

**Cass County Health Department
Cass County Health / Dental / Behavioral Health / School Health Center**

Primer Nombre del Paciente Appellido Fecha de Nacimiento MI mm/dd/yyyy Numero de Seguro Social Numero de telefono

Sexo asignado al nacer Identidad de genero Orentacion sexual

Etnicidad Raza Estado Civil

Es usted estudiante? Veterano? Trabajador migrante? Persona sin hogar?
 No No No No
 Si Si Si Si

Dirección de Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Dirección de Envio Ciudad Estado Codigo Postal

FARMACIA PREFERIDA / Ciudad Su Doctor De Cuidado Primario Tu Dentista

| | | |
|---------------------------------|--|---|
| El paciente necesita interprete | El padre o guardian necesita interprete? | El paciente tiene un poder notarial para atención medica / DIRECTIVA AVANZADA/ orden de no resucitar / tutor orden de la corte? |
| No | No | No |
| Si | Si | Yes- en caso afirmativo, porfavor proporcione unda copia. |
| Espanol | Espanol | |
| Frances | Frances | |
| Lenguaje de senas | Lenguaje de senas | |

Cual es la cantidad aproximada de los ingresos anuales del hogar? Tamano de familia

Negarse a Reportar

INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE *Persona a ser factuarda

| | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------|--|-------------------------------|--------------------|
| Primer Nombre / MI / Apellido | Numero de Seguro Social | Fecha de Nacimiento <input type="text"/> | Sexo Masculino Femenito | |
| Direccion | Ciudad | Estado | Codigo Postal | Numero de telefono |
| Información De Contact De Emergencia | Relacion | Numero de telefono | | |

Todos los clientes tienen derecho a tratamiento por la Clínica de Salud/ Salud Conductual /Dental del Condado Cass sin discriminación por edad, raza, color, religion, sexo, orientación sexual o origen nacional.

La información anterior es verdadera y correcta a mi conocimiento.

Yo acepto responsabilidad completa por mi cuidado y el cuidado de mi hijo y libero a la Clínica de Salud/ Salud Conductual / Dental del Condado Cass y al personal de todo y cualquier responsabilidad por cualquier resultado adverso que pueda ocurrir debido a mi rechazo de seguir el plan recomendado de tratamiento.

Yo autorizo la Clínica de Salud/ Salud Conductual / Dental del Condado Cass para proporcionarme servicios y liberar información necesaria para facturar, procesar, y recibir pago de los Beneficios Medicos/ Dentales (seguro privado, Medicare, o Medicaid, etc.) por servicios Medicos y Profesionales Proporcionados.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE: Yo entiendo que es mi responsabilidad leer y seguir la información contenida en este aviso. Todos los clientes tienen derecho a tratamiento por la CCHC/ CCSHC/ CCDC sin discriminación por edad, raza, color, religion, sexo, orientación sexual, o origen nacional.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD: Mi firma debajo tambien indica que me han porporcionado una copia de el "Aviso de Prácticas de Privacidad" del CCHD. Entiendo que es mi responsabilidad hacer cualquier pregunta que tenga.

Consentimiento Para Liberar Información a un Miembro Familiar o un Cuidador Designado

Los nombres que figuran a continuación están permitidos a que se les libere información de la Clínica de Salud/ Salud Conductels/Dental del Condado Cass con el consentimiento firmado debajo.

| | | |
|--------|----------|--------------------|
| Nombre | Relacion | Numero de Telefono |
| Nombre | Relacion | Numero de Telefono |
| Nombre | Relacion | Numero de Telefono |
| Nombre | Relacion | Numero de Telefono |
| Nombre | Relacion | Numero de Telefono |

Firma de Cliente (o padre)

*Su nombre escrito aquí es su firma electrónica

Fecha (mm/dd/yyyy)

RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Gracias por escoger a la Clínica de Salud/ Dental del Condado Cass para su cuidado medico/dental. Nuestro personal valora su tiempo y esperamos que usted en turno valore el nuestro. En orden para mejor servirle tenemos las siguientes políticas de la oficina para que usted revise y lea. Estar de acuerdo con estas polizas nos permite proporcionar un mejor cuidado de manera eficiente y oportuna.

