

**PATIENT INFORMATION****INFORMACION DEL PACIENTE**

Por favor escriba claramente

Nombre completo		Fecha de Nacimiento
Sexo: M F	Numero de Seguro Social **	Numero Telefonico
Direccion and numero de Apartamento, Ciudad, Estado,Codigo Postal		
Estado marital: soltero/a, Casado/a, Divorciado/a, Viudo/a		Raza: Caucasico/Blanco o Raza Negra o Asiatica
Correo electronico		Empleo:

****Tenga en cuenta que requerimos el numero de Seguro social de la parte responsable si desea que le afacturemos a su seguro.**

INFORMACION DEL SEGURO

	Del Seguro Primario	Del Seguro Secundario
Del Seguro:		
Nombre del dueño del Seguro		
Fecha de Nacimiento del dueño del seguro		
Numero de Seguro Social		
Nombre de Empleador		

I hereby assign all medical and/or surgical benefits, to include major medical benefits to which I am entitled, including private insurance and any other health plan to Caring Health Center. This assignment will remain in effect until revoked by me writing. A photocopy of this statement is to be considered as valid as an original. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I hereby authorize said assignee to release all information necessary to secure payment. I understand that I may be billed for any missed appointments not canceled without 24 hours notice. I also understand that my insurance will not pay for missed appointments.

Por la presente asigno todos los beneficios medicos y /o quirurgicos, para incluir los beneficios medicos principales a los que tengo derecho, incluyendo seguro privado y cualquier otro plan de salud al Centro de Salud Caring. Esta asignacion permanecera en vigor hasta que sea revocada por mi escrito. Una fotocopia de esta declaracion debe ser considerada como valida como original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por un seguro. Por la presente autorizo a dicho cesionario a liberar toda la informacion necesaria para asegurar el pago. Entiendo que se me pueden facturar las citas perdidas que no hayan sido canceladas sin aviso previo de 24 horas. Tambien entiendo que mi Seguro no pagara por citas perdidas.

I have received the **Practice Policy** and have read and understood the policy and agree to be bound by the therms and conditions state there. He recibido las **Políticas de la Practica** y he leído y entendido la política y estoy de acuerdo en estar sujeto a los terminus y condiciones establecidos alli.

He leído al Acuerdo del Portal de la Salud del Paciente y entiendo y acepto los terminos del mismo.

Por favor tenga en cuenta: By signing this form, you agree that the provider may access your medication history from any database available to him or her as part of your treatment. Al firmar este formulario, usted acepta que el proveedor puede acceder al historial de medicamentos de cualquier base de datos disponible para el o ella como parte de su tratamiento.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

Para cualquier paciente menor de 18 años, un padre o tutor legal Tambien debe firmar.



ACUSE DE RECIBO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA PARA TRATAMIENTO, PAGO O CIUDADO DE LA SALUD DE ACUERDO A LA HIPAA

Al firmar este formulario, entiendo que, como parte de mi cuidado de la salud, el **CARING HEALTH CENTER** origina, recoge y mantiene papel y/o registros electronicos que describen mi historial medico, sintomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnosticos, tratamiento y cualquier plan para cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta informacion sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicacion entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a mi cuidado
- Una fuente de informacion para aplicar mi diagnostico e informacion quirurgica a mi cuenta.
- Un medio por el cual un pagador (s) de terceros puede verificar que los servicios facturados fueron proporcionados en realidad
- Una herramienta para operaciones de atencion medica de rutina, tales como la evaluacion de la Calidad y revision de la competencia de los profesionales de la salud.

Entiendo y he sido provisto de un aviso de practicas de privacidad que proporciona una descripcion mas complete de los usos y divulgaciones de informacion. Hay copias adicionales disponibles en www.chclas.com o en la recepcion. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento/divulgacion y el derecho a solicitar restricciones en cuanto a como mi informacion de salud puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atencion medica.

Entiendo que el **CARING HEALTH CENTER** no esta obligado a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en la que la organizacion ya ha tomado acciones de seguridad sobre ella. Tambien entiendo que, al negarse a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organizacion puede negarse a tratarme como lo permita la Seccion delCodigo de Regulaciones Federales.

Entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud esta organizacion, puede ser necesario revelar mi informacion de salud protegida a otra entidad (compañia de seguros, refiriendose medico, consultar el medico, hospital, etc.), y doy mi consentimiento para la divulgacion para estos usos permitidos, incluyendo revelaciones a traves de fax de medicamentos a efectos de mi tratamiento. Ademàs, Tambien doy consentimiento para **CARING HEALTH CENTER** a revelar mi informacion protegida de la salud a la siguiente persona y/o personas, incluyendo pero no limitado a cuidado de salud mental, informacion relacionada con VIH e informacion con alcohol o abuso de drogas:

Nombre(s) de la persona (s) que no sea usted a la que autoriza tener acceso a su informacion medica privada:

Nombre & relacion:	Numero de telefono:
Nombre & relacion:	Numero de telefono:

Entiendo completamente y acepto los terminos de este consentimiento.

X _____

Paciente/Tutor legal

Fecha



Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Allergies: Tiene alergia a alguna medicina o algun medio de contraste utilizado para rayos X? Si No

En caso afirmativo, indique el nombre de la medicina y tipo de reaccion: _____

Tiene dispositivos medicos o implantes? En caso afirmativo, indique que tipo: _____

Utiliza actualmente un dispositivo de asistencia, como una silla de ruedas, un andador o un baston/ En caso afirmativo, indique el tipo: _____

Farmacia preferida: ____CVS____WAL-MART____WALGREENS____CULINARY Otra:_____

Ubicacion de farmacia:_____

Medicamentos actuales:	Frecuencia	Dosis

Hospitalizado y operaciones?

Fecha:	Tipo y lugar:

Colonoscopy: Fecha de su ultima colonoscopia y resultados	
Mamografia: fecha de su ultima mamografia y resultados	
Usted fuma? Que tipo?	Si No Cuantos paquetes al dia?_____
Usted toma alcohol?	Si No Cuanta cantidad al dia?_____
Usted hace ejercicio? Si No	If yes, how many times per week? Cuantas veces a la semana?_____
Esta tomando narcoticos o sustancias controladas? Si es asi, que?	
Esta tomando drogas o sustancias ilicitas? Si es asi, que?	

Contacto de emergencia (persona que no viva con usted). Nombre y numero telefonico del contacto: _____

Historia Medica: (past conditions). Marque con un circulo o indique si tiene alguna de las siguientes condiciones:

Dificultad para respirar, fiebre, tos, dolor de cuerpo, Perdida del sentido del gusto o del olfato, alta presion, problemas en la espalda, enfermedades de la vesicula, tos persistente, dolor de pecho, hemorroides, enfermedades de la piel, piedras en el riñon, enfermedades del corazon, bronquitis, asma, fiebre del heno, ulceras, diabetes, cancer, nausea, tuberculosis, hepatitis, fiebre del heno, ansiedad, problemas para respirar, anemia, abuso de alcohol, orina frecuente, hinchazon de pies, depression, dolor de cabeza, tiroides, mareos, constipacion, indigestion, palpitaciones, gota, diarrea, artritis.

Otras enfermedades:

Historia Medica Familiar: Algun miembro de su familia ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

Cancer:	Si No	Tipo: _____ Relacion: _____
Alta presion: Hypertension	Si No	Relacion: _____
Enfermedad del corazon: Heart disease	Si No	Relacion: _____
Diabetes:	Si No	Relacion: _____
Isquemia cerebral: Stroke	Si No	Relacion: _____
Enfermedades sanguineas:	Si No	Relacion: _____
Otras:	Si No	Relacion: _____

Current Medical Conditions/Condiciones medicas actuales: A que vienes hoy? Por favor marque o indique a continuacion:

- Dificultad para respirar, fiebre, tos, dolor de cuerpo, perdida del sentido del gusto u olfato, dolor de garganta
- Escalofrios, estar muy cansado, fiebre, alta temperature, sudoraciones por la noche, subir de peso (sin razon) bajar de peso (sin razon)
- **Respiraciones:** tos, disnea o dificultad para respirar, dyspnea, exposicion a tuberculosis, toser sangre hemoptysis, dolor en el pecho fuerte o apuñalado, sibilancias, dificultad para respirar.
- **Musculoesqueletico:** Dolor en las articulaciones, dolor de espalda, rigidez articular, dolor en las extremidades, dolores musculares, myalgias.
- **Oidos/Nariz/Garganta:** Dolor de oido, problemas al oir, sonando en los oidos, nariz sangrante frecuente, ulcera nasal (no cura), secrecion nasal frecuente, sangrado en las encias, enfermedad periodontal, dentadura postiza, ronquera, dolor o ulcera en la boca, dolor de garganta, dolor de lengua, tordo, dolor de dientes, ronca cuando duerme, nariz congestionada.
- **Ojos:** Vision borrosa, usa lentes o espejuelos, sensibilidad a la luz, dolor de ojo, fotofobia, drenaje ocular
- **Gastrointestinal:** Dolor abdominal, reflujo de acido, anorexia, hinchazon, dificultad para tragar, dysphagia, heces negros y parece alquitran, diarrea, constipacion, acidez, vomitos de sangre, hematemesis, defecando sangre, hematochezia, hemorroides, heces pegajosas oscuras con sangre, vomitos, nausea, torpeza dolorosa, cambio en las heces, falta de apetito.

Current Medical Conditions/Condiciones medicas actuales: A que vienes hoy? Por favor marque o indique a continuacion:

- **Neurologico:** Perdida del control total de los movimientos ataxia, mareo, desmayos, dolor de cabeza, Perdida de memoria, sensacion de ardor u hormigueo, paresthesia, convulsions, temblores, vertigo, debilidad, caminata inestable.
- **Cardiovascular:** dolor de pecho, dolor en las piernas despues de caminar a corta distamcia claudication, mareo, dificultad para respirar cuando se acuesta, orthopnea, despertarse por la noche jadeando aire, hinchazon de las piernas, palpitaciones o latido del corazon, venas variocosas.
- **Hematologic/ Lymphatic:** Facilmente moretones, sangrado excesivo, pero no menstruacion, historia de transfusion sanguinea, agrandamiento de los ganglios linfaticos Lymphadenopathy.
- **Sistema Endocrino:** Manos o pies agrandados, Perdida de Cabello, intolerancia al calor o al frio, crecimiento excesivo del vello Hirsutism, esterilidad, sed excesiva Polydipsia, hambre excesiva Polyphagia, estrias Striae, Sudoracion excesiva, aumento de pigmentacion de la piel, sofocos.
- **Integumentario:** Acne, moho atipico, piel seca, infeccion fungica de las uñas, color de piel Amarillo, picazon en la piel, pruritis, salpullidos, verrugas, masa del seno, cambios en la piel del seno, sensibilidad en los senos, secrecion del pezon.
- **Genitourinario:** Incontinencia urinario, orinar por la noche, dolor al orinar, cambio de flujo de orina, sangre en la orina Hematuria, historia de infecciones frecuentes de rutina urinaria Miccion frecuente Polyuria, Dysparenia, Rabia o abuso sexual, lesiones genitales, impotencia, comportamiento sexual de alto riesgo, factor de riesgo, tatuaje, agujas compartidas.
- **Alergias e Inmunologico:** Alergias estacionales, alergias perennes, urticaria, frecuentes infecciones del tracto respiratorio superior.
- **Psicologia/Psiquiatra:** Ansiedad, llanto excesivo, depresion, sentirse estresado, Perdida de interes en actividades placenteras, cambios de humor, cambios de personalidad, PMS, falta de concentracion, tristeza, dificultades con caer dormido, intentos suicidas/deseos de quitarse la vida.
- **Solo para mujeres:** Calambres menstruales Dysmenorrhea, menstruacion pesada menorragia, historia de vaginosis, secrecion, sangrado despues del coito,, sangrado vaginal despues de la menstruacion, picazon vaginal, ciclo menstrual irregular, hemorragia posmenopausica.
- **Otro:**