



INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ M.I. _____ DOB: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Casa #: _____ Celular #: _____ Empleo #: _____

Correo Electrónico: _____ Número de seguridad social: #: _____

Persona responsable: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Sexo: Mujer Hombre Transgénero
Estado Marital: Casado/a Divorciado/a Soltero/a Viudo/a
Ingreso de hogar/anual: Baja de \$20,000 \$20,000 -- \$40,000 40,000 -- \$80,000 Mas de \$80,000

Discapacidad: Si No Veterano: Si No

Raza: Caucasico Afroamericano Asiatico American Indian or Alaska Native Native Hawaiian No deseo reportar
Etnia: Hispano or Latino Not Hispanic or Latino No deseo reportar

Idioma Primario: Ingles Espanol Vietnamese Other (specify) _____

Seguro Primario: _____ ID # _____ Grupo # _____

Nombre Del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: _____

Seguro Secundario: _____ ID # _____ Grupo # _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: _____

Favor de leer y firmar todas las autorizaciones que continúan. Su firma es necesaria para completar su registración

Autorización de beneficios al proveedor: Entiendo que soy responsable financiamiento por todos los cargos incurriendo con la Clínica de Bayside/WCMC con relación de enfermedades y accidentes. Yo consigo mi título e intereses de mis beneficios de seguridad a las clínicas para todos los servicios médicos que me dieron. Yo entiendo que soy responsable por los costos financieros si mi aseguranza no los cubre. Yo autorizo las clínicas que pasen mi información a la(s) aseguranza(s) acerca de mis enfermedades/accidentes. Yo sé que mi expediente médico puede ser mandado electrónicamente y por cualquier razón, puede ser recibido por alguien más. Si esto pasa, yo descargo a las clínicas de toda responsabilidad legal.

Reconocimiento de recibo de la recepción del aviso de prácticas de privacidad. Yo, por la presente reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad para este servicio y comprendo que voy a dar mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Consejo a médico asistente, enfermera practicante: El centro de salud tiene personal, asistentes de médicos y enfermeras, para dar atención médica. Un asistente médico o enfermera es un graduado de un programa de capacitación certificada y autorizada por un Consejo de estado. Bajo la supervisión de un médico, un asistente médico o enfermera puede diagnosticar, tratar y seguimiento de enfermedades agudas y crónicas así como proporcionar una atención de mantenimiento de salud. 'Supervisión' no requiere la presencia física constante del médico, pero más bien supervisa las actividades de y aceptar la responsabilidad por los servicios médicos prestados. He leído lo anterior y al firmar a continuación por el presente consentimiento a los servicios de un asistente médico o enfermera para las necesidades de mi salud. Entiendo que en cualquier momento puedo negarme a ver el asistente médico o enfermera y petición de acudir a un médico.

Permiso diagnóstico y tratamiento: Yo entiendo que presentándome en la clínica es indicando por mi condición o necesaria médica. Yo voluntariamente autorizo y consiento para los exámenes, pruebas, y procedimientos acostumbrados en pacientes con mi condición y consiento a tratamiento médico ordenado por mi proveedor.

Firma paciente o Representante Autorizado

Relacion con Paciente

Fecha _____ / _____ /20_____

NOMBRE DE PACIENTE **FECHA DE NACIMIENTO** **ALERGIAS**

¿Ha usted sido hospitalizados por una enfermedad o tenido una operación? Sí No

Describe la razon de la hospitalizacion u operacion:

Edad _____ Razon _____
 Edad _____ Razon _____
 Edad _____ Razon _____

Ha tenido cualquier lastimadura seria? Sí No

Edad _____ Razon _____
 Edad _____ Razon _____

Toma algun medicamento regularmente? Sí No

Medicina _____ Cuanto tiempo _____ Razon _____

Está sus vacunas al dia ? Sí No Fechas de sus vacunas: _____

Ha tenido alguna vez un de la siguientes enfermedades?

<input type="checkbox"/> Problemas se la piel	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas de embarzo
<input type="checkbox"/> Enfermedades del Pulmon	<input type="checkbox"/> Problemas de estómago/intestinal	<input type="checkbox"/> Problemas de vivienda
<input type="checkbox"/> Infeccion en la Vejiga	<input type="checkbox"/> Enfermedads del Corazón/Alta presion	<input type="checkbox"/> Problemas relacionados con pandillas
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Tiroydes	<input type="checkbox"/> Problemas legales
<input type="checkbox"/> Enfermedades Infecciosas	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Problemas dieteticos
<input type="checkbox"/> Enfemedad del Hgado	<input type="checkbox"/> Escoliosis	<input type="checkbox"/> Uso de Alchohol
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Uso de Drogas
<input type="checkbox"/> STD's	<input type="checkbox"/> Intentos de suicidio	<input type="checkbox"/> Fumador
<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Problemas con el Fumar
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Bajo autoestima	<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje
<input type="checkbox"/> Vision	<input type="checkbox"/> Estress familiar	<input type="checkbox"/> Transfuciones de sangre
<input type="checkbox"/> Problemas con el oido	<input type="checkbox"/> Problemas Financieros	<input type="checkbox"/> Ocupcion riesgoza
<input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia/Trait		

O alguna enfermedad especifica? _____

Historia familiar (por favor verifique si alguien de su familia ha tenido o actualmente diagnosticados con cualquiera de los siguientes)

Cancer Diabetes Problemas de aprender
 Ataque del Corazón (<55) Abuso de drogas Tuberculosis
 Alta Presion Problems mentales Embolio

Su madre y abuela tomó DES durante el embarazo (drogas utilizadas para prevenir el aborto espontáneo) durante el embarazo? Si No

Hay algún problema en la casa que le gustaría discutir con su proveedor de? Si No

Se preocupa usted por la seguridad de su hogar o vecindario? Si No

Cómo pasa su tiempo libre (TV, pasatiempo)? _____

Le gustaría obtener información sobre enfermedades transmitidas sexual? Si No

Le gustaria recibir informacion acerca de cualquiera de estos asuntos mencionados? Si No

Firma _____ Fecha _____ Iniciales y Fecha de Proveedor _____

Cambios/Ningun Cambios

1. _____ 2. _____ 3. _____
 Intiales Fecha Intiales Fecha Intiales Fecha
 1. _____ 2. _____ 3. _____
 Intiales Fecha Intiales Fecha Intiales Fecha

Comentarios: