

Registración para Paciente Nuevos

Información del paciente

⚠ ¡Por favor, avisenos si necesita ayuda completando esta forma!

Primer Nombre y apellido del paciente: _____

Padre/guardián/tutor (si es menor de 18): _____

Nombre preferido: _____

Pronombre:

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ella | <input type="checkbox"/> Elle | <input type="checkbox"/> Nombre del paciente | <input type="checkbox"/> Deseo no revelar |
| <input type="checkbox"/> Él | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

Fecha de Nacimiento: _____

SSN: _____

- Sexo Legal:**
- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> No binario | <input type="checkbox"/> No se |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> Deseo no revelar |

La siguiente informacion se guardara en su record medico y nos ayudara a proveer un mejor cuidado personalizado. Favor de escoger la opcion que lo/la describa mejor. Nuestro sistema solo permite una seleccion..

- Identidad de Género:**
- | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> No binario | <input type="checkbox"/> mujer transgenero | <input type="checkbox"/> genero variante o tercer genero | <input type="checkbox"/> deseo no revelar |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Cuestionando | <input type="checkbox"/> hombre transgenero | <input type="checkbox"/> No se | |
| | | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

- Sexo asignado al nacer:**
- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Intersexual | <input type="checkbox"/> No se registro en la acta de nacimiento | <input type="checkbox"/> deseo no revelar |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> No se | | |

- Orientación sexual:**
- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> heterosexual | <input type="checkbox"/> lesbiana | <input type="checkbox"/> pansexual | <input type="checkbox"/> deseo no revelar |
| <input type="checkbox"/> bisexual | <input type="checkbox"/> asexual | <input type="checkbox"/> No se | |
| <input type="checkbox"/> homosexual | <input type="checkbox"/> omnisexual | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Domicilio: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Permanente | <input type="checkbox"/> Temporal | <input type="checkbox"/> Confidencial | <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--|

Número de teléfono: (Cell) _____ **(Casa):** _____ **(Trabajo):** _____

Correo electrónico: _____

- Estado Civil:**
- | | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Divorciado/a | <input type="checkbox"/> Legalmente separado/a | <input type="checkbox"/> Soltero/a | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Unión libre | <input type="checkbox"/> Casado/a | <input type="checkbox"/> Viudo/a | <input type="checkbox"/> deseo no revelar |
| | | <input type="checkbox"/> Desconocido | |

Raza con la que más se identifica:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco/a | <input type="checkbox"/> Japones/a | <input type="checkbox"/> Asiático/a |
| <input type="checkbox"/> Nativo/a de Alaska | <input type="checkbox"/> Coreano/a | <input type="checkbox"/> caucásico/a |
| <input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano/a | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | <input type="checkbox"/> No se |
| <input type="checkbox"/> Negro/a Afroamericano/a | <input type="checkbox"/> Otro asiático/a | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Chino/a | <input type="checkbox"/> Mas de una raza | <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar |
| <input type="checkbox"/> Filipino/a | <input type="checkbox"/> isleño/a del pacífico | |

El grupo étnico

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hispano/a Latino/a | <input type="checkbox"/> Mexicano/a, Mexicano/a Americano/a, o Chicano/a | <input type="checkbox"/> No se |
| <input type="checkbox"/> Otro/a Hispano/a, Latino/a, o de origen Español | <input type="checkbox"/> No Hispano/a o Latino/a | <input type="checkbox"/> Otra |
| <input type="checkbox"/> Cubano/a | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a | <input type="checkbox"/> deseo no revelar |

Grupo de origen étnico:

Información adicional del paciente

Estado de Trabajo:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajando tiempo completo | <input type="checkbox"/> En el militar | <input type="checkbox"/> No se |
| <input type="checkbox"/> Trabajando tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Estacional (ciertas épocas del año) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> No estoy trabajando | <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar |
| <input type="checkbox"/> Desempleado-Jubilado | <input type="checkbox"/> Estudiante tiempo completo | |
| <input type="checkbox"/> Desempleado por discapacidad | <input type="checkbox"/> Estudiante tiempo parcial | |

Empresa/Negocio de trabajo:

Ocupación:

Idioma de preferencia:

Necesita interprete:

- Si No

¿Cuál es su Idioma de preferencia en forma escrita?:

.....

¿Cuál es su idioma de preferencia al hablar?:

.....

Método de comunicación de preferencia:

- Correo
- Teléfono
- Correo electrónico
- Mychart (Portal de expediente medico electrónico)

Información Adicional

¿Es veterano o tiene estado militar?

- Si
 No

Información de Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Celular: _____ Numero de casa: _____

Información del seguro médico del paciente

Seguro medico principal: (Si aplicable):

Nombre del titular:

Relación al titular:

Fecha de nacimiento del titular:

Sexo del titular:

- Hombre X
 Mujer No se
 No binario

Seguro medico principal: (Si aplicable):

Nombre del titular:

Relación al titular:

Fecha de nacimiento del titular:

Sexo del titular:

- Hombre X
 Mujer No se
 No binario

Al firmar a continuación, declaro que la información en este formulario es verdadera y correcta a mi mejor entender. Yo declaro y doy mi consentimiento en recibir una encuesta relacionada con mi cuidado vía correo electrónico o texto.

