

<b>Apellido(s)</b>		<b>Nombre</b>		<b>2° Nombre</b>
<b>Número de seguro social</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo al nacer</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Sexo legal</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

<b>Nombre preferido</b>	<b>Pronombres preferidos</b> <input type="checkbox"/> él, lo, le <input type="checkbox"/> ella, la, le <input type="checkbox"/> elle, ellxs, eli, le u otras variaciones	
<b>Identidad de género</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre-a-mujer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer-a-hombre <input type="checkbox"/> Género no binario	<input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> Otro género Especifique por favor:	<b>Orientación sexual</b> <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> Lesbian, Gay or Homosexual

<b>Domicilio</b>			<b>Dirección postal (si es diferente al domicilio)</b>		
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>

<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado	<b>Tipo de visita preferido</b> <input type="checkbox"/> Visitas de video <input type="checkbox"/> Sin preferencia <input type="checkbox"/> Visitas en la clínica <input type="checkbox"/> Visitas en la clínica únicamente
--	---

<b>Idioma preferido</b>	<b>¿Necesitará servicios de interpretación si su proveedor no habla su idioma preferido?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------	--

<b>Información de Contacto</b> Teléfono preferido ( )	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	<b>Correo electrónico</b>
--	---	---------------------------

<b>Secundario/Otro teléfono</b> ( )	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> De otra persona. Por favor especifique el nombre y parentesco que tiene con el paciente. Nombre _____ Parentesco _____
--	--

<b>Método de contacto preferido</b> <input type="checkbox"/> número de casa <input type="checkbox"/> Correo-electrónico/ <input type="checkbox"/> número de trabajo <input type="checkbox"/> Portal del paciente <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> Correo postal	<b>¿Le gustaría comunicar con su proveedor a través del portal del paciente?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Preferencia de entrega de resumen de visitas clínicas:</b> <input type="checkbox"/> Portal <input type="checkbox"/> Papel
---	--	---

<b>Farmacia preferida</b> <input type="checkbox"/> Innova <input type="checkbox"/> CVS <input type="checkbox"/> Raley's <input type="checkbox"/> Rite Aid <input type="checkbox"/> Safeway <input type="checkbox"/> Walgreens <input type="checkbox"/> Walmart <input type="checkbox"/> Target <input type="checkbox"/> Otra _____	<b>Localidad de la farmacia</b> (dirección o calles transversales)
--	---

**Compartir su información demográfica ayuda a que Elica continúe recibiendo fondos de estos servicios.**

<b>Número de personas en su hogar (usted y sus dependientes):</b> _____	<input type="checkbox"/> Prefiero no decir
---	--

<b>Número de menores en su hogar (menos de 18 años de edad):</b> _____	<input type="checkbox"/> Prefiero no decir
--	--

<b>¿Cuál de las opciones siguientes mejor describe su hogar?</b>		
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Hogar con ambos padres	<input type="checkbox"/> Mujer soltera - cabeza de familia	<input type="checkbox"/> Hombre soltero - cabeza de familia <input type="checkbox"/> Prefiero no decir

<b>Ingreso del hogar en total antes de impuestos:</b> \$ _____	<input type="checkbox"/> al año <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> cada semana <input type="checkbox"/> al mes <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> prefiero no decir
---	--

<b>¿Durante el último año civil (desde el 1 de Enero) se ha quedado sin hogar o ha vivido en un refugio?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
Si respondió sí, elija (1) a continuación:	
<input type="checkbox"/> Centro para indigentes <input type="checkbox"/> Vivo con amigos o familia	<input type="checkbox"/> Vivo en la calle <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> En transición <input type="checkbox"/> Otro: _____

<b>¿En algún momento durante los últimos dos años, ha sido el trabajo agrícola su principal fuente de ingresos?</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> Sí, agrícolas migrantes <input type="checkbox"/> Sí, agrícolas temporales
---	--

<b>¿Cuál es su raza u origen étnico? (Marque todo lo que aplique)</b>			
<input type="checkbox"/> Indígena americano/de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico

<b>¿Es usted Hispano y/ o Latino(a)?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<b>¿Es usted veterano?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
--	---	----------------------------	---

Contacto de Emergencia			
Apellido(s)		Nombre(s)	
Número de teléfono		Parentesco con el paciente	
Si el paciente tiene menos de 18 años, mencione TODOS los tutores legales <input type="checkbox"/> Paciente es un niño Foster			
Padre/Tutor legal 1º (Nombre y apellidos)		Padre/Tutor legal 2º (Nombre y apellidos)	
Parentesco		Parentesco	
Custodia <input type="checkbox"/> Legal exclusiva <input type="checkbox"/> Legal compartida		Custodia <input type="checkbox"/> Legal exclusiva <input type="checkbox"/> Legal compartida	
Número de seguro social	Fecha de nacimiento	¿Aval? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Aval? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Domicilio <input type="checkbox"/> El mismo que el paciente		Domicilio <input type="checkbox"/> El mismo que el paciente	
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad
Estado	Código postal	Ciudad	Estado
Teléfono	Correo-electrónico	Teléfono	Correo-electrónico
¿Cómo ha escuchado hablar de Elica Health Centers?			
<input type="checkbox"/> Publicidad	<input type="checkbox"/> Amigos/familia	<input type="checkbox"/> Medios de comunicación	<input type="checkbox"/> Proveedor primario de salud
<input type="checkbox"/> Médico especialista	<input type="checkbox"/> Evento	<input type="checkbox"/> Por boca de otros	<input type="checkbox"/> Empleado de Elica
<input type="checkbox"/> Plan de seguros	<input type="checkbox"/> Paciente de la clínica	<input type="checkbox"/> Iglesia	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Distrito Escolar	<input type="checkbox"/> Miembro del Consejo Directivo de Elica	
Seguros y Pago			
¿Tiene seguro médico?		¿Tiene seguro dental?	
<input type="checkbox"/> Sí (por favor proporcione una copia de su tarjeta de seguro)		<input type="checkbox"/> Sí (por favor proporcione una copia de su tarjeta de seguro)	
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No	
Consentimiento y Reconocimiento			
<p><b>Tratamiento:</b> Autorizo el tratamiento que será proporcionado por los proveedores de Elica Health Centers (EHC), así como sus asistentes y otro personal de EHC. Entiendo que, en la clínica, prepararán y mantendrán registros médicos sobre mi persona, y que tengo derecho a obtener una copia de mis registros médicos al firmar un formulario de Autorización de Divulgación de Expedientes Médicos proporcionados por la clínica para tal fin.</p> <p><b>Estudiantes/Residentes:</b> Entiendo que EHC participa en la educación de los estudiantes de medicina y atención médica. Tengo derecho a declinar su participación en el cuidado de mi persona en cualquier momento.</p> <p><b>Telesalud:</b> Consiento recibir atención médica por teléfono, telesalud, portal del paciente cuando sea médicamente necesaria o clínicamente apropiada para intercambiar información médica entre el proveedor y yo, o entre un proveedor y otro.</p> <p><b>Asignación de beneficios de seguro:</b> Yo autorizo el pago de mis beneficios directo a EHC, de otra forma pagaderos a mí, sin que excedan los cargos regulares para este servicio. Entiendo que soy financieramente responsable frente a EHC de cualquier cargo no cubierto por mi seguro, incluido el saldo pendiente de los cargos después de cualquier descuento que se haya aplicado.</p> <p><b>Acuerdo financiero:</b> Acepto pagar todos cargos que no sean cubiertos por una póliza de seguros o terceros. Acepto respetar los términos y condiciones de la política de colecciones de EHC. Elica Health Centers no es una clínica gratuita e incumplimiento de su responsabilidad financiera con nosotros o falta de llegar a un acuerdo para un programa de pagos puede resultar en la baja de nuestros servicios. En acuerdo con la política de colecciones de EHC, EHC puede elegir terminar su relación con todo paciente que no cumple con este acuerdo financiero.</p> <p><b>Aviso de Prácticas de Privacidad:</b> Al firmar este formulario a continuación, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la clínica..</p> <p><b>Validez de Consentimiento:</b> Entiendo que este consentimiento será válido mientras soy paciente o el padre/tutor legal de un paciente de Elica Health Centers. Tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento. Si decido hacerlo, debo proporcionar a la clínica, una notificación escrita de dicha retirada. La retirada del consentimiento aplicará después de haber sido recibido, a no aplicará a información a la cual había dado consentimiento previamente.</p> <p><b>Al FIRMAR A CONTINUACIÓN, CONFIRMO QUE TODA LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE PROPORCIONADA EN EL FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE ES VERÍDICA Y CORRECTA Y SE APORTA DE BUENA FE Y QUE HE LEIDO LA SECCION DE CONSENTIMIENTO, Y ENTIENDO Y ACEPTO SUS TÉRMINOS.</b></p>			
Nombre en letra de imprenta del paciente		Parentesco con el paciente del individuo que firma este formulario (por ejemplo, paciente, padre/madre, tutor legal, cuidador)	
Firma del paciente/tutor legal del paciente		Fecha	
Testigo (Miembro del personal de la clínica)		Fecha	

Elica Health Centers (EHC) quiere hacer todo lo posible para proteger su información médica privada. Decirnos cómo prefiere que compartamos su información personal se llama Autorización HIPAA. Este formulario nos ayuda a saber qué detalles, si los hubiere, que le gustaría que compartamos con las personas que forman parte de su vida. Los proveedores de salud mental no comunican y no comunicarán con ningún paciente con respeto a su tratamiento o cuidado vía correo-electrónico y/o mensaje de texto.

Información del paciente:			
<b>Apellido(s):</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Inicial del 2° nombre:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Padre/Madre / Tutor / Representante legal n° 1 (si aplicable):</b>		<b>Padre/Madre / Tutor / Representante legal n° 2 (si aplicable):</b>	

Preferencias de mensajes: Díganos que tipo de mensajes prefiere y lo que podemos compartir. (Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos.)			
	Teléfono	Texto	Email/Portal
<b>Todos los criterios a continuación</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Notificaciones de salud (resultados de laboratorio y pruebas, etc.)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Recordatorios de citas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Avisos (como programas nuevos e información comunitaria)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Notificaciones de facturación</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quién: Díganos con quién quiere que compartamos su información. (Cada casilla es para una persona distinta).			
<b>Persona n° 1</b>		<b>Persona n° 2</b>	
<b>Nombre:</b>		<b>Nombre:</b>	
<b>Parentesco:</b>		<b>Parentesco:</b>	
<input type="checkbox"/> Podemos compartir cualquier información médica suya con esta persona. <p style="text-align: center;">○</p> <input type="checkbox"/> Podemos darle acceso al análisis y la nota de la visita de hoy en momento de la visita.		<input type="checkbox"/> Podemos compartir cualquier información médica suya con esta persona. <p style="text-align: center;">○</p> <input type="checkbox"/> Podemos darle acceso al análisis y la nota de la visita de hoy en momento de la visita.	
<input type="checkbox"/> Podemos darle todos los resultados de pruebas.		<input type="checkbox"/> Podemos darle todos los resultados de pruebas.	
<b>Solamente para el uso de la oficina</b>		<b>Solamente para el uso de la oficina</b>	
Fecha efectiva:	Actualizado por:	Fecha efectiva:	Actualizado por:
Fecha de revocación:	Actualizado por:	Fecha de revocación:	Actualizado por:
<b>Persona n° 3</b>		<b>Persona n° 4</b>	
<b>Nombre:</b>		<b>Nombre:</b>	
<b>Parentesco:</b>		<b>Parentesco:</b>	
<input type="checkbox"/> Podemos compartir cualquier información médica suya con esta persona. <p style="text-align: center;">○</p> <input type="checkbox"/> Podemos darle acceso al análisis y la nota de la visita de hoy en momento de la visita.		<input type="checkbox"/> Podemos compartir cualquier información médica suya con esta persona. <p style="text-align: center;">○</p> <input type="checkbox"/> Podemos darle acceso al análisis y la nota de la visita de hoy en momento de la visita.	
<input type="checkbox"/> Podemos darle todos los resultados de pruebas.		<input type="checkbox"/> Podemos darle todos los resultados de pruebas.	
<b>Solamente para el uso de la oficina</b>		<b>Solamente para el uso de la oficina</b>	
Fecha efectiva:	Actualizado por:	Fecha efectiva:	Actualizado por:
Fecha de revocación:	Actualizado por:	Fecha de revocación:	Actualizado por:
<input type="checkbox"/> <b>No quiero que se comparta mi información con NADIE.</b>			

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido el **Aviso de Prácticas de Privacidad** de la clínica y autorizo a Elica Health Centers a compartir mi información médica a los individuos indicados anteriormente.

Nombre en letra de imprenta	Parentesco con el paciente del individuo que firma este formulario (por ejemplo, paciente, padre/madre, tutor legal, cuidador)
Firma del paciente/tutor legal	Fecha
Testigo (Miembro del personal de la clínica)	Fecha

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
-----------------------------	-----------------------------

**¿ESTÁ ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE OTROS PROVEEDORES O ESPECIALISTAS? (Anote a todos a continuación)**

Nombre del proveedor/práctica	Especialidad:	Dirección	Teléfono

**¿TIENE ALERGIA A CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES?**

<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Drogas Sulfa	<input type="checkbox"/> Ninguno
--------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

Anote todas alergias y reacciones:

**MEDICAMENTOS**

(ANOTE TODOS SUS MEDICAMENTOS ACTUALES: RECETADOS, DE VENTA LIBRE, VITAMINAS, INHALADORES Y LA DOSIS)

Medicamento	Dosis	Frecuencia

**¿Puede proporcionarnos sus registros de vacunación de su hijo?**  Sí  No

**HISTORIA GINECÓLOGICA**

¿ITS/ETS?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Edad al momento de la menarquia (primera menstruación):	
Método actual de anticoncepción:	
Fecha de su última menstruación:	

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: ANOTE TODAS LAS CIRUGÍAS DEL PASADO A CONTINUACIÓN.**

Ninguna cirugía anterior

Nombre/Tipo de Cirugía	Fecha de cirugía

**HISTORIA DENTAL**

¿Fue usted referido a servicios dentales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene dolor o molestias en este momento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido usted problemas graves/severos asociados con algún tratamiento dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está usted tomando o ha tomado bisfosfonatos (Fosamax)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está usted tomando o ha tomado Fen-Phen o Redux?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha sido usted alguna vez premedicado con antibióticos antes del tratamiento dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**EVALUACIÓN DE RIESGO DEL TB**

¿Ha tendio contacto con alguien con la enfermedad infecciosa TB o alguien que ha estado en la carcel/prisión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Immunosupresión, actual o planificado (infección de VIH, transplante o recepción de órganos, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted nació, viajó, o vivió en un país con una tasa alta de TB durante al menos un mes? (Fuera de los EEUU, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o un país en Europa del Oeste o Este?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**HISTORIA MÉDICA FAMILIAR: MARQUE TODAS LAS ENFERMEDADES Y CONDICIONES QUE APLIQUEN**

Enfermedad o condición	X	Miembro(s) de la familia	Enfermedad o condición	X	Miembro(s) de la familia
Abuso de alcohol			Hipocolesterolemia		
La enfermedad de Alzheimer			Trastornos hipertensivos		
Anemia			Trastorno por inmunodeficiencia		
Trastornos de ansiedad			Enfermedad renal		
Asma			Problemas hepáticos		
TDAH (ADHD en inglés)			Trastornos mentales		
Trastorno Bipolar			Ataque cardíaco (IM agudo)		
Trastorno Depresivo			Obesidad		
Diabetes mellitus			Trastornos de pánico		
Trastorno pulmonar			Esquizofrenia		
Trastorno del sistema nervioso			Trastorno convulsivo		
Trastorno de la glándula tiroideas.			Abuso de sustancias		
Dolor de cabeza			Tuberculosis		
Enfermedad cardíaca			Úlcera		
Antecedentes de intento de suicidio			Historial familiar desconocido		

**AÑADE HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR ADICIONAL A CONTINUACIÓN:**

Enfermedad o condición	Miembro(s) de la familia

**HISTORIA MÉDICA: MARQUE TODAS LAS ENFERMEDADES Y CONDICIONES QUE APLIQUEN**

Sin antecedentes médicos

Enfermedad o condición:	X	Enfermedad o condición:	X	Enfermedad o condición:	X
ADD/ADHD		Infecciones crónicas del oído		Enfermedad pulmonar	
Dolor abdominal		Depresión		Problemas de los músculos, articulaciones o huesos	
Reflujo gastroesofágico (GERD)		Trastornos de desarrollo o comportamiento		Obesidad	
Acne		Diabetes		Trastornos psiquiátricos/mentales	
Rinitis Alérgica/Fiebre del Heno		Problemas de los oídos o la audición		Convulsiones/Epilepsia	
Anemia		Eccema		Problemas cutáneos (de la piel)	
Trastornos de ansiedad		Deformidad del pie		Problemas Tiroideos	
Asma		Problemas gastrointestinales		Problemas urinarios	
Trastorno del espectro autista (TEA)		Lesión de cabeza/Conmoción cerebral		Problemas de los ojos o la vision	
Defectos de nacimiento o enfermedades hereditarias		Dolor de cabeza		Otros:	
Trastornos renales o de la vejiga		Problemas/Enfermedades cardíacas			
Trastorno hemorrágico		Hepatitis/Enfermedad hepática			
Cáncer		Hernia			
Varicela		Colesterol alto			

