

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: _____

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. Historial de Partos

¿Existieron complicaciones durante el embarazo? NO SÍ Caso afirmativo, explicar: _____

Tipo de Parto: Vaginal Cesárea (Motivo: _____)

Peso al Nacer: _____ lbs _____ oz

¿Existieron complicaciones después del parto? NO SÍ Caso afirmativo, explicar: _____

2. Historia Clínica del Paciente

Medicamentos (incluidos medicamentos herbales, vitaminas y suplementos):

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

Alergias

Internaciones/Intervenciones Quirúrgicas:

_____ Fecha _____
 _____ Fecha _____

¿Su hijo se encuentra en condición de fumador pasivo? SÍ NO

¿Su hijo ejercita con regularidad? SÍ NO

¿Su hijo pasa tiempo en hogares construidos antes de 1978 con regularidad? SÍ NO

¿Su hijo asiste a guarderías fuera del hogar? SÍ NO

Problemas Médicos (marcar todas las opciones que correspondan)

- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de Crecimiento |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Reflujo Ácido (GERD) | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Elevada |
| <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Enuresis | <input type="checkbox"/> Otitis | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Problemas de Comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Déficit de Atención (ADD) / Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Problemas escolares | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo | <input type="checkbox"/> Cáncer(es): _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | | |

¿Tiene alguna otra inquietud médica de la que deberíamos estar al tanto? _____

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

2. Historia Clínica Familiar

¿Algún miembro de su familia ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos? (marque todos los que correspondan)

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Elevada | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca/Infarto |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal/Diálisis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Anemia (bajo nivel de glóbulos rojos) | <input type="checkbox"/> Trastornos de Tiroides | <input type="checkbox"/> Ansiedad/Trastornos Neurológicos |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Cáncer(es) (Tipo(s)): _____) | |

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 _____		

3. Cuidados Preventivos

¿Cuándo fue el último control de su hijo? _____

***Asegúrese de completar una divulgación de información (ROI, Release of Information) para las oficinas/los prestadores que posean estos registros.**

¿Tiene sus vacunas al día? NO SÍ NO ESTOY SEGURO ***Proporcione un historial de vacunas actualizado.**

Farmacia de Preferencia: _____

Número de Teléfono: _____

Se requiere el permiso del padre, de la madre o del tutor para tratar al niño por cada visita en la cual un tercero (distinto del padre, de la madre o del tutor) acompañe al menos (por ejemplo, abuelos, tíos, amigos, etc.). Si existe la posibilidad de que un tercero (distinto del padre, de la madre o del tutor) traiga al niño a una consulta, solicite un Designación para que otra persona consienta en cuidar.

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.