

PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE: _____ SEGUNDA INICIAL: _____ APELLIDO: _____

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

Numero de Casa: _____ Numero de Celular: _____

Sexo asignado al nacer: Masculino Femenino

Identidad de género: Masculino Femenino Hombre transgénero/mujer a hombre
 Mujer transgénero/hombre a mujer Otro Elige no divulgar

Orientación sexual: Lesbiana o Gay Heterosexual (no lesbian/gay) Bisexual
 Algún más No se 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

El correo electrónico y los mensajes de texto nos permiten intercambiar información de manera eficiente. Al mismo tiempo, reconocemos que el correo electrónico y los mensajes de texto no son un medio de comunicación completamente seguro, ya que estos mensajes pueden dirigirse a la persona equivocada o acceder de manera incorrecta durante la transmisión. Si desea que le enviemos correos electrónicos o mensajes de texto que contengan su información de salud, proporcione la siguiente información para autorizar a CCHD a comunicarse con usted y otros proveedores de atención médica para su atención y tratamiento médicos.

** Complete lo siguiente solo si la correspondencia de correo electrónico / texto está siendo autorizada:

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 _____ Dr. Royeen Dr. Curry Emily Eichelberger NP

TU DENTISTA: _____ Dr. Watson Dr. Johnson Dr. Buskirk

FARMACIA PREFERIDA: _____ @ _____

Etnicidad	<input type="checkbox"/> No Hispano / No Latino	Raza	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático
	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino		<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Desconocido/ No Reportado		<input type="checkbox"/> Mas de una raza	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Nativo
			<input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Negado

Estado Civil: Soltero Casado Legalmente Separado Divorciado Viudo

Es usted estudiante? No Si Veterano? No Si Trabajador migrante? No Si

Viviendas: Dueño Renta Publicas/ Basado- en Ingresos Viviendo con amigos/ Familia Sin hogar

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 medica / DIRECTIVA AVANZADA/ orden de no resucitar / tutor orden de la corte? No Si *En caso afirmativo, por favor proporcione una copia.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FDN: _____

INFORMACIÓN DE CONTACT DE EMERGENCIA:

Nombre: _____

Relación: _____ Numero de Telefono: _____

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, 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/ CSHC/ 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 proporcionado una copia de el "Aviso de Prácticas de Privacidad" del CCHD. Entiendo que es mi responsabilidad hacer cualquier pregunta que tenga.

Firma de Cliente (o padre): _____ Fecha: _____

Como escuchaste de nosotros? Periodico Amigo/ Familia Cartel Radio Otro _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **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 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 Colecciones 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 Guías 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 políticas escritas anteriormente.

Firma

Fecha

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FDN: _____

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	Relación	Numero de Telefono
--------	----------	--------------------

Nombre	Relación	Numero de Telefono
--------	----------	--------------------

Nombre	Relación	Numero de Telefono
--------	----------	--------------------

Nombre	Relación	Numero de Telefono
--------	----------	--------------------

Nombre	Relación	Numero de Telefono
--------	----------	--------------------

Firma _____ Fecha _____

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

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FDN: _____

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 mí por la Clínica de Salud del Condado Cass. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica o otra información sobre mí 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: _____

O si el paciente no puede firmar en letra de imprenta:

Nombre de Representante / Padre / Tutor
Y RELACION

⇒ _____
Firma de Representante / Padre / Tutor

Fecha

CUESTIONARIO SOBRE SU HISTORIAL DE SALUD

SPANISH

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

NOMBRE (Apellido, Primero, inicial de segundo nombre):		M	F	FDN:			
ESTADO CIVIL:		<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo
Doctor Previo o el que lo refirio:				Fecha de ultimo examen fisico:			

HISTORIAL DE SALUD PERSONAL

ENFERMEDAD DE INFANCIA:	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Polio
VACUNAS Y FECHAS:	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Hepatitis B		
EXAMENES DE SALUD	<input type="checkbox"/> Colonoscopia Cuando/Donde:			<input type="checkbox"/> Radiografía del pecho Cuando/Donde:		
	<input type="checkbox"/> Examen Rectal/Sangre Cuando/Donde:			<input type="checkbox"/> EKG Cuando/Donde:		

