

# CROSS VALLEY HEALTH & MEDICINE

Modern Medicine. Old-fashioned personal care.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Legal:	Apellido Legal:	Inicial –Segundo Nombre:	Fecha:
Nombre Preferido (si es diferente al nombre indicado arriba):	Fecha de Nacimiento:		Seguro Social:
Dirección de su casa:			Dirección Postal (si es diferente a la dirección de su casa)
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono Celular:
Correo Electrónico para el Portal del Paciente: *Debe ser mayor de 18 años de edad*			Teléfono de la Casa:
Idioma Deseado (Solicitado por el gobierno federal): <input type="checkbox"/> Marque aquí si <u>prefiere</u> que nos comuniquemos con usted en español.		Estatus de Veterano? (Solicitado por el gobierno federal) ¿Es usted veterano del ejército Americano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Teléfono del Trabajo:
<input type="checkbox"/> Indique si prefiere language de señas:			

## INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

\*Si usted no tiene seguro medico, por favor de preguntarle a un representante de Servicio al Paciente como aplicar para el programa de tarifas de descuento basado en su ingreso y composición familiar.\*

Tengo seguro medico (por favor de proveerle a la recepcionista su tarjeta de seguro medico para verificación de beneficios)

① Seguro Primario: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

¿Quién es el subscriptor primario?  yo/el paciente  otro- Nombre: \_\_\_\_\_

Si es otro, anote la fecha de nacimiento de la persona: \_\_\_\_\_ Relación de esta persona al paciente \_\_\_\_\_

② Seguro Secundario (si es aplicable): \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

¿Quién es el subscriptor primario?  yo/el paciente  otro- Nombre: \_\_\_\_\_

Si es otro, anote la fecha de nacimiento de la persona: \_\_\_\_\_ Relación de esta persona al paciente \_\_\_\_\_

③ Nombre de la persona responsable por los cargos no cubiertos por el seguro medico (deducibles, co-pagos, etc.):

Yo  Otro (por favor de proveer el nombre) \_\_\_\_\_

## ¿COMO SE ENTERO DE NOSOTROS?

Internet  Radio  Compañía de Seguro Medico  Periódico/Revista  Medios Sociales

Referido de un amigo/familiar

Referido de mi proveedor medico: Nombre y dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

este es también mi Medico de atención primaria

Si el proveedor nombrado arriba no es su medico primario, por favor de indicar quien es su medico primario: \_\_\_\_\_

## FIRMA

Yo certifico que la información indicada arriba es verdadera y correcta a lo mejor de mi capacidad.

Nombre de la persona que lleno este formulario: (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Relación al paciente:  yo mismo  padre  guardián legal  otro: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### CONOCIENDO EL PACIENTE

Estamos requeridos a obtener la siguiente información con el propósito de entender a nuestra población y para satisfacer nuestros requisitos del gobierno federal. Las opciones para algunas de estas preguntas fueron proveídas por otras organizaciones cuales analizan esta información, y de ninguna manera impactan el cuidado que usted recibe. Por favor ayúdenos a servirle mejor y seleccione la mejor respuesta a estas preguntas. Gracias.

#### Raza (Solicitado por el gobierno federal): Seleccionar una o más

- Blanco       Negro/Afroamericano       Asiático       Ha-waiano
- Nativo Ameri-       Otro Isleño del       Me niego  
cano o Nativo      pacífico      a responder

#### Etnicidad (Solicitado por el gobierno federal): Seleccionar uno

- No-Hispano       Hispano       Me niego a re-  
sponder

Sexo asignado al nacer (Seleccione uno)     Masculino     Femenino

Estado Civil (seleccione uno):     Soltero (a)     Casado (a)     Pareja/otro

#### (Solicitado por el gobierno federal)

Orientación Sexual (Seleccionar uno)

- Lesbiana, gay o homosexual  
 Heterosexual  
 Bisexual  
 Otro  
 No se  
 Me niego a responder

Identidad de Genero (Seleccione uno)

- Masculino  
 Femenino  
 Transgénero hombre/ mujer a hombre  
 Transgénero mujer/ hombre a mujer  
 Genero variante  
 Otro  
 Me niego a responder

#### Estatus de empleo (Solo para pacientes de 18 años de edad o mas; solicitada para evaluar posible exposición a riesgos de salud ):

- Empleado tiempo completo     Empleado tiempo parcial  
 retirado       discapacidad

Ocupación: \_\_\_\_\_

estudiante     otro     Me niego a dar esta información

#### Emergency Contact:

1) Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

a. Relación: \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

a. Relación: \_\_\_\_\_

#### Preferred Pharmacy:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

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

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

Por favor, anote la información en los espacios proporcionados. La información es confidencial y no se publicará sin su permiso.

