FORMULARIO PARA EL REGISTRO DE PACIENTES NUEVOS

Información general (Favor de escribir en letra de imprenta o molde)

Primer nombre	Apellido(s)	Segundo nombre

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (Mes/Díia/Año)	Favor de indicar su orientación sexual
		☐ Lesbiana/Homosexual ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ No se ☐ Prefiero no revelar ☐ Otro

Favor de indicar el género o sexo con el cual usted se identifica más

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Mujer transgénero (de masculine a femenino) ☐ Masculino transgénero (de femenino a masculine) ☐ Prefiero no revelar ☐ Otra

Dirección	Apartamento

Ciudad	Estado	Código Postal

Raza (Favor de marcar todas las que le apliquen)	Origen étnico
☐ Indígena Americans/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Blanco ☐ Isleño de otra isla del Pacífico ☐ Nativo de Hawái	☐ Hispánic ☐ No Hispánico

Idioma preferido	Estado civil	Nivel de educación (Grado más alto que terminó)
☐ Inglés ☐ Español	☐ Soletero(a) ☐ En una relación ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a)	☐ 8th grado o menos ☐ 9th ☐ 10th ☐ 11th ☐ 12th

¿Cómo supo usted de La Conexión Médica?
☐ Familia/Amigo ☐ Feria de salud/Evento/Acercamiento (alcance) a la comunidad ☐ Periódico/Revista/Folleto ☐ Radio ☐ TV ☐ Sitio web/Medios de comunicación
☐ Otro tipo de publicidad ☐ Referido de otro proveedor

Communicación con el paciente – DEBE COMPLETARSE

Favor de indicarnos su método preferido para que nos comuniquemos con usted. Trataremos por todos los medios de proteger su privacidad y confidencialidad ***NOTA:*** *Por ley se requiere que nos pongamos en contacto con usted si los resultados de pruebas que se le hayan hecho fueran anormales. Esto puede requerir que no podamos cumplir con la confidencialidad acordada si no logramos ponernos en contacto con usted usando el método preferido que haya indicado.*

Método preferido de contacto	¿Cómo debemos identificarnos?
☐ Número de teléfono móvil o celular ☐ Número de teléfono alternativo ☐ Correo regular ☐ Portal de CHC (debe incluir una dirección electrónica válidia)	☐ La Conexion Medica ☐ Oficina Medica ☐ Un(a) amigo(a)

Número de teléfono móvil o celular	Número de teléfono alternativo	Dirección electrónica

¿Podemos enviarle cartas a la dirección postal indicada arriba?	Si no, ¿qué dirección podemos usar para enviarle resultados anormales de pruebas que se le hayan hecho?
☐ Sí ☐ No	

Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia	**Número de teléfono de la persona a contactar en caso de emergencia**	**Relacion o parentesco con el paciente de la persona a contactar en caso de emergencia**

Información sobre pago

Nuestra meta es asegurarnos de que usted reciba atención médica excelente y a su alcance. Para poder mantener nuestros costos bajos y al alcance de todos los pacientes, requerimos pago cuando se le brinde el servicio médico. Su pago puede ser por medio de:

- ***Seguro privado –*** *Proveyéndonos su información de seguro privado. Puede que se requiera un copago el cual hay que pagar cuando se le ofrezca servicio. Usted debe tener su tarjeta de seguro con usted para que nosotros podamos facturar a su seguro.* ***Nota:*** *Su proveedor de seguro probablemente le mande una notificación de pago al miembro primario del seguro.*
- ***Medicaid:*** *Medicaid pagará el costo de su visita si califica.* ***Nota:*** *Puesto que la Conexión Médica Comunitaria, Inc. (CHC, por sus siglas en inglés) no es una clínica Título X, puede que usted reciba alguna correspondencia de SoonerCare respecto a su cita de hoy.*
- ***Pago de su bolsillo/ Con fondos propios:*** *Si usted decide pagar de su bolsillo por los servicios, debe hacer el pago en su totalidad cuando se le brinde el servicio. Aceptamos pago en efectivo, cheques y tarjetas de débito/ crédito.*

¿Cómo va a pagar por su visita de hoy? (Marque todas las que apliquen)

☐ Seguro privado ☐ Medicaid ☐ De mi bosillo/Con fondos propios

Información sobre el seguro (Favor de completar si está pagando con seguro privado y/o Medicaid)

Nombre de la compañía de seguro/Medicaid	Dirección

Ciudad	Estado	Código Postal	Numero de teléfono

Fecha de entrada en vigencia/Fecha de emisión	Número del grupo	Número del miembro/Número de reclamo	Relación/parentesco del paciente con el titular o subscriptor del seguro

Nombre del titular o suscriptor	Empleador del titular o suscriptor

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Fecha de la visita

Información sobre el paciente

¿Cuál es la razón de su visita de hoy?