PAGO

- Todo pago/ copago por los servicios proporcionados debe ser colectado en el tiempo del servicio.
- Elegibilidad para servicios debajo de Illinois Medicaid serán determinados antes de empezar cada visita.
- Debe traer su tarjeta de aseguranza actual a cada cita. Si la elegibilidad no puede ser verificada, se le pedira pagar por el servicio.
- Cualquier servicio no pagado por Medicaid, Medicare, y/o aseguranza medica/ dental sera su responsabilidad pagar.
- Cualquier paciente con un balance previo se le pedira que consulte con nuestra Oficina Financiera para hacer un plan de pago para eliminar la cantidad previa.
- Yo entiendo que si mi cuenta es referida a una Agencia de Colecciónes y yo serer responsable por los costos de colección incurridos.

DESCUENTO

- Ofrecemos un plan de descuento que permitira a los pacientes que han proporcionado comprobante de ingresos para recibir servicios a un precio razonable. Su costo es determinado por los ingresos del hogar y el tamaño de la familia.
- El descuento esta basado en el Departamento de Salud de los Estados Unidos y las Guias de los Servicios Humanos.

CITAS

- Es su responsabilidad recordar su cita. En orden para que podamos proporcionar una llamada de cortesia un numero de telefono actual es requerido. Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio.
- El personal llamara a confirmar las citas. Usted debe contestar o regresar la llamada el dia de trabajo antes, antes de medio dia o su cita sera cancelada.
- Si su numero de telefono es desconectado o no actualizado o su correo de voz no funciona, su cita se le dara a otro paciente.
- A los pacientes nuevos se les pedira llegar 30 minutos antes de su cita para completar el formulario de paciente nuevo.

TRATAMIENTO DE MENORES

Todos los menores deben ser acompañados por un tutor legal o el tutor legal debe dar permiso por escrito para que otro individuo lo acompañe via la completación del Formulario Apoderado. Dependiendo del tratamiento que sera proporcionado el tutor legal puede ser requerido estar en el sitio para dar consentimiento informado excepto en casos cuando los menores buscan cuidado tal como permitido por la Ley Estatal de Illinois.

HOGAR MEDICO CENTRADO PARA LOS PACIENTES

Un hogar medico centrado para los pacientes es un sistema de cuidado en cual un equipo de profesionales trabajo adjunto para proporcionar todas sus necesidades de cuidado de salud. Nosotros usamos la tecnologia, como registros medicos electrónicos para comunicar y coordinar su cuidado y proporcionar los mejores resultados posibles para usted. Usted el paciente, es la parte mas importante del hogar medico centrado para los pacientes. Cuando usted toma una parte activa en su salud y trabajo junto con nosotros, usted puede estar seguro/a de que esta recibiendo el cuidado que necesita!

Yo entiendo y estoy de acuerdo con las politicas escritas anteriormente.

Firma de Cliente (o padre)

* Su nombre escrito aquí es su firma electrónica

Fecha (mm/dd/yyyy)

CUESTIONARIO SOBRE SU HISTORIAL DE SALUD Spanish

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidencial y seran parte de su expediente medico.

Doctor Previo o el que lo refirio: _____ Fecha de ultimo examen fisico: _____

HISTORIAL De SALUD PERSONAL

| | | | | | | |
|------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------------|---|--|--------------------------------|
| ENFERMEDAD DE INFANCIA | <input type="checkbox"/> Sarampion | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Rubeola | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> FiebreReumatica | <input type="checkbox"/> Polio |
| VACUNAS Y FECHAS: | <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> Tetanos | <input type="checkbox"/> Neumonia | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | | |
| EXAMENES DE SALUD | <input type="checkbox"/> Colonoscopy When/Where: | | | <input type="checkbox"/> Chest XRay When/Where: | | |
| | <input type="checkbox"/> Rectal Exam/Blood When/Where: | | | <input type="checkbox"/> EKG When/Where: | | |

PROBLEMAS MEDICOS QUE OTROS DOCTORES DIAGNOSTICARON

| | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|-------------------|---|--------------------------|---|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Artritis / Gota | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Epilepsia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Trastorno de Coagulacion | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Alta Presion Sanguinea | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hepatitis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Cataratas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Cancer | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas Cardiacos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Coagulo de Sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Infeccciones Resistentes a los Antibioticos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Lupus | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Asthma | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedades Transmitidas Sexualmente | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Glaucoma | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| EPOC | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Insuficiencia Cardiaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Depresion | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| Otros _____ | | | | | | | |

