

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: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Alergias/Intolerancias ☐ No se conocen alergias

| Alergia | Reacción alérgica |
|---------|-------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Historial 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 HIPAA 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