¿Es usted alérgico a algún medicamento, metal, látex, guantes de goma, cinta adhesiva, mariscos o soluciones antisépticas? ☐ Sí ☐ No	Si su respuesta es sí, haga una lista de sus allergies:

Haga una lista de los medicamentos que está tomando, incluyendo los que se compran sin receta tales como vitaminas, suplementos y/o medicamentos a base de hierbas:

ANTECEDENTES MÉDICOS/HISTORIA MÉDICA

Información general (Favor de escribir en letra de molde o imprenta)

Favor de indicar si usted alguna vez ha padecido de alguna de las siguientes condiciones (marque todas las que le apliquen):

- ☐ Enfermedades del Corazón o ataque al Corazón
- ☐ Problema de las válvulas del corazón
- ☐ Coágulo(s) sanguíneo(s) en las venas o los pulmones
- ☐ Embolia (derrame)
- ☐ Convulsiones o epilepsia
- ☐ Hipertensión (presión alta)
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Anemia (el hierro bajo)
- ☐ Extirpación de la vesícula biliar
- ☐ Problemas del hígado
- ☐ Asma, problemas respiratorios u otras enfermedades del pulmón
  - ¿Usa usted un inhalador? ☐ Sí ☐ No
- ☐ Enfermedad de los riñones o fallo renal
- ☐ Enfermedad de los intestinos/colon (p.ej., síndrome del intestino irritable [IBS, por sus siglas en inglés], enfermedad de Crohn)
- ☐ Cirugía rectal o de la vejiga
- ☐ Enfermedad de la tiroides
- ☐ Síndrome de Cushing
- ☐ Uso prolongado de esteroides
- ☐ Cáncer
- ☐ Migraña
- ☐ Lupus
- ☐ Depresión severa prolongada
- ☐ Diabetes
  - ¿Usa usted insulina? ☐ Sí ☐ No
- ☐ Herpes
- ☐ Clamidia o gonorrea
- ☐ Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)
- ☐ Hidrocele (testículo agrandado)
- ☐ Varicocele (dilatación de la venas del escroto)
- ☐ Hernia
- ☐ Anormalidades uterinas /Fibromas)
- ☐ Quistes en los ovarios
- ☐ Verrugas genitales

Ha sufrido usted enfermedades graves, hospitalizaciones, cirugías o transfusions de sangre? Por favor, explique:

Historia social (¿Consume usted actualmente o ha consumido alguna vez alguna de las siguientes substancias?)

Tobaco ☐ Sí ☐ No	Paquetes (cajetillas) o latas por día	Por cuántos años	Fecha cuando dejó de usar tabaco	Otro tipo de nicotina (inhaladores de vapor, cigarrillos electrónicos) ☐ Sí ☐ No
Bebidas alcohólicas ☐ Sí ☐ No	Frecuencia (una vez al día, una vez al mes, etc.)			Cantidad (2 tragos, paquete de 6, etc.)
Bebidas con cafeína ☐ Sí ☐ No	Tipo		Cantidad de cafeína al día	

¿Usa drogas ilegales o drogas intravenosas o abusa de medicamentos recetados o legales u otras substancias? ☐ Sí ☐ No	¿Qué tipo y con cuánta frecuencia las consume/ ha consumido?
¿Tiene/Tuvo una pareja que consume/ consumió drogas ilegales o drogas intravenosas? ☐ Sí ☐ No	¿Qué tipo y con cuánta frecuencia las consume/ ha consumido?