PROBLEMAS MEDICOS QUE OTROS DOCTORES DIAGNOSTICARON

Diabetes	Si	No	Artritis / Gota	Si	No	Epilepsia	Si	No	Trastorno de Coagulación	Si	No
Anemia	Si	No	Alta Presion Sanguinea	Si	No	Hepatitis	Si	No	Cataratas	Si	No
Cancer	Si	No	Problemas Cardiacos	Si	No	Coágulo de Sangre	Si	No	Problemas de la Tiroides	Si	No
Derrame Cerebral	Si	No	Infecciones Resistentes a los Antibioticos	Si	No	Lupus	Si	No	Tuberculosis	Si	No
Asthma	Si	No	Enfermedades Transmitidas Sexualmente	Si	No	Glaucoma	Si	No	Colesterol Alto	Si	No
EPOC	Si	No	Insuficiencia Cardíaca Congestiva	Si	No	Depresión	Si	No			
Otros											

CIRUGÍAS Y OTRAS HOSPITALIZACIONES

Año	Lista de Cirugías	Hospital

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

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia?	Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia?

ALERGIAS (MEDICAMENTOS, COMIDA, TEMPORAL OR AMBIENTAL)

Alergia a que?	Reacción?	Alergia a que?	Reacción?	Alergia a que?	Reacción?

HABITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

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

Alcohol	Usted toma alcohol?	Si	No
	En caso afirmativo ,de que tipo? Cuantas bebidas por semana?		
Cafeína	Usted usa cafeína?	Si	No
	En caso afirmativo, que tipo? <input type="checkbox"/> chocolate <input type="checkbox"/> café <input type="checkbox"/> té <input type="checkbox"/> refresco <input type="checkbox"/> bebida energética <input type="checkbox"/> tableta		
Tabaco	Usted usa tobacco? <input type="checkbox"/> Cigarrillos/dia <input type="checkbox"/> Tabaco de Mascar- #/dia <input type="checkbox"/> Pipa - #/dia <input type="checkbox"/> Cigarros#/dia	Si	No
	<input type="checkbox"/> # de años <input type="checkbox"/> O año que dejo el tabaco		
Drogas	Usted actualmente o en algun momento ha usado drogas recreativas o de la calle? Tipo/Frecuencia _____	Si	No
	Usted se a administrado drogas de la calle con una aguja?	Si	No
Tatuajes	Tiene usted algun tatuaje?	Si	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 _____	Si	No
Ejercicio	Ejercicio -Describalo _____	Si	No

NOMBRE (Apellido, Primero, inicial de segundo nombre): _____

FDN: _____

SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES

Mal estado de salud últimamente	Si	No
Cambios recientes de peso	Si	No
Fatiga/ Cansancio	Si	No

OJOS

Enfermedad de los ojos / lesión	Si	No
Lentes / Contactos	Si	No
Vista borrosa	Si	No
Visión doble	Si	No

OÍDO / NARIZ / BOCA / GARGANTA

Pérdida de audición /Zumbido en los oídos	Si	No
Dolor de oídos o drenaje	Si	No
Problemas de sinusitis crónica	Si	No
Sangrado de la nariz	Si	No
Llagas en la boca	Si	No
Sangrado en las encías	Si	No
Mal aliento / mal sabor	Si	No
Dolor de garganta	Si	No
Glándulas inflamadas en el cuello	Si	No

CARDIOVASCULAR

Dolor de pecho / Angina de pecho	Si	No
Palpitaciones (Latido de corazón irregular)	Si	No
Falta de aliento	Si	No
Hinchazón de los pies	Si	No

RESPIRATORIO

Tos crónica/ frecuente	Si	No
Tos con sangre	Si	No
Falta de aliento	Si	No
Sibilancias	Si	No

