

Primer Nombre: _____ Segunda Inicial: _____ Apellido: _____ FDN: ____/____/____

Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Numero de Casa: _____ Numero de Celular: _____

Sexo asignado al nacer: Masculino Femenino

Identidad de genero:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Transgenero hombre / mujer a hombre
	<input type="checkbox"/> Transgender mujer / hombre a mujer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no divulgar		
Orientacion sexual:	<input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay	<input type="checkbox"/> heterosexual (no lesbian/gay)	<input type="checkbox"/> Bisexual
	<input type="checkbox"/> Algo mas <input type="checkbox"/> Nose <input type="checkbox"/> Elige no divulgar		

Dirección: _____
(Dirección de Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Dirección de Envío (si diferente): _____
(Dirección de Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Recordatorios de citas / Confirmaciones / Avisos especiales / Compartir información

Para autorizarnos a enviar correos electrónicos y/o mensajes de texto que puedan contener su información médica, a usted u otros proveedores de atención médica, proporcione la siguiente información. El correo electrónico y los mensajes de texto no son un medio de comunicación completamente seguro porque pueden dirigirse a la persona equivocada o acceder de manera incorrecta durante la transmisión.

Correo electrónico para enviarme información: _____

Número de teléfono para enviarme mensajes de texto: _____

**Si prefiere no autorizar el uso del correo electrónico / mensajes de texto, continuaremos usando el correo de los EE. UU. O el teléfono para comunicarnos con usted.*

SU DOCTOR DE CUIDADO PRIMARIO _____	<input type="checkbox"/> Dr. Royeen	<input type="checkbox"/> Dr. Curry	<input type="checkbox"/> Emily Eichelberger NP
TU DENTISTA: _____	<input type="checkbox"/> Dr. Watson	<input type="checkbox"/> Dr. Johnson	<input type="checkbox"/> Dr. Buskirk
FARMACIA PREFERIDA: _____	@ _____		

Etnicidad	<input type="checkbox"/> No hispano/latino	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino	<input type="checkbox"/> Desconocido/No Reportado	Race	<input type="checkbox"/> IndioAmericano/NativodeAlaska	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> More than one race	<input type="checkbox"/> Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo	<input type="checkbox"/> Negro
------------------	--	---	---	-------------	--	--	---	---	-----------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------

Estado Civil: Soltero Casado Legalmente Separado Divorciado Viudo

Es usted estudiante? No Sí **Veterano?** No Sí **Trabajador migrante?** No Sí

Está usted sin hogar? Si No

Cual es la cantidad aproximada de los ingresos anuales del hogar? _____ **Tamaño de familia** _____ Negarse a Reportar

El paciente necesita interprete? No Si **Español / Frances / Lenguaje de señas**

Si el paciente es menor de 18 años, el padre o guardian necesita interprete? No Si **Español / Frances / Lenguaje de señas**

El paciente tiene un poder notarial para atención médica / DIRECTIVA AVANZADA/ orden de no resucitar / tutor orden de la corte? No Si **En caso afirmativo, porfavor proporcione una copia.*

INFORMACIÓN DE CONTACT DE EMERGENCIA:

Nombre: _____

Relación: _____ Numero de Telefono: _____

Primer Nombre: _____ Segunda Inicial: _____ Apellido: _____ FDN: ____/____/____

INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE* Persona a ser facturada si no es el paciente

Primer Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____ Sufijo: _____

Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

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, religión, 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/ CSHC/ CCDC sin discriminación por edad, raza, color, religión, sexo, orientación sexual, o origen nacional.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD: Mi firma debajo también indica que me han proporcionado 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 Conductual/Dental del Condado Cass con el consentimiento firmado debajo.

Nombre	Relacion	telefono
Nombre	Relacion	telefono
Nombre	Relacion	telefono
Nombre	Relacion	telefono
Nombre	Relacion	telefono
Nombre	Relacion	telefono

Firma del padre/paciente: _____ **Fecha:** _____

*Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por medio de una solicitud escrita

Primer Nombre: _____ Segunda Inicial: _____ Apellido: _____ FDN: ____ / ____ / ____

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 políticas 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 Colecciones y/o ser 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 Guías de los Servicios Humanos.

CITAS

- Es su responsabilidad recordar su cita. En orden para que podamos proporcionar una llamada de cortesía 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 políticas escritas anteriormente.

Firma

Fecha

*Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por medio de una solicitud escrita.

