

## REGISTRO DE PACIENTE

|   |                     |   |   |
|---|---------------------|---|---|
| NOMBRE DE PACIENTE  |                     | FECHA DE NACIMIENTO<br>(MM / DD / YYYY)<br>/ /        | NUMERO DE SEGURO SOCIAL #   |
| EMAIL   | SEXO                | ESTADO CIVIL  |   |
| TELEFONO DE CASA #  | NUMERO DE TRABAJO # | NUMERO CELLULAR #                                     |   |
| DIRECCION DEL PACIENTE (#, street)  |                     | CIUDAD  | ESTADO CODIGO POSTAL  |
| EMPLEADO DE PACIENTE  |                     | NUMERO DE TRABAJO #                                   |   |
| DIRECCION DEL EMPLEADOR (#, street)   |                     | CIUDAD  | ESTADO CODIGO POSTAL  |
| DE RIESGOS DEL TRABAJO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ACCIDENTE DE COCHE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO / / |                     |   |   |
| COMPANIA DE SEGURO PRIMARIO   |                     | NUMERO DE SEGURO PRIMARIO#                            |   |
| NUMERO DE LA POLIZA #   |                     | NUMERO DE GRUPO #                                     |   |
| NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL  |                     | FECHA DE NACIMIENTO DE L ASEGURADO PRINCIPAL'S<br