

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: _____ SSN: _____ DOB: _____
Primer Apellido Inicial media

Dirección _____ Número de teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sexo: ___M___F Edad ___ Estado marital _____ Hispanic/Latino? ___Si___No

Raza: (Círculo uno) Asian American Indian Black Pacific Islander White
Multi Otros: (Especifica) _____

Idioma principal: _____ Veterano de estados unidos?? ___Si___No

Persona sin hogar? ___Si___No Si usted vive en viviendas públicas? ___Si___No

Necesita ayuda con la traducción? ___Si___No Tiene alguna discapacidad física: ___Si___No
Sí, si usted necesita cualquier ayuda especial? _____

Parte responsable _____ Empleados por _____

Nombre de la empresa _____ Número de teléfono _____

Ingreso mensual _____ Número de dependientes _____

FUENTE DE INGRESOS: EMPLEO: \$ _____ AFDC: \$ _____ SSI: \$ _____ NIÑO DE APOYO : \$ _____
SEG. SOC: \$ _____ AUTÓNOMO: \$ _____ EL DESEMPLEO: \$ _____ OTROS (SPECIFY): \$ _____

Su nivel de educación: _____ No terminó la escuela secundaria _____ Diploma de la escuela secundaria
_____ La educación universitaria

Nombre de contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Otra persona/s autorizado a llevar a su hijo al médico: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO (POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN EN EL MOMENTO DEL CHECK-IN)

MEDICARE# _____ MEDICAID # _____

Compañía de seguros privada: _____ HMO: _____

Póliza #: _____ Grupo#: _____ Suscriptor #: _____

Nombre del asegurado _____ Empleados por _____
Primero Apellido

Respecto al paciente _____ Número de la Seguridad Social: _____

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

Yo, el abajo firmante certifica que toda la información proporcionada es correcta. Entiendo que soy responsable por cualquier y todos los cargos no cubiertos por el seguro del programa para que me califiquen. Autorizo a Bond Community Health Center, Inc. para liberar cualquier información para cobrar el pago de las prestaciones. Autorizo el uso de esta firma sobre todos los pagos y envíos seguros.

Paciente/Tutor Legal firma

Fecha

Testigos de la firma

Fecha

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TREATMEANT

YO, EL ABAJO FIRMANTE, OTORGAR PERMISO PARA MÍ MISMO O MENOR HIJO(A) A SOMETERSE A TODAS LAS PRUEBAS NECESARIAS, EXÁMENES, TRATAMIENTOS Y OTROS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS EN EL CURSO DE ESTUDIO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR LOS MÉDICOS Y OTROS MIEMBROS DEL PERSONAL DEL BOND COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

SOY CONSCIENTE DE QUE LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA Y LA CIRUGÍA MENOR NO ES UNA CIENCIA EXACTA Y RECONOZCO QUE NO SE HAN DADO GARANTÍAS A MÍ COMO RESULTADO DE TRATAMIENTOS O EXAMEN POR BOND COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

DOY MI CONSENTIMIENTO A LA LIBERACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA A ORGANISMOS GUBERNAMENTALES O INSTITUCIONES AUTORIZADAS COMO ES REQUERIDO POR BOND COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

POR LA PRESENTE AUTORIZO EL PAGO DE BOND COMMUNITY HEALTH CENTER, INC DE LAS PRESTACIONES PAGADERAS A MÍ; DE MEDICAID, MEDICARE Y BENEFICIOS DE SEGUROS DE TERCEROS, PERO QUE NO EXCEDA LOS CARGOS REGULARES DEL CENTRO DE SALUD PARA ESTE PERÍODO DE TRATAMIENTO.

(PACIENTE O TUTOR LEGAL)

FECHA

(ESPECIALISTA DE ADMISIÓN - TESTIGO)

FECHA

Acuerdo de Participación del Cliente

Esto es para certificar que _____ Social Security Number _____ Nombre del paciente _____ y los siguientes miembros de su familia pueden

recibir servicios de Bond Community Health Center, Inc.

LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO

Se ofrecen los siguientes servicios: exámenes físicos, proyecciones, medicamentos recetados, atención prenatal, Rayos X, vacunas, atención pediátrica, STD Tamizaje y tratamiento de ITS/VIH, pruebas y tratamiento, consejería nutricional, educación en salud, salud de la Conducta y cuidado de enfermos, el seguimiento médico y servicios dentales.

Estos servicios se han explicado a mí. Yo entiendo que aunque yo u otros miembros de mi familia pueden ser remitidas a atención especializada, hospitalización o atención de alto nivel, no hay ninguna obligación para el proveedor para pagar por estos servicios. Entiendo que puedo ser responsable de mi familia y para mí. Me notificará a Bond Community Health Center, Inc. cuando uno de los miembros de mi familia no puede asistir a una cita.

Yo certifico que toda la información que me han dado en lo relativo a los ingresos y el tamaño de la familia son verdaderas y correctas al mejor de mi conocimiento. Entiendo que cualquier diapositiva escala de descuento que califico para estar en efecto durante 12 meses, a menos que se produzcan cambios significativos en los ingresos o el tamaño de la familia. Después de ese tiempo, será necesario volver a aplicar. También entiendo que cualquier falsificación de la documentación puede resultar en mi está cargando el coste completo de recibir servicios.

_____ Sí, me gustaría solicitar un descuento cuota deslizando

_____ No, no deseo solicitar un descuento cuota deslizando

(PACIENTE O TUTOR LEGAL)

Fecha

(ESPECIALISTA DE ADMISIÓN - TESTIGO)

Fecha

Bond Community Health Center – Patient Health History

Nombre: _____

Fecha: _____

Edad: _____ Cumpleaños: _____ Fecha del último examen físico: _____

Cuál es el motivo de esta visita? _____

Revisión de síntomas: Controlar síntomas que actualmente tienen o han tenido en el pasado año.