CIRUGIAS Y OTRAS HOSPITALIZACIONES

| Año | Lista de Cirugias | Hospital |
|-----|-------------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANOTE SUS MEDICAMENTOS PRESCRITOS, MEDICAMENTOS DEL MOSTRADOR, Y VITAMINAS Y

| Nombre del Medicamento | Dosis | Frecuencia? | Nombre del Medicamento | Dosis | Frecuencia |
|------------------------|-------|-------------|------------------------|-------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ALERGIAS (MEDICAMENTOS, COMIDA, TEMPORAL OR AMBIENTAL)

| Alergia a que? | Reaccion? | Alergia a que ? | Reaccion? | Alergia a que ? | Reaccion? |
|----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|
| | | | | | |

ABITOS DE SALD ` SEGRIDAD PERSONAL

TODAS LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SERAN ESTRUCTAMENTE CONFIDENCIALES.

| | | |
|------------------|--|---|
| Alcohol | Usted toma alcohol? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | En casa afirmativo de que tipo? _____ | Cuantas bebidas por semana? _____ |
| Cafeina | Usted usa cafeina? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | Qu e tipo ? <input type="checkbox"/> Chocolate <input type="checkbox"/> Cafe <input type="checkbox"/> Te <input type="checkbox"/> Refresco <input type="checkbox"/> Bebida energetica <input type="checkbox"/> Tableta | |
| Tobaco | Usted usa tobacco? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Cigarrillos dia _____ <input type="checkbox"/> Tabaco de mascar dia _____ <input type="checkbox"/> Pipa dia _____ <input type="checkbox"/> Cigarros dia _____ | # de anos _____ O ano qu dejo el tabaco _____ |
| Drogas | Usted actualmente o en algun momento ha usado drogas recreativas o de la calle? Tipo / Frecuencia_____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | Usted se a administrado drogas de la calle con una aguja? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Tatuajes | Tien usted algun tatuaje? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Dieta | Dieta <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Diabetica <input type="checkbox"/> Baja en sal / Baja en Sodio <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Otra _____ | |
| Ejercicio | Ejercicio-Describalo _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

SINTOMAS CONSTITUCIONALES

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Mal estado de salud ultimamente | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Cambios recientes de pesa | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Fatiga / Cansancio | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

OJOS

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Enfermedad de los ojos / lesion | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Lentes / Contactos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Vista borrosa | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Vision doble | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

OIDO / NARIZ / BOCA / GARGANTA

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Perdida de audicion / Zumbido en los oidos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Dolor de oidos o drenaje | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de sinusitis cronica | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sangrado de la nariz | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Llagas en la boca | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sangrado en las encias | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Mal aliento / mal sabor | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Glandulas inflamadas en el cuello | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

CARDIOVASCULAR

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Dolor de pecho / Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Palpitaciones (Latido de corazon irregular) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Hinchazon de los pies | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

RESPIRATORIO

| | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Tos cronica / frecuente | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Tos de sangre | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sibilancias | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

GASTROINTESTINAL

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Perdida de apetito | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Cambio en las deposiciones (popo) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Nausea o Vomito | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Dirrea frecuente | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Deposiciones dolorosas / Estrenimiento | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sangrado Rectal | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Dolor abdominal / Acidez | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

GENITOURINARIAS

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Urinacion (pipi) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Dolor / ardor al orinar | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Incontinencia (mojar los calzoncillos) / Gotear | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Calculos renales (piedras en los rinones) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas Sexuales | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

MUSCULOSQUELETICO

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Rigidez/ hinchazon en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Debilidad en los musculos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Dolor en los musculos / calambres | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Manos o dedos frios/pies o dedos de los pies | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

INTEGUMENTARIO

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Sarpullido o picazon | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Cambios en el color de piel | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Cambios en el cabello o las ungas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Venas varicosas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Lunares excesivos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Exposicion excesiva al sol | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Lesiones o llagas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

NEUROLOGICO

| | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Aturdido / mareado | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Colvulsiones / ataque | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Entumecimiento o hormigeo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Temblores / sacudidas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Paralisis | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Lesion en la cabeza | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

PSIQUIATRICO

| | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Perdida de memoria / confusion | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Nervios / Ansiedad | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Tristeza | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Insomnio / no poder dormir | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

