

## Formulario de Registro de Paciente

Información general

Primer nombre legal: \_\_\_\_\_ Apellido legal: \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  En pareja  Divorciado/a  Viudo/a  Separado/a

Domicilio: \_\_\_\_\_  No tengo domicilio fijo

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono particular/celular: \_\_\_\_\_  Recibe textos Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

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

¿Cómo prefiere que le comuniquemos?  Teléfono  Celular  Trabajo  Textos  Carta

Correo electrónico/email

Sexo de nacimiento:  masculino  femenino Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención médica actual: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

No tengo proveedor de atención médica actual

**Con el fin de conocer más sobre las personas a las que prestamos servicio, agradeceríamos que nos proporcionara la siguiente información:**

**Idioma preferido** (si no es inglés): \_\_\_\_\_

**Raza:**  Negro/Afroamericano  Blanco/Caucásico  Asiático  Hawaiano nativo  Isleño del Pacífico

Indígena americano/nativo de Alaska  Más de una raza  Otra  Prefiero no responder

**Etnicidad:**  Hispano/Latino  No-hispano/Latino  Prefiero no responder

**Ingresos de la casa:** Ingreso total anual: \_\_\_\_\_ Número de personas en la casa: \_\_\_\_\_

**¿Es usted veterano?**  Sí  NO

**Orientación sexual:**  Heterosexual  Lesbiana/Gay/Homosexual  Bisexual

Prefiero no responder  Otra: \_\_\_\_\_

**Identidad de género actual:**  masculino  femenino  Género neutral  Otro: \_\_\_\_\_

Transexual masculino  Transexual femenino  Prefiero no responder

**Pronombre preferido:**  Masculino  Femenino  Otro: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Necesidades especiales tales como silla de ruedas, intérprete o transporte en ambulancia, etc.  Sí  NO

Si la respuesta es "sí", explicar: \_\_\_\_\_

## Formulario de Registro de Paciente

Contactos para menores de edad

**\*COMPLETE ESTA SECCIÓN SI EL(LA) PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS O TIENE UN TUTOR LEGAL\***

Nombre de padre/tutor legal #1: \_\_\_\_\_ Teléfono #1: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/tutor legal #2: \_\_\_\_\_ Teléfono #2: \_\_\_\_\_

Dirección si es diferente de los pacientes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seguro

Si tiene seguro médico o dental favor de pasarle la tarjeta a la recepcionista para hacerle una copia.

Si no tiene seguro puede que le ofrezca pagos según sus ingresos familiares.

### ¿Cómo se enteró de nosotros?

- |  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cartelera Publicitaria              | <input type="checkbox"/> Evento Educativo/Feria de Salud | <input type="checkbox"/> TV        |
| <input type="checkbox"/> Publicidad en Autobús               | <input type="checkbox"/> Periódico                       | <input type="checkbox"/> Sitio Web |
| <input type="checkbox"/> Agencia comunitaria/Iglesia/Escuela | <input type="checkbox"/> Medios de Comunicación Social   | <input type="checkbox"/> Otro      |
| <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo                      | <input type="checkbox"/> Radio                           |                                    |

**Certifico que la información presente en este documento es fiel y precisa. En caso de modificación de la información prevista, notificaré a Chase Brexton Health Care.**

Firma del (de la) Paciente (si es mayor de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del padre, la madre o el tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, la madre o el tutor legal: \_\_\_\_\_

### **Office Use Only**

- Resp. Provider verified/updated  
 Home Location verified/updated  
 Insurance information verified/updated  
 Patient Alert Notes updated

Reviewed/entered into CPS by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¡Bienvenido a Chase Brexton! Llene este formulario completo para ayudarnos a brindarle el mejor cuidado posible. Esta información será utilizada únicamente por el proveedor de atención médica y se mantendrá confidencial.

### 1. Historial Médico Personal

Problemas Médicos (presión arterial alta, diabetes, asma, etc.)

\_\_\_\_\_

Problemas Psiquiátricos (depresión, ansiedad, trastorno bipolar, etc.)

\_\_\_\_\_

Hospitalizaciones/Cirugías

_____	Fecha _____
_____	Fecha _____
_____	Fecha _____

Medicamentos (incluya los de hierbas, vitaminas y suplementos)

Nombre	Dosis	Nombre	Dosis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alergias

\_\_\_\_\_

### 2. Historial Médico Familiar

¿Alguien de su familia ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos? (encierre en un círculo todo lo que corresponda)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca/Infarto |
| <input type="checkbox"/> Apoplejía                       | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto       | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal/Diálisis   |
| <input type="checkbox"/> Asma                            | <input type="checkbox"/> Migrañas              | <input type="checkbox"/> Cáncer de Seno              |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Colon/Intestinal/Anal | <input type="checkbox"/> Otro Tipo de Cáncer:  |  |

Complete la información a continuación:

	Vive o Falleció	Edad Actual/Edad al Morir	Problemas Médicos
Madre			
Padre			
Hermano/a			
Hermano/a			
Abuelo/a			

**FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**3. Atención preventiva - Indique la fecha de su último/a ...**

	Fecha	Normal/Anormal	Fecha
Mamografía	_____		Vacuna contra la Gripe
Papanicolaou	_____		Vacuna contra la Neumonía
Colonoscopia	_____		Vacuna contra el Tétanos
Prueba de VIH	_____		Vacuna contra el Herpes
Prueba de Colesterol	_____		Vacuna contra VPH/Gardasil
Chequeo de la Vista	_____		Vacuna contra Hepatitis

**Asegúrese de completar una Divulgación de Información (ROI) para las clínicas/proveedores que tienen estos historiales.**

**4. Historial Médico**

¿Fuma?  SÍ  NO Si dejó de fumar, ¿cuándo fue eso? \_\_\_\_\_

¿Qué tanto alcohol bebe y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Utiliza drogas?  SÍ  NO Si dejó de fumar, ¿cuándo fue eso? \_\_\_\_\_

Si alguna vez ha usado drogas, por favor mencione los tipos y la frecuencia: \_\_\_\_\_

¿Hacer ejercicio?  SÍ  NO En caso afirmativo, ¿qué hace y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Con quién vive? \_\_\_\_\_

¿Trabaja?  SÍ  NO Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su nivel de educación más alto? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido abusado/a?  SÍ  NO \_\_\_\_\_

¿Tiene los siguientes documentos?  Testamento Vital  Instrucciones Anticipadas Avanzadas  Instrucciones Anticipadas Psiquiátricas

**5. Historial Sexual**

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido: este mes \_\_\_\_\_ este año \_\_\_\_\_ en su vida? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su orientación sexual?  Heterosexual  Lesbiana/Gay/Homosexual  Bisexual

Otro: \_\_\_\_\_

¿Tiene relaciones sexuales con  Hombres  Mujeres  Ambos?

¿Usa condones?  Siempre  A veces  Nunca

Si usted o su pareja usan anticonceptivos, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una ETS (enfermedad de transmisión sexual)?  SÍ  NO

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DEL PACIENTE

### **Consentimiento General para Tratamiento**

Yo, o mi representante legal en mi nombre, acepto que los profesionales de salud de Chase Brexton proporcionen evaluación y tratamiento respecto de mi afección, lesión o enfermedad.

### **Responsabilidad Financiera del Paciente**

Por este medio acepto la responsabilidad financiera de pagar a Chase Brexton todos los montos que no estén cubiertos por mi plan de salud, incluidos los montos en concepto de copagos, cosaeguro, pagos de escala móvil, deducibles, servicios no cubiertos y servicios por los que no haya recibido una autorización o una remisión adecuadas. Además, acepto la responsabilidad financiera de los beneficios de salud que sean negados porque no soy elegible para recibir dichos beneficios en el momento del servicio.

Entiendo que Chase Brexton acepta el pago en efectivo, tarjeta de crédito o cheque. Por lo general, el pago debe realizarse en el momento en que se prestan los servicios, aunque Chase Brexton se reserva el derecho a enviarle posteriormente una factura por los beneficios médicos que puedan ser rechazados por su plan de salud.

Autorizo a mi plan de salud a efectuar el pago a Chase Brexton por los servicios prestados. Asimismo, autorizo a Chase Brexton a utilizar y divulgar mi información médica cuando sea necesario para obtener el pago. Entiendo que Chase Brexton me hará financieramente responsable si decido que mi plan de salud no cubra un servicio.

Si mi plan de salud está sujeto a ERISA, autorizo a Chase Brexton para que actúe en mi nombre con el fin de obtener el pago de los beneficios. También autorizo a Chase Brexton para que apele en mi nombre cualquier denegación de servicios o beneficios por parte de cualquier plan de salud. Si mi cuenta es enviada a una agencia de cobros de deudas por falta de pago, acepto pagar todos los gastos razonables incurridos en el cobro del monto pendiente adeudado a Chase Brexton, incluyendo los honorarios profesionales razonables, los intereses y las costas judiciales.

### **Cancelación de Citas**

Entiendo que debo llamar a Chase Brexton con al menos 24 horas de anticipación para cancelar una cita.

### **Reconocimiento**

Al firmar abajo, reconozco que he leído atentamente este formulario, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y acepto voluntariamente sus disposiciones.

También recibí el Manual del Paciente que contiene:

- **Aviso de Prácticas de Privacidad**
- **Derechos y Responsabilidades del Paciente**
- **Cómo proporcionar comentarios u opiniones (cumplidos, quejas y reclamos).**

---

Nombre en Letra de Molde del Paciente o del Representante Legal: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\* Una copia de este Reconocimiento se encuentra a su disposición, si la solicita.