Historia sexual

¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales? ☐ Sí ☐ No	Actualmente, ¿está activo(a) sexualmente? ☐ Sí ☐ No	¿Es (son) su(s) pareja(s)? ☐ Masculino(s) ☐ Femenina(s) ☐ Transsexual(es)	¿Qué tipo(s) de contacto sexual ha tenido? ☐ Vaginal ☐ Anal ☐ Oral
¿Con cuántas personas ha tenido usted contacto sexual durante el último año?		¿Con cuántas personas ha tenido usted contacto sexual durante los últimos 60 días?	¿Tiene su pareja otra(s) pareja(s)? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro(a)
¿Usa usted condones? ☐ Sí ☐ No	¿Con cuánta frecuencia usa condones? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐ Siempre		

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Fecha de la visita

Historia menstrual/uso de anticonceptivos

¿Cuál fue el primer día de su último periodo menstrual?	¿Fue normal su último period? ☐ Sí ☐ No	Si no fue normal, favor de explicar:
¿Tiene usted problemas con su periodo? ☐ Sí ☐ No	Si su respuesta es sí, favor de explicar:	
¿Ha usado anticonceptivos ***alguna vez***? ☐ Sí ☐ No	Si su respuesta es sí ¿qué tipo de anticonceptivos ha usado?	
¿Usa anticonceptivos ***actualmente***?	Si su respuesta es sí ¿qué tipo de anticonceptivos está usando actualmente?	
¿Ha tenido problemas alguna vez con el tipo de anticonceptivos que está usando actualmente o con cualquier otro método anticonceptivo que haya usado en el pasado? ☐ Sí ☐ No	Si su repuesta es si, favor de explicar:	

Historia sobre embarazos

¿Está embarazada ahora? ☐ Sí ☐ No	Número de embarazos:	Número de embarazos:	Número de partos por cesárea:	Número de abortos espontáneos, o sea, no provocados:	Número de abortos:	Número de embarazos ectópicos (tubarios o extrauterinos):

¿Cuándo terminó su último embarazo?	¿Está amamantando actualmente? ☐ Sí ☐ No	¿Complicaciones al amamantar?

¿Ha sufrido usted complicaciones durante otros embarazos? Por favor, explique:

Si usted se enterara hoy de que está embarazada, ¿cómo se sentiría?

☐ Sumamente feliz/entusiasmada ☐ Algo (un poco) feliz/entusiasmada ☐ Ni feliz/entusiasmada ni molesta/preocupada ☐ Algo (un poco) molesta/preocupada ☐ Sumamente

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

El personal de la Conexión Médica Comunitaria (en inglés, Community Health Connection, Inc. y en adelante referido por sus siglas, CHC), por la presente está autorizado a administrar todo y cualquier tratamiento médico, diagnóstico o terapéutico como pueda ser necesario o aconsejable. Yo tengo derecho a consentir o a negarme a consentir a cualquier procedimiento propuesto o procedimiento terapéutico, siempre y cuando no se trate de emergencias médicas o circunstancias extraordinarias.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que, en última instancia, soy responsable por el saldo o balance de mi cuenta por todo servicio o servicios profesionales prestados. He respondido a (cumplimentado) las preguntas en las páginas 1, 2 y 3 de este paquete y certifico que esta información es verdadera y correcta conforme a mi leal saber y entender. Le notificaré sobre cualquier cambio relacionado con el estado de mi seguro o cobertura médica o cambios en la información indicada arriba. Yo solicito que, en mi nombre, se le pague a la Conexión Médica Comunitaria, Inc. (CHC) por beneficios médicos autorizados, de haberlos, por los servicios pendientes de pago prestados por CHC.

Autorizo la divulgación de información médica al plan de salud indicado sobre información solicitada por el plan de salud para determinar el pago de beneficios médicos. La información autorizada para divulgación podría incluir información sobre enfermedades contagiosas o no contagiosas, salud mental, abuso de substancias o de alcohol.

Firma del paciente _____ Fecha _____

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Doy cuenta de que he recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de la Conexión Médica Comunitaria (CHC, por sus siglas en inglés) y que acepto (consiento a) que se use mi información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) para tratamiento, pago y operaciones relacionadas con el cuidado de la salud como CHC las ha resumido en esta Notificación o Aviso.

Entiendo que puedo negarme a firmar este acuse de documento.

Paciente/Representante autorizado (Favor de escribir en letra del molde o imprenta) _____ Relacion/parentesco con el paciente _____

Paciente/Representante autorizado (Firma) _____ Fecha _____

OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained due to:
☐ Individual refused to sign. ☐ Communication barriers prevented signature of acknowledgement. ☐ An emergency situation prevented signature of acknowledgement.
☐ Other: _____