ENDOCRINO

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Problemas de glandulas o hormonas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Resequedad de la piel | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sed o ganas de orinar excesivas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sentir mucho frio/calor (sofocos, etc.) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

HEMATOLOGIO / LINFATICO

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Dificultad para sanar heridas / lesiones | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sangrado o moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Flebitis | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Transfusiones de sangre en el pasado | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Agrandamiento de las glandulas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

OTRO

| |
|--|
| |
| |
| |

HISTORIAL FAMILIAR

| | Problemas de Salud | Edad | Fallecido | | Causa de Muerte | | Problems de Salud | Edad | Fallecido | | Causa de Muerte |
|----------|--------------------|--|-----------|----|-----------------|----------------|-------------------|--|-----------|----|-----------------|
| | | | Si | No | | | | | Si | No | |
| Padre | | | Si | No | | Ninos | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Si | No | |
| Madre | | | Si | No | | Ninos | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Si | No | |
| Hermanos | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Si | No | | Ninos | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Si | No | |
| Hermanos | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Si | No | | Ninos | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Si | No | |
| Hermanos | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Si | No | | Abuela Materna | | | Si | No | |
| Hermanos | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Si | No | | Abuelo Materna | | | Si | No | |
| Hermanos | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Si | No | | Abuela Paterna | | | Si | No | |
| Hermanos | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Si | No | | Abuelo Paterna | | | Si | No | |

SOLO HOMBRES

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Por lo regular se levanta a orinar en la noche? If yes, # of times _____ | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Siente dolor o ardor al orinar?? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Hay sangre en su orina? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Siente una secreción ardiente del pene? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ha disminuido la fuerza de su orina? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ha tenido alguna infección del riñon, vejiga, o prostata durante los últimos 12 meses? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Esta teniendo problemas para vaciar su vejiga completamente? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Dificultad con erección o la eyaculación? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Cualquier dolor o hinchazón testicular? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Fecha del ultimo examen de la prostata o rectal? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Usted es sexualmente activo? En caso afirmativo con Hombre/Mujer/Ambos? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ha tenido mas de una pareja sexual en el último año? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Numero de embarzos _____ Numero de partos vivos _____ Periodos abundantes, irregularidad, manchado, dolor, o secreción? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Está embarazada o dando pecho? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ha tenido un D&C (Dilatación y Curetaje), histerectomía, o Cesárea? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ha tenido una infección del tracto urinario, vejiga o riñon en el último año? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sangre en la orina? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas con el control de la orina? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Siente sofocos o sudor nocturno? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Tiene usted tensión menstrual, dolor, hinchazón, irritabilidad, o otros sintomas en o alrededor del tiempo de su menstruación? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ha experimentado sensibilidad en los senos, bultos, o secreción del pezon recientemente? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Flujo vaginal? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Usted es activo sexualmente? En caso afirmativo con Hombre/Mujer/Ambos? - Male Female Both?- | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ha tenido mas de una pareja sexual en el último año? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Por favor complete este formulario si es un Paciente De Medicare

PACIENTES DE MEDICARE -MSP

Estoy recibiendo Medicare basado en: Edad Discapacidad Enfermedad Renal Etapa Terminal

Estoy empleado actualmente: No Si

Nombre y dirección de mi empleador: _____

Mi cónyuge esta actualmente empleado: No Si

Nombre y dirección de empleador: _____

Usted tiene cobertura de un Plan de Salud Grupal basado en su empleo o en el de su cónyuge?

No Si-Ambos Si-Mi mismo Si- Cónyuge

FORMULARIO PARA FIRMA DE MEDICARE DE POR VIDA PARA PERMISO DE PAGO PARA BENEFICIOS DE MEDICARE A LA CLÍNICA DE SALUD DEL CONDADO CASS

Yo solicité pago de beneficios autorizados de Medicare en mi nombre por los servicios proporcionados a mi por la Clínica de Salud del Condado Cass. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica o otra información sobre mi que sea liberada a Medicare y sus agentes. Cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios relacionados a los servicios.

⇒ **Firma del Paciente** : _____ **Fecha:** _____
mm/dd/yyyy

O si el paciente no puede firmar en letra de imprenta: _____ mm/dd/yyyy

Nombre de Representante / Padre / Tutor
Y RELACION

⇒ _____
Firma de Representante / Padre / Tutor

Fecha