GENERAL

- Escalofríos
- Depresión
- Mareos
- Desmayos
- Fiebre
- Olvido
- Dolor de cabeza
- Pérdida de sueño
- La pérdida de peso
- Nerviosismo
- Entumecimiento
- Sudores

GENITO-URINARIO

- Sangre en la orina
- Micción frecuente
- La falta de control de la vejiga
- Micción dolorosa

GASTROINTESTINALES

- Apetito pobre
- Hinchazón
- Cambios intestinales
- Estreñimiento
- Diarrea
- Hambre excesiva
- Gas
- Las hemorroides
- Indigestión
- Náuseas
- El sangrado rectal
- Dolor de estómago
- Vómitos

PIEL

- Forman moretones fácilmente
- Las colmenas
- Comezón
- Cambios en los lunares
- Erupción cutánea
- Cicatrices
- Llaga que no sana

OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA

- Sangrado de Encías
- Visión borrosa
- Dificultad para deglutir
- Visión doble
- Dolor de oído
- Secreción del oído
- Fiebre del heno
- Ronquera
- La pérdida de audición
- Las hemorragias nasales
- Tos persistente
- Pitido en los oídos
- Problemas sinusales
- Visión -- parpadea
- Visión -- Halos

MÚSCULO/HUESO/CONJUNTAS

- Dolor, debilidad y/o entumecimiento en:
- Brazos
 - Espalda
 - Pies
 - Manos
 - Caderas
 - Piernas
 - Cuello
 - Hombro

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

- Dolor, debilidad y/o entumecimiento en:
- Dolor en el pecho
 - Presión sanguínea alta
 - Latido cardíaco irregular
 - Presión sanguínea baja
 - Mala circulación
 - Latidos cardíacos rápidos
 - Hinchazón de los tobillos
 - Venas varicosas

CONDICIONES:

- El VIH/SIDA
- El alcoholismo
- La anemia
- Anorexia
- Artritis
- El asma
- Trastorno Hemorrágico
- La Bronquitis
- Bulimia
- El cáncer
- Cataratas

Compruebe las condiciones que actualmente tienen o han tenido en el pasado año.

- Varicela
- La diabetes
- El enfisema
- Epilepsia
- Glaucoma
- Bocio
- La gota
- Enfermedad del corazón
- Hepatitis
- Hernia
- Herpes
- Colesterol alto
- Enfermedad renal
- Enfermedad hepática
- Dolores de cabeza
- Mononucleosis
- Esclerosis múltiple
- Paperas
- Marcapasos
- Neumonía
- La polio
- Los problemas de próstata

- Atención Psiquiátrica
- La fiebre reumática
- Escarlatina
- Trazo
- Intento de suicidio
- Problemas de tiroides
- Amigdalitis
- La Tuberculosis
- Las úlceras
- Las infecciones vaginales
- Las enfermedades venéreas/ETS/ITS

LAS MUJERES SÓLO

- Está usted embarazada Yes No
La edad de inicio de período: _____
El flujo menstrual: Regular Irregular Calambres
_____ Días de flujo _____ Duración del ciclo
Primer día de la última menstruación _____
 Dolor o sangrado durante o después de tener sexo

Numero de:

- _____ Los embarazos _____ Los abortos
_____ Miscarriages _____ Nacidos vivos

Método de control de la natalidad: _____

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____
 Normal Anormal

LOS HOMBRES SOLAMENTE

- Tumor de mama
- Dificultades eréctiles
- Protuberancia en los testículos
- Secreción del pene
- Dolor en el pene

LOS MEDICAMENTOS: Lista de los medicamentos que usted está tomando actualmente

LOS MEDICAMENTOS	LOS MEDICAMENTOS	LAS ALERGIAS

HISTORIA FAMILIAR:

Enfermedad	Relación contigo
La anemia	
Artritis	
El asma	
El cancer	
La diabetes	
Enfermedad del corazón	
Presión sanguínea alta	
Enfermedad renal	
La tuberculosis	
Otros	

HOSPITALIZACIONES/CIRUGÍA:

Año	Razón de hospitalización y cirugía

Violencia y abuso en la familia? Si No

Alguna vez has tenido una transfusión de sangre? Si No

En caso afirmativo, sírvase dar fechas aproximadas: _____

La Tuberculosis: Fecha PPD _____ Resultados _____ mm _____ Fecha CXR _____
Resultados _____

HÁBITOS DE SALUD:

El consumo de tabaco: Si No Cantidad _____ Fecha de parada _____

El consumo de alcohol: Si No Cantidad _____

Las drogas de la calle: Si No Tipo _____ Cantidad _____

Ejercicio: Si No Describir _____

El uso del cinturón de seguridad: _____ Siempre _____ A Veces _____ Nunca

HISTORIA SEXUAL:

Más de 1 pareja en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Más de 1 socio en año pasado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sexo con hombres <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Víctima de Asalto Sexual <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sexo con mujeres <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sexo w/usuario de drogas inyectables? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sexo w/el uso de drogas no inyectables <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sexo w/hombre que tuvo relaciones sexuales w/man? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sexo por drogas o dinero? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Las relaciones sexuales con una persona con VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

HISTORIA ANTICONCEPTIVA

Último método utilizado/usando ahora _____
Otro método usado _____
Problema con el método? _____

Firma personal/Título _____

EL ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo _____, recibido el aviso de
Imprimir Nombre

Prácticas de privacidad de Bond Community Health Center, Inc.

Paciente/Tutor Legal firma

Fecha

En lugar de firma del paciente, Yo, _____, Un
miembro del personal del Bond Community Health Center, Inc., estado que
_____ recibido nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Especialista de admisión

Fecha