3

Nombre del paciente: _____ FDN: _____

CCHC HISTORIAL MEDICO DE PACIENTE ADULTO (18+ AÑOS)

HISTORIAL

Te a visto otro medico? No Si Nombre del Proveedor: _____

Medicamentos: _____

Alergias algun medicamento: No Si _____

Otras alergias: _____

	Historial familiar (Mamá, Papá, Hermanos/as)		Historial familiar (Mamá, Papá, Hermanos/as)	
	Yo		Yo	
Adición al alcohol/drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de cadera	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad en los riñones	<input type="checkbox"/>
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar (COPD/TB, etc)	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Melanoma /Cancer en la piel	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>
Desorden sanguineo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiac reumatica/fiebre	<input type="checkbox"/>
Coágulo de sangre en la pierna/pulmon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escoliosis	<input type="checkbox"/>
Tipo de cancer _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de transmission sexual	<input type="checkbox"/>
Fibrosis Quistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/>
Tipo de diabetes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas estomacales	<input type="checkbox"/>
Epilepsia / Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame/ enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiaca /ataque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides (tipo de condicion) _____	<input type="checkbox"/>
Hepatitis: Que tipo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcera	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas urinarios/dolor	<input type="checkbox"/>
Discapacidad del desarrollo: trastorno del espectro autista,sordo, ciego, discapacidad intelectual,paralisis cerebral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mental Health Condition: Depresion, Bipolaridad, Esquizofrenia, Ansiedad, TDAH	<input type="checkbox"/>

EXAMENES/PRUEBAS	Donde/Cuando
Examen del Colon: _____	
Tipo: <input type="checkbox"/> sangre oculta en heces <input type="checkbox"/> Alcance Flexible <input type="checkbox"/> Colonoscopia	
HgbA1c (diabetis) _____	
Examen Dental _____	
Examen de los ojos _____	

SALUD FEMENINA
Primer periodo menstrual (edad) _____
Ultimo period menstrual (fecha): ____/____/____
Menopausia: Año _____
Aborto/ aborto espontáneo: _____
Control de la natalidad: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pastillas
<input type="checkbox"/> Otro: _____
Mamograma- Donde _____ Año _____
Realizas Autoexámenes del mama? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Prueba de Papanicolado- Lugar: _____
Fecha: _____

SALUD MASCULINA
PSA/Examen Rectal –Donde _____ Fecha _____
Realiza autoexámenes testiculares? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ha tenido algun problema de Urologia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas testiculares? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Nombre del paciente: _____ FDN: _____

Que tan difícil es para usted pagar por los aspectos básicos del hogar, como renta, comida, atención médica y calefacción?	<input type="checkbox"/> Muy Difícil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Un Poco Difícil <input type="checkbox"/> Para Nada Difícil
Cual es el nivel mas alto de educacion que ha acompletado?	_____
Usted se siente estresado, tenso, cansado, nervioso, o ansioso. O que no puede conciliar o mantener el sueño por que su mente se mantiene muy ocupada?	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Mas de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
En las ultimas 2 semanas que tan seguido lo/a an molestado los siguientes problemas?	
Poco interes o placer en hacer las cosas?	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Mas de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Decaido, deprimido, irritable, o sin esperanzas?	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Mas de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
*personal de la oficina: dependiendo estas respuestas , es posible que deba completar el PHQ-9	
Cuantos días de ejercicio moderado o intenso como una caminata rapida hizo en los ultimos 7 días? _____ días.	
En esos días que realiza ejercicio moderado a extenuante, cuantos minutos/ horas en promedio ase al día? _____ minutos/horas.	
Que tan seguido toma bebidas con contenido de alcohol?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos <input type="checkbox"/> 2-4 veces al mes <input type="checkbox"/> 2-3 veces a la semana <input type="checkbox"/> 4 o mas veces a la semana
Cuantas bebidas estandar con contenido de alcohol toma usted en un día tipico?	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 o mas
Que tan seguido tiene 6 o mas bebidas de alcohol en una ocasion?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos <input type="checkbox"/> 2-4 veces al mes <input type="checkbox"/> 2-3 veces a la semana <input type="checkbox"/> 4 o mas veces a la semana
Esta usted ? <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viviendo en pareja	
En una semana tipica, cuantas veces habla por telefono con familiars, amigos, o vecinos? _____	
Con que frecuencia te reunes con amigos o parientes? _____ veces a la semana	
Con que frecuencia va usted a la iglesia o eventos religiosos? _____ veces al año	
Perteneces algun club o organizacion en la comunidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En el ultimo año a sido: <ul style="list-style-type: none"> • Humillado o abusado emocionalmente de otras formas por su pareja o ex-pareja? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Ha tenido miedo de su pareja o ex-pareja? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Ha sido violado/a o forzada/o a tener algun tipo de actividad sexual por parete de su pareja o ex-pareja? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Ha sido pateada, golpeada, abofetada o lastimado/a fisicamente por su pareja o ex-pareja? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 	
**ALGUNO DE ESTOS ELEMENTOS CON LOS QUE NECESITE AYUDA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	