



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() _____ Relación _____

Raza: (Seleccione Uno)

- Blanco o caucásico
- Afroamericano/a
- Nativo Americano
- Otra: _____
- Prefiero no contestar

Lugar de Vivienda: (Seleccione Uno)

- Compartiendo vivienda con más de una familia
- Sin hogar
- Con hogar
- En Albergue
- En transición

¿Cómo te enteraste de nosotros?

- Televisión
- Radio
- Hospital
- Paciente de la clínica
- Compañía de seguro médico
- Evento de divulgación
- Internet (Google, Yahoo, Etc.)
- Medios de comunicación socia
- Otro

Etnicidad: (Seleccione Uno)

- Hispano
- No-Hispano
- Prefiero no contestar

Idioma Preferido : (Seleccione Uno)

- Ingles
- Español
- Otro _____

Veterano/a: (Seleccione Uno)

- Si
- No

Trabajador/ra migrante: (Seleccione Uno)

- Migrante
- No trabajador migrante
- Temporal

Cobertura Médica Primaria: _____ Numero de Poliza: _____

Farmacia Primaria: _____ Dirección _____

Sexo de Nacimiento: (Seleccione uno)

- Masculino
- Femenino

Pronombres: (Seleccione uno)

- El, lo
- Ella, la
- Ellos
- Algo Diferente: _____

Identidad de Genero: (Seleccione uno)

- Hombre/Masculino
- Mujer/Femenino
- Hombre Transexual/Trans Masculino
- Mujer Transexual/Trans Femenino
- Genero queer/ Genero no conforme
- Algo Diferente: _____
- Prefiero no contestar

Orientación Sexual: (Seleccione uno)

- Heterosexual
- Lesbiana, Gay, u Homosexual
- Bisexual
- Queer, pansexual y/o cuestionando
- Algo Diferente: _____
- No lo se
- Prefiero no contestar

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

Consentimiento para métodos de comunicación: (Por favor Circule)

Texto: Si No

Llamada: Si No

Correo Electrónico: Si No

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: 575-652-434**

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)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soy adoptado y no conozco antecedentes familiares biológicos. | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Historia familiar desconocida | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar/ Respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Otro Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer de Recto |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular / ACV del cerebro |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Madre, abuela o hermana desarrollaron una enfermedad cardíaca antes de los 65 años |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Padre, abuelo o hermano desarrollaron una enfermedad cardíaca antes de los 55 años |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> NONE of the above |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | |

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

Cuestionario de historia social

Ocupación: _____

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

Estado civil: _____ Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo

Número 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.

 X

Firma

Fecha

Revisado Por

Fecha

1. **¿Le preocupa poder perder su vivienda?**
 - a. Sí
 - b. No
 - c. Prefiero no responder a esta pregunta
2. **¿Cuál es el nivel de escuela más alto que ha completado?**
 - a. menos de escuela secundaria (menos de 12-o grado)
 - b. diploma de escuela secundaria o GED
 - c. Mas de escuela secundaria o GED
 - d. Prefiero no responder a esta pregunta.
3. **Durante el año pasado, ¿cuál fue el ingreso total combinado de usted y los miembros de su familia? Esta información nos ayudará a determinar si usted califica para algún beneficio.**
 - a. _____
 - b. Prefiero no responder a esta pregunta
4. **Durante el último año, ¿usted o algún miembro de su familia tuvieron que dejar de comprar algo que realmente se necesitaba entre las siguientes opciones? Marque todas las que correspondan.**
 - a. Alimentos: Sí No
 - b. Ropa: Sí No
 - c. Servicios públicos: Sí No
 - d. Cuidado infantil: Sí No
 - e. Medicamentos o cualquier tipo de cuidado de la salud: Sí No
 - f. Teléfono: Sí No
 - g. Otra (por favor, escríbalo): Sí No
 - h. Prefiero no responder a esta pregunta
5. **¿La falta de transporte le ha impedido acudir a consultas médicas, reuniones, al trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida cotidiana? Marque todas las que correspondan.**
 - a. Sí, me ha impedido acudir a consultas médicas o a recoger mis medicamentos
 - b. Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo o conseguir cosas que necesito
 - c. No
 - d. Prefiero no responder a esta pregunta
6. **¿Con qué frecuencia ve o conversa con personas cercanas por las que se preocupa? (Por ejemplo: conversar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, asistir a la iglesia o a reuniones de club)**
 - a. Menos de una vez por semana
 - b. 1 o 2 veces por semana
 - c. 3 o 5 veces por semana
 - d. 5 o más veces por semana
 - e. Prefiero no responder a esta pregunta.
7. **Estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir a la noche porque su mente está preocupada. ¿Que tan estresado se encuentra?**
 - a. Para nada
 - b. Un poco
 - c. Algo
 - d. Bastante
 - e. Mucho
 - f. Prefiero no responder a esta pregunta
8. **En el último año, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil?**
 - a. Sí
 - b. No
 - c. Prefiero no responder a esta pregunta
9. **¿Es refugiado?**
 - a. Sí
 - b. No
 - c. Prefiero no responder a esta pregunta
10. **¿Se siente física o emocionalmente seguro en su actual lugar de residencia?**
 - a. Sí
 - b. No
 - c. Prefiero no responder a esta pregunta
11. **Durante el último año, ¿tuvo miedo de su pareja o expareja?**
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No estoy Seguro
 - d. No he tenido pareja durante el último año
 - e. Prefiero no responder a esta pregunta.