





AMADOR
HEALTH CENTER

999 W. Amador Ave., Las Cruces, NM 88005 (575) 527-5482 Voz 575-652-4243 Fax  

Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre/s: _____

Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____ Teléfono () _____

Teléfono en el trabajo () _____ Correo Electrónico _____

Contacto de Emergencia y Relación: () _____

Raza: *(Circule todos los que apliquen)* Blanco o caucásico Afroamericano/a Nativo Americano
Otra: _____ Prefiero no contestar

Etnicidad: *(Circule la respuesta)* Hispano No-Hispano Prefiero no contestar

Lugar de Vivienda: *(Circule la respuesta)* Compartiendo vivienda con más de una familia Sin hogar Con hogar
En Albergue En transición

Trabajador/ra migrante: *(Circule la respuesta)* Migrante No trabajador migrante Temporal

Idioma Preferido : *(Circule la respuesta)* Inglés Español Otro _____

Veterano/a: *(Circule la respuesta)* Si No

Discapacitado/a: *(Circule la respuesta)* Si No

Cobertura Médica Primaria: _____

Farmacia Primaria: _____ Dirección _____

Sexo de Nacimiento: *(Circule la respuesta)* Masculino Femenino

Identidad de Genero: *(Circule la respuesta)* Hombre/Masculino Mujer/Femenino Hombre/Masculino Trans
Mujer/Femenino Trans Género no conforme Prefiero no contestar Algo Diferente: _____

Orientación Sexual: *(Circule la respuesta)* Heterosexual Lesbiana, Gay u Homosexual Bisexual

Algo Diferente: _____ Prefiero no contestar

Pronombres: *(Circule la respuesta)* El, lo Ella, la elle, e No Definido

Prefiero no contestar Algo Diferente: _____

Paciente (O Guardian) Forma de Consentimiento:

Autorizo a los proveedores del Centro de Salud Amador a examinar, diagnosticar y recomendar tratamiento a mí o a la persona bajo mi cuidado.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS AL PROVEEDOR:

Sólo certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta a mi leal saber y entender.

X _____

Firma del Paciente

Nombre del Paciente

Fecha

Relación al paciente

AMADOR HEALTH CENTER POLITICA DE CITAS PERDIDAS

El Centro de Salud Amador trabaja diligentemente para ver a todos los pacientes que vienen a ver a un médico. Debido a eso, solo permitiremos 3 ausencias sin llamada previa. Después de eso, las citas no se harán para usted. Usted será visto sin cita previa y puede tener una larga espera. Llámenos si no puede asistir su cita al (575)-527-5482.

He leído esta política y lo entiendo.

Firma _____ Fecha _____

Nombre _____

**Aviso de prácticas de privacidad y consentimiento al paciente
Para Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida**

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos como paciente con respecto a mi información médica protegida.

Entiendo que Amador Health Center puede usar o divulgar mi información médica protegida para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica, lo que significa para proporcionar atención médica a mí, el paciente; manejo de la facturación y el pago; y el cuidado de otras operaciones de atención médica. A menos que lo exija la ley, no habrá otros usos y divulgaciones para esta información sin mi autorización.

Amador Health Center tiene un documento detallado llamado "Aviso de Prácticas de Privacidad". Contiene una descripción más completa de sus derechos a la privacidad y cómo podemos usar y divulgar información médica protegida.

Entiendo que tengo derecho a leer el "Aviso" antes de firmar este acuerdo. Si lo pido, Amador Health Center me proporcionará el Aviso de Prácticas de Privacidad más actual.

Mi firma a continuación indica que se me ha dado la oportunidad de revisar dicha copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Mi firma significa que acepto permitir que Amador Health Center use y divulgue mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que el centro de salud de Amador haya tomado medidas confiando en este consentimiento.

FIRMA (Paciente o Custodio Legal/Representante Autorizado)

FECHA

Relación con el paciente si está firmado por otra persona

FECHA

Puede obtener una copia de nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad*, incluyendo cualquier revisión de nuestro "Aviso" en cualquier momento poniéndose en contacto con:

Centro de Salud Amador

999 W. Amador, Suite A

Las Cruces, NM 88005

Voz: 575-527-5482

Fax: 575-652-4342

Historial Medico

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Por favor, indique si **USTED** tiene un historial de lo siguiente:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Reflujo / GERD |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Cáncer de Piel |
| <input type="checkbox"/> Problemas autoinmunes | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular / ACV del cerebro |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangrado | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar/ Respiratoria | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad, cáncer o enfermedad médica significativa |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> NONE of the above |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedades Mentales | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | |

Enumerar otros problemas médicos: _____

Alergias a Medicamentos

Nombre _____ Reacción que tienes: _____

- No tengo alergias a **medicamentos** conocidas

Historial médico familiar

Indique si **SU FAMILIA** tiene antecedentes de lo siguiente:

(SÓLO incluya padres, abuelos, hermanos e hijos)

- Soy adoptado y no conozco antecedentes familiares biológicos.
- Historia familiar desconocida
- Abuso de alcohol
- Anemia
- Artritis
- Asma
- Problemas de vejiga
- Coágulos sanguíneos
- Cáncer de mama
- Cáncer de colon
- Depresión
- Diabetes
- Enfermedad cardíaca
- Presión arterial alta

- Colesterol Alto
- Enfermedad renal
- Enfermedad Pulmonar/ Respiratoria
- Otro Cáncer
- Cáncer de Recto
- Convulsiones
- Accidente cerebrovascular / ACV del cerebro
- Enfermedad de tiroides
- Madre, abuela o hermana desarrollaron una enfermedad cardíaca antes de los 65 años
- Padre, abuelo o hermano desarrollaron una enfermedad cardíaca antes de los 55 años
- NONE of the above**

Historia preventiva

Colonoscopia: S N

Fecha: _____

¿Ha recibido una vacuna contra el tétano? S N

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace? ____

Para mujeres

Papanicolaou: S N Fecha: ____

Para hombres

Examen de detección de cáncer de próstata: S N Fecha: ____

Historia social

¿Bebes alcohol? S N

Si Sí, bebidas / semana: _____

¿Actualmente: fuma / mastica / vape tabaco? S N

Si no, anteriormente S N

Años fumado ____ Paquetes/día ____

¿Bebes cafeína? S N

¿Usa drogas ilegales? S N



999 W. Amador Ave., Las Cruces, NM 88005 (575) 527-5482 Voice 575-652-4243 Fax

Cuestionario de historia social

Ocupación: _____

Empleo: _____ Tiempo completo _____ Tiempo parcial _____ Jubilado _____ Desempleado
_____ No trabaja debido a una lesión de compensacion de trabajadores

Estado civil: _____ Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo

Numero de hijos: _____

¿Hace ejercicio? Sí / No Qué tipo de ejercicio: _____ Con qué frecuencia: _____

Declaración de Ingresos

Yo, _____ por la presente declaran en (Fecha) _____ que:
(Nombre del solicitante) (Fecha)

Mi hogar está formado por _____ personas y los siguientes miembros del hogar: _____

El ingreso bruto de mi hogar, para todos los miembros del hogar mayores de 18 años, durante el período de 30 días antes de la fecha de la asistencia de solicitud es \$ _____

_____ ME NIEGO A DAR NINGUNA INFORMACIÓN EN ESTE MOMENTO

Entiendo que necesito una prueba de ingresos para estar en la escala de tarifas, tengo las pruebas y voy a proporcionar lo siguiente:

_____ Declaración del Impuesto Federal _____ Un Mes de Talones de Cheques _____ Carta del Empleador
_____ Carta de Discapacidad Federal

No tengo ninguna prueba de ingresos en este momento debido a lo siguiente:

_____ Sin Vivienda _____ Sin Ingresos _____ Recibo Dinero en Efectivo Pagado

Certifico que la información de la parte superior para los ingresos es verdadera y correcta en la medida de mis posibilidades.

Firma

Fecha

Revisado Por

Fecha