorizo a que mi *(iniciales)* información sea divulgada a la(s) siguiente(s) persona(s). Incluya nombre completo de la(s) persona(s) autorizada(s) a continuación. Entiendo que este pedido no limitará el uso y divulgación normal de PHI tal como se establece arriba.

Nombre de la persona autorizada	Relación con el paciente

____ Entiendo que puedo enmendar o revocar mi consentimiento de usar y/o divulgar PHI en cualquier momento, si lo *(iniciales)* hago por escrito. El uso o divulgación que ocurra previo a la fecha en la que presento la revocación del consentimiento no se verá afectado.

He leído y comprendo totalmente el consentimiento y acuerdo antes mencionados.

Firma del paciente/tutor	Relación con el paciente	Fecha
--------------------------	--------------------------	-------

Firma del empleado	Puesto del empleado	Fecha
--------------------	---------------------	-------