Firma del paciente o Guardian/tutor

Fecha

Información del paciente

Primer Nombre y apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Como un centro de salud comunitario, tenemos que preguntar las siguientes preguntas en cada visita. Esta información es necesaria para recibir fondos y poder servirle mejor a usted y miembros de nuestra comunidad.

1.

Seleccione Una	Situación de Vivienda
<input type="checkbox"/>	Rento o soy dueño de mi casa. Vivo con mis padres/tutor legal. Vivo en una casa con compañeros de cuarto; todos compartimos la renta. Vivo en u dormitorio de colegio/universidad.
<input type="checkbox"/>	Vivo temporalmente con otra persona; por ejemplo, duermo en el sofá.
<input type="checkbox"/>	Me quedo en un albergue que ofrece comidas y un lugar para dormir; no puedo permanecer aquí por mucho tiempo. Por ejemplo, albergue para indigentes
<input type="checkbox"/>	Vivo en una vivienda temporal para ayudarme a encontrar mi propio hogar. Puedo permanecer aquí hasta dos años. Por ejemplo, vivienda para el tratamiento de consumo de drogas
<input type="checkbox"/>	Vivo en una residencia pagada por asistencia de alquiler.
<input type="checkbox"/>	Actualmente vivo en la calle, en mi coche, en un campamento.
<input type="checkbox"/>	No tuve vivienda durante el año pasado y mi situación de vivienda no es ninguna de las opciones anteriores.
<input type="checkbox"/>	Yo tengo una casa pero no puedo pagar la renta o hipoteca y/o me dijeron que tengo que desalojar.
<input type="checkbox"/>	Yo vivo en un hotel.

2. ¿Cuántas personas hay en su hogar? _____

3. ¿Cuál es el ingreso mensual combinado del hogar?

- Menos de \$500/mensual
 \$501 - \$1,000/mensual
 \$1,001 - \$2,500/mensual
 \$2,501 - \$4,000/mensual
 \$4,001 - \$5,500/mensual
 \$5,501 - \$7,000/mensual
 \$7,001 - \$8,500/mensual
 \$8,501+/mensual

4. ¿Es migrante o trabajador estacional?

- Migrante
 Estacional
 Ninguno

Formulario de antecedentes médicos

Nombre legal completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Cómo prefiere que le llamen? _____

Alergias: _____

Nombre de la farmacia y calles principales: _____ Teléfono: _____

Medicamentos: por favor enumere todos los medicamentos, vitaminas o medicinas sin receta médica que toma actualmente.

Nombre del medicamento	Dosis	¿Qué tan frecuente lo toma?	¿Para qué es el medicamento?

Por favor indique todas las condiciones/problemas médicos adecuadas que se le han tratado:

<input type="checkbox"/> TDA/TDAH	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> ERGE	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/> Úlceras pépticas
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias	<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/> ETS
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo 1	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo 2	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Fiebre del valle
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Otro

Si es menor de 18 años:

Método de nacimiento: _____ Edad gestacional: _____ Método de alimentación: _____

Estatura al nacer: _____ Peso al nacer: _____ Circunferencia de la cabeza al nacer: _____

Antecedentes quirúrgicos: Por favor indique cualquier cirugía que se le ha realizado.

<input type="checkbox"/> Apendectomía	<input type="checkbox"/> Cirugía de colon	<input type="checkbox"/> Cirugía del ojo	<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía
<input type="checkbox"/> Aumento de senos	<input type="checkbox"/> Endoprótesis vascular de arteria coronaria	<input type="checkbox"/> Cirugía de fractura	<input type="checkbox"/> Cirugía de la columna vertebral	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas
<input type="checkbox"/> Derivación cardiaca	<input type="checkbox"/> Cirugía cosmética	<input type="checkbox"/> Reparación de hernia	<input type="checkbox"/> Cirugía de la tiroides	<input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula
<input type="checkbox"/> Colectomía (extirpación de la vesícula biliar)	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Histerectomía	<input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Otra:

Antecedentes familiares:	Artritis reumatoide	Cáncer	Diabetes	Migrañas	Accidente cerebrovascular	Enfermedad de la tiroides	EPOC	Enfermedad del corazón	Otro
Madre									
Padre									
Hermanos									
Hijos									

¿Alguna vez ha fumado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es actualmente fumador de todos los días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Año que empezó a fumar: _____	¿Actualmente es fumador de solo algunos días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Fumaba antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha que dejó de fumar: _____	¿Qué tipo?: <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Puros <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarro electrónico/de vapor con nicotina
---	---	--	---

¿Bebe bebidas alcohólicas actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No actualmente <input type="checkbox"/> Nunca	De ser así, ¿qué tan seguido bebe seis o más bebidas en una sola ocasión? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Menos que mensualmente <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Diario o casi a diario	Por favor calcule _____ copas de vino cuanto bebe por _____ tragos de licor semana: _____ botes de cerveza _____ bebidas preparada
---	--	---

¿Usa drogas recreacionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿qué tipo? _____	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a legalmente <input type="checkbox"/> Pareja
¿Tiene una vida sexual activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No actualmente <input type="checkbox"/> Nunca	Con: <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Ambos ¿Utiliza un método de anticonceptivo/protección/barrera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué tipo?: _____

