

# Pendleton Primary Care Clinic

Formulario de registro de pacientes

Fecha: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino SS #: \_\_\_\_\_

Identidad de Género:  Hombre  Mujer  Hombre transgénero  Mujer transgénero  Otro: \_\_\_\_\_  Rechazar

Orientación sexual:  Heterosexual  Gay/Lesbiana/Homosexual  Bisexual  Otro: \_\_\_\_\_  Rechazar

Raza:  Indio americano/nativo de Alaska  asiático  Negro/Afroamericano  Isleño del Pacífico/nativo de Hawái  
 Blanco  Desconocido  Rechazar

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Etnia:  No Hispano/Latino  Hispano/Latino  Desconocido  Rechazar

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cómo prefieres que te contactemos?  Texto  Teléfono  Correo electrónico

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

¿Le gustaría presentar una POLST (órdenes médicas para tratamientos de soporte vital) o una directiva avanzada ante el Registro de Oregón?  Sí  No

## PARTE RESPONSABLE (SI ES DIFERENTE A LO ANTERIOR)

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguros primaria: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros secundaria: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida:  Pendleton Walmart  Pendleton Rite Aid  Pendleton Safeway  Otro: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros?  Amigo  Búsqueda de Google  Facebook  Nuestro sitio web  Radio  Periódico

Compañía de seguros  Otra fuente en línea: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

# Pendleton Primary Care Clinic

Formulario de historial médico

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Alergias/Intolerancias**  No se conocen alergias

Alergia	Reacción alérgica

## Histórico médico personal

Enfermedad/condición	Actual	Pasado	Comentarios
Alcoholismo/abuso de drogas			
Asma/EPOC			
Cáncer (tipo:_____)			
Depresión/Ansiedad/Bipolar/Suicidio			
Diabetes (tipo:_____)			
Cardiopatía			
Presión arterial alta (hipertensión)			
Colesterol alto			
Nefropatía			
Dolores de cabeza por migraña			
Osteoporosis/Osteopenia			
Enfermedad de la tiroides			
Ataque o derrame cerebral			
Otro: _____			
Otro: _____			

**Historia Quirúrgica**  Sin cirugías previas

Tipo de cirugía (Especifique izquierda/derecha)	Fecha	Hospital/Clínica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Historia médica familiar No se conocen antecedentes familiares significativos

✓ Marque todo lo que corresponda	Abuso de drogas/alcohol	Cáncer (tipo: _____)	Depresión/Ansiedad	Bipolar/Suicidio	Diabetes (tipo: _____)	Cardiopatía	Presión arterial alta (hipertensión)	Colesterol alto	Enfermedad pulmonar	Enfermedad de la tiroides	Enfermedad de riñones	Migrañas	Ataque/derrame cerebral	Otro: _____
Madre														
Padre														
Hermano														
Hermana														
Niño														
Abuela Materna														
Abuelo Materna														
Abuela Paterna														
Abuelo Paterno														
Otro: _____														

### Otros problemas de salud

Uso de tabaco	Fumar cigarrillos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Otro: <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Masticar <input type="checkbox"/> Vapear
Actual: Paquetes/Día:	# de años: _____ Pasado: Cuando dejó de fumar: _____ Paquetes/día _____
Uso de alcohol/drogas	¿Bebes alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Licor # de bebidas/semana _____
Consumo de marihuana:	<input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> Actual    Otras drogas recreativas: <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> Actual

### Medicamentos

Medicamentos	Dosis (Mg., Pastilla)	Veces por día	Doctor

Enumere los medicamentos adicionales en una hoja de papel en blanco con la información requerida.

### Otros proveedores/especialistas

Especialista	Nombre	Última visita

# Pendleton Primary Care Clinic

# Autorización De Tratamiento

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## Consentimiento Para Tratar

Al firmar a continuación, autorizo a Pendleton Primary Care Clinic, LLC (PPCC) a brindar tratamiento y consultas relacionados con la atención médica al paciente mencionado anteriormente y que puedo rechazar tratamiento o servicios en cualquier momento. Entiendo que PPCC no garantiza ningún resultado de ningún servicio o tratamiento, ya sea declarado o implícito.

## Asignación y Autorización

Asigno directamente a PPCC todos los beneficios médicos, si los hubiera, que de otro modo me pagarían por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague el seguro. Por la presente autorizo al proveedor o clínica a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguro.

## HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico)

Entiendo que tengo derecho a revisar una descripción escrita de cómo PPCC manejará mi información de salud. La descripción escrita se conoce como Aviso de prácticas de privacidad y describe los usos y divulgaciones de la información de salud realizadas y las prácticas de información seguidas por los empleados, el personal y otro personal de la oficina de PPCC y mi derecho con respecto a mi información de salud. Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad puede revisarse periódicamente y que tengo derecho a recibir una copia de un Aviso de prácticas de privacidad revisado. También entiendo que una copia o un resumen de la versión más reciente del Aviso de prácticas de privacidad vigente de PPCC se publicará en el área de espera/recepción.

## Comunicación Confidencial Del Paciente

La HIPPA le otorga el derecho a solicitar que le comuniquemos información financiera y/o médica de forma confidencial mediante un método particular o en determinadas ubicaciones. Para proteger la privacidad y confidencialidad de su información, complete lo siguiente:

Doy permiso a PPCC para dejar mensajes sobre: Las citas \_\_\_\_\_ La facturación \_\_\_\_\_

La información médica, como resultados, información sobre medicamentos, recomendaciones genéricas o estado de referencia o actualizaciones, se proporcionará al paciente únicamente a menos que se especifique aquí:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

---

Nombre del paciente/representante

Firma

Fecha

# Pendleton Primary Care Clinic

1100 Southgate Ste 11  
Pendleton, Oregon 97801  
Teléfono: 541-966-6916 Fax: 541-228-9120

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

### Authorization For Release Of Protected Health Information

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
(Patient Name) (DOB)

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
(Cell #) (Address)

Por medio del presente autorizo a Pendleton Primary Care Clinic a (elija uno):

*I hereby authorize Pendleton Primary Care Clinic to (choose one):*

- usar o compartir mi información protegida de salud como se indica a continuación CON:**  
*use or share my protected health information as follows WITH:*
- obtener mi información protegida de salud DE:**  
*obtain my protected health information FROM:*

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Autorización para la divulgación de información desde el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los registros ( <i>All Records</i> )          | <input type="checkbox"/> Notas/Informe de consulta ( <i>Chart Notes/Report</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio ( <i>Lab results</i> )    | <input type="checkbox"/> Registros del hospital ( <i>Hospital Records</i> )      |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología ( <i>Radiology Reports</i> ) | <input type="checkbox"/> Otro/comentarios: _____                                 |

Entiendo que después de que el custodio de registros divulgue mi información médica, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. Además, entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, recibir pagos o mi elegibilidad para recibir beneficios, a menos que lo permita la ley. Al firmar a continuación, declaro y garantizo que tengo autoridad para firmar este documento y autorizar el uso de la divulgación de información de salud protegida y que no hay reclamos u órdenes pendientes o vigentes que prohibirían, limitarían o restringirían de otro modo mi capacidad para autorizar el uso de la divulgación de esta información de salud protegida..

---

Nombre del paciente/representante

Firma

Fecha