GASTROINTESTINAL

Pérdida de apetito	Si	No
Cambio en las deposiciones (poco)	Si	No
Nausea o Vomito	Si	No
Diarrea frecuente	Si	No
Deposiciones dolorosas / Estreñimiento	Si	No
Sangrado Rectal	Si	No
Dolor abdominal / Acidez	Si	No

GENITOURINARIAS

Urinación (pipi)	Si	No
Dolor/ ardor al orinar	Si	No
Sangre en la orina	Si	No
Incontinencia (mojar los calzoncillos) gotear	Si	No
Cálculos renales (piedras en los riñones)	Si	No
Problemas Sexuales	Si	No

MUSCULOESQUELÉTICO

Dolor en las articulaciones	Si	No
Rigidez/ hinchazón en las articulaciones	Si	No
Debilidad en los músculos	Si	No
Dolor en los músculos/ calambres	Si	No
Dolor de espalda	Si	No
Manos o dedos fríos/ pies o dedos de los pies	Si	No

INTEGUMENTARIO

Sarpullido o picazón	Si	No
Cambios en el color de piel	Si	No
Cambios en el cabello o las uñas	Si	No
Venas varicosas	Si	No
Lunares excesivos	Si	No
Exposición excesiva al sol	Si	No
Lesiones o llagas	Si	No

NEUROLÓGICO

Dolores de cabeza frecuentes	Si	No
Aturdido/ mareado	Si	No
Convulsiones/ ataque	Si	No
Entumecimiento o hormigeo	Si	No
Temblores/ sacudidas	Si	No
Parálisis	Si	No
Lesión en la cabeza	Si	No

PSIQUIÁTRICO

Pérdida de memoria/ Confusión	Si	No
Nervios/ Ansiedad	Si	No
Tristeza	Si	No
Insomnio/ No poder dormir	Si	No

ENDOCRINO

Problemas de glándulas o hormonas	Si	No
Resequedad de la piel	Si	No
Sed o ganas de orinar excesivas	Si	No
Sentir mucho frío/ calor (sofocos, etc.)	Si	No

HEMATOLÓGICO/ LINFÁTICO

Dificultad para sanar heridas/ lesiones	Si	No
Sangrado o moretones con facilidad	Si	No
Anemia	Si	No
Flebitis	Si	No
Transfusiones de sangre en el pasado	Si	No
Agrandamiento de las glándulas	Si	No

OTRO

NOMBRE (Apellido, Primero, inicial de segundo nombre): _____ FDN: _____

HISTORIAL FAMILIAR

	Problemas de Salud	Edad	Fallecido		Causa de Muerte		Problemas de Salud	Edad	Fallecido		Causa de Muerte
			Si	No					Si	No	
Padre			Si	No		Niños		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No	
Madre			Si	No		Niños		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No	
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Niños		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No	
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Niños		<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 Materno			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 Paterno			Si	No	

SOLO HOMBRES

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

SOLO MUJERES

Edad de 1ra menstruación :	Fecha de la ultima menstruación:	menstruación cada ____ días	
Último papanicolaou _____	Donde? _____	Último mamografía _____	Última detección de la Densidad _____
Ósea _____			
Numero de embarzos _____	Numero de partos vivos _____	Periodos abundantes, irregularidad, manchado, dolor, o secreción?	Si No
Está embarazada o dando pecho?			Si No
Ha tenido un D&C (Dilatación y Curetaje), histerectomía, o Cesárea?			Si No
Ha tenido una infección del tracto urinario, vejiga o riñon en el último año?			Si No
Sangre en la orina?			Si No
Problemas con el control de la orina?			Si No
Siente sofocos o sudor nocturno?			Si No
Tiene usted tensión menstrual, dolor, hinchazón, irritabilidad, o otros sintomas en o alrededor del tiempo de su menstruación?			Si No
Ha experimentado sensibilidad en los senos, bultos, o secreción del pezón recientemente?			Si No
Flujo vaginal?			Si No
Usted es activo sexualmente? En caso afirmativo con Hombre/Mujer/Ambos?-Porfavor circule			Si No
Ha tenido mas de una pareja sexual en el último año?			Si No