**Enfermedades Médicas / Fecha** (Ejemplo: Diabetes 1995)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sirugias / Procedimientos / Hospitalizaciones / Fechas**

(Ejemplo: amigdalitis 1965, neumonía en el hospital comunitario 10/02)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indique la fecha de la último procedimiento y si fue anormal:

**Papa Nicolaou** \_\_\_\_\_

**Mamografía** \_\_\_\_\_

**Colonoscopia** \_\_\_\_\_

**Prueba de estrés** \_\_\_\_\_

**Alergias** (indique el tipo de reacción)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Inmunizaciones**

Gripe \_\_\_\_\_

Hepatitis \_\_\_\_\_

Neumonía \_\_\_\_\_

Tétanos \_\_\_\_\_

Sarampión, Paperas, Rubeola \_\_\_\_\_

Polio \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

**Personal- Historia Social** (Por favor circule donde sea apropiado)

Estado civil \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Aficiones / Intereses \_\_\_\_\_

Exposición a material peligroso \_\_\_\_\_

### **Uso de tabaco**

Nunca fumó / Fumador pasado / Fumador presente

¿Cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años? \_\_\_\_\_

Fecha que dejo de fumar \_\_\_\_\_

### **Uso de alcohol** (circule por favor)

Nunca o raramente / Moderado / Regularmente

Tipo habitual de alcohol consumido \_\_\_\_\_

¿Cuánto y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

### **Abuso de sustancias** Y N \_\_\_\_\_

### **Cafeína** Y N Taza por día \_\_\_\_\_

### **Ejercicio** Y N

Tipo y frecuencia \_\_\_\_\_

### **Antecedentes familiares** (indique a un pariente afectado)

Alergias \_\_\_\_\_

Arthritis / Gout \_\_\_\_\_

Asma \_\_\_\_\_

Cáncer \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Enfisema \_\_\_\_\_

Enfermedad de la vesícula \_\_\_\_\_

Glaucoma \_\_\_\_\_

Enfermedad del corazón \_\_\_\_\_

Alta presión sanguínea \_\_\_\_\_

Colesterol alto \_\_\_\_\_

Enfermedad del riñón \_\_\_\_\_

Enfermedad mental \_\_\_\_\_

Migraña \_\_\_\_\_

Convulsiones \_\_\_\_\_

Ataques del Corazón \_\_\_\_\_

Tuberculosis \_\_\_\_\_

Enfermedad de tiroides \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

**¿Tiene o ha tenido algún problema relacionado con los siguientes sistemas?  
Por favor marque si o no.**

**Síntomas**

Fiebre..... Y      N  
Escalofríos.....Y      N  
Dolor de cabeza.... Y      N  
Inexplicable perdida de peso ..... Y      N  
Aumento de Peso.....Y      N  
Problemas para dormir.....Y      N  
Otro\_\_\_\_\_

**Endocrino**

Sed excesiva ..... Y      N  
Dificulta para tolerar el frío o calor .....Y      N  
Cansado..... .Y      N  
Otro\_\_\_\_\_

**Ojos**

Visión borrosa ..... .. Y      N  
Doble visión ..... .. Y      N  
Dolor en los ojos..... Y      N  
Otro\_\_\_\_\_

**Oreja/nariz/garganta**

Infección del oído ..... Y      N  
Pérdida de la audición .....Y      N  
Dolor de garganta..... Y      N  
Problemas en las fosa nasales ..... Y      N  
Otro\_\_\_\_\_

**Cardiovascular**

Dolor de pecho..... Y      N  
Venas varicosas ..... .. Y      N  
Presión arterial alta ... ..Y      N  
Desmayos.....Y      N  
Calambres en las piernas al caminar .....Y      N  
Otro\_\_\_\_\_

**Respiratorio**

Falta de aliento ..... Y      N  
Apretado del pecho .....Y      N  
Tos frecuente .....Y      N  
Otro\_\_\_\_\_

**Gastrointestinal**

Dolor de estomago..... Y      N  
Náuseas / vómitos ..... Y      N  
Indigestión / ardor de estómago .....Y      N  
Cambios en los hábitos intestinales ..... ..Y      N  
Hemorragia rectal / heces negras .....Y      N  
Otro\_\_\_\_\_

**Genitourinario / Ginecología**

Frecuencia urinaria .....Y      N  
Dolor al orinar ..... Y      N  
Incontingencia .....Y      N  
Sangre en la orina .....Y      N  
Impotencia .....Y      N  
Dolor pélvico .....Y      N  
Hemorragia vaginal anormal .....Y      N  
Descarga anormal .....Y      N  
# De embarazos \_\_\_\_ # de bebés de termino completo \_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

**Musculoesquelético / Neurológico**

Dolor / hinchazón de las articulaciones ..... ..Y      N  
Dolor de cuello..... Y      N  
Dolor de espalda..... Y      N  
Convulsiones..... Y      N  
Entumecimiento.....Y      N  
Otro \_\_\_\_\_

**Hematológico**

Glándulas inflamadas .....Y      N  
Problemas de coagulación de la sangre ..... Y      N  
Otro \_\_\_\_\_

**Alérgico / Inmunológico / Piel**

Erupción cutánea.....Y      N  
Picazón ..... .. Y      N  
Alergia estacional.....Y      N  
Otro \_\_\_\_\_

**Sicológico**

Depresion.....Y      N  
¿Ansioso / pánico?..... Y      N  
Otro \_\_\_\_\_

## Lista de Medicamentos

<b>Nombre de la medicación</b>	<b>Dosis</b>	<b>¿Cuándo toma este medicamento?</b>

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_