

## Formulario de Registro de Paciente

Información general

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

Preferencia de nombre (¿Cómo le gustaría ser dirigido?): \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE**

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

Preferencia de nombre (¿Cómo le gustaría ser dirigido?): \_\_\_\_\_

Esta información es muy importante para ayudarnos a brindar el mejor cuidado posible. Por favor complete este formulario entero. Esta información es para su proveedor de salud solamente y se mantendrá en confidencialidad.

**1. Historia clínica del paciente**

Problemas médicos (presión arterial elevada, diabetes, asma, etc.)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Internaciones/Intervenciones Quirúrgicas:

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Medicamentos (incluya medicamentos herbales, vitaminas y suplementos):

Nombre	Dosificación	Nombre	Dosificación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alergias

\_\_\_\_\_

**2. Historia clínica familiar**

¿Ha tenido alguno de los miembros de su familia alguno de los siguientes problemas médicos? (marque con un círculo todos los que correspondan)

- Diabetes
- Presión arterial elevada
- Enfermedad cardíaca/infarto
- Derrame cerebral
- Colesterol alto
- Enfermedad renal/diálisis
- Asma
- Migrañas
- Cáncer de mama
- Cáncer de colon/intestinal/anal
- Otro(s) tipo(s) de cáncer: \_\_\_\_\_

Sírvase completar los detalles debajo:

	Con vida o fallecido	Edad actual/edad al fallecer	Problemas médicos
Madre	_____	_____	_____
Padre	_____	_____	_____
Hermano/a	_____	_____	_____
Hermano/a	_____	_____	_____
Abuelo/a	_____	_____	_____
Abuelo/a	_____	_____	_____
Abuelo/a	_____	_____	_____
Abuelo/a	_____	_____	_____

### HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

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

#### 3. Cuidados preventivos - Cuándo fue su último/a...

	Fecha	Normal/anormal		Fecha
Mamografía	_____	_____	Vacuna antigripal	_____
Papanicolau	_____	_____	Vacuna antineumocócica	_____
Colonoscopia	_____	_____	Vacuna antitetánica	_____
Examen de VIH	_____	_____	Vacuna del herpes zóster	_____
Examen de colesterol	_____	_____	HPV/Vacuna Gardasil	_____
Examen de la visión	_____	_____	Vacuna contra la hepatitis	_____

**Asegúrese de completar una divulgación de información para las oficinas/proveedores que poseen estos registros.**

#### 4. Historia social

¿Fuma?  SÍ  NO Si ha dejado de hacerlo, ¿cuándo sucedió? \_\_\_\_\_

¿Cuánto alcohol bebe y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Consume drogas?  SÍ  NO Si ha dejado de hacerlo, ¿cuándo sucedió? \_\_\_\_\_

Si alguna vez ha consumido drogas, enumere qué tipos y con qué frecuencia: \_\_\_\_\_

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

¿Con quién vive? \_\_\_\_\_

¿Está trabajando actualmente?  SÍ  NO Ocupación: \_\_\_\_\_

Máximo nivel de educación alcanzado: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez han abusado de usted?  SÍ  NO \_\_\_\_\_

Tienes un:  Testamento Vital  Declaración anticipada de Tratamiento  Declaración de tratamiento de salud mental

#### 5. Historia sexual

Cuántas parejas sexuales ha tenido: este mes \_\_\_\_\_ este año \_\_\_\_\_ a lo largo de su vida \_\_\_\_\_

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

Otra: \_\_\_\_\_

Tiene relaciones sexuales con  Hombres  Mujeres  Ambos

¿Utiliza condón?  Siempre  A veces  Nunca

Si usted o su pareja utilizan métodos anticonceptivos, ¿de qué tipo son? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez una enfermedad de transmisión sexual?  SÍ  NO

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

## FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE

### **Consentimiento General de Tratamiento**

Yo, o un representante legal a mi favor, autorizo(a) que los profesionales de la salud de Chase Brexton evalúen y proporcionen tratamiento para mi condición, lesión o enfermedad.

### **Responsabilidad financiera**

Por el presente, acepto la responsabilidad financiera de todos los gastos no cubiertos por mi plan de salud, inclusive los montos de copagos, coseguros, pagos de tarifa móvil, pagos de todos los deducibles y servicios no cubiertos o servicios por los cuales no he recibido autorización apropiada o un referido. Además, acepto la responsabilidad financiera de todas las exclusiones de las pólizas o de los beneficios denegados por no ser elegibles al momento de la prestación del servicio.

Comprendo que Chase Brexton acepta pagos en efectivo, con tarjeta de crédito o cheque. Generalmente, se exige el pago de todos los servicios al momento de su prestación, aunque Chase Brexton reserva el derecho de enviarle a usted una factura después para los beneficios de salud que fueron denegados por su plan de salud.

Autorizo el pago de beneficios del seguro de salud a Chase Brexton por los servicios prestados. También, autorizo a Chase Brexton a divulgar toda información de salud necesaria para completar y procesar mis reclamaciones relativas al seguro. Comprendo que Chase Brexton me considerará financieramente responsable si elijo no usar mi plan de salud para cubrir un servicio.

Si mi plan de salud esté sujeto a ERISA, autorizo que Chase Brexton actúe a mi favor para obtener pago por los beneficios. También autorizo que Chase Brexton apele a mi favor cualquier denegación de servicios o beneficios por cualquier plan de salud. Si mi cuenta se mande a una agencia de colección por falta de pago, acepto la responsabilidad de pagar toda tarifa razonable que se cobra para recobrar cualquier saldo pendiente que se debe a Chase Brexton, inclusive las tarifas razonables de abogado, interés y costos legales.

### **Cancelación de Citas**

Comprendo que debo comunicarme telefónicamente con Chase Brexton con al menos 24 horas de anticipación para cancelar una cita.

### **Acuse de recibo**

Al firmar a continuación, reconozco que he analizado detenidamente este formulario, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, y que acepto sus provisiones voluntariamente.

He recibido el Manual para pacientes que incluye la siguiente información:

- **Notificación de prácticas de confidencialidad.**
- **Derechos y responsabilidades del paciente.**
- **Cómo comunicar mi opinión (cumplidos, reclamaciones y quejas).**

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

Preferencia de nombre (¿Cómo le gustaría ser dirigido?): \_\_\_\_\_

Firma de Paciente o Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Una copia de este acuse de recibo está disponible con solicitud previa.