

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segunda Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero Celular de Casa: \_\_\_\_\_

Numero de Celular: \_\_\_\_\_ Numero Alternativo: \_\_\_\_\_

Sexo asignado al nacer:  Masculino  Femenino

Identidad de genero:  Masculino  Femenino  Transgenero hombre / mujer a hombre  
 Transgender mujer / hombre a mujer  Otro  Elige no divulgar

Orientacion sexual:  Lesbiana o Gay  heterosexual (no lesbian/gay)  Bisexual  
 Algo mas  Nose  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 \_\_\_\_\_  Dr. Royeen  Dr. Curry  Emily Eichelberger NP

TU DENTISTA: \_\_\_\_\_  Cass County Dental Clinic  Other

FARMACIA PREFERIDA: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Etnicidad  No hispano/latino  Hispano / Latino  Desconocido/NoReportado  
Raza  IndioAmericano/NativodeAlaska  Negro/Afroamericano  More than one race  Other Pacific Islander  
 Asiatico  Blanco  Hawaiano nativo  Negroado

Estado Civil:  Soltero  Casado  Legalmente Separado  Divorciado  Viudo

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

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: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE ASEGURANZA** Marque todo lo que corresponda

Medicaid  Medicare  Asegurancia Privada  Auto Pago  Sliding Fee

Nombre de titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Nombre del empleo: \_\_\_\_\_

Nombre de asegurancia medica: \_\_\_\_\_

Numero de poliza: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_

Fecha en efectivo: \_\_\_\_\_

Nombre de asegurancia dental: \_\_\_\_\_

Numero de poliza: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_

Fecha en efectivo: \_\_\_\_\_

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.

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segunda Inicial: \_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

**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	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

**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 seran 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 sere responsable por los costos de coleccion 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.

**Primer Nombre:** \_\_\_\_\_ **Segunda Inicial:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- 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 día 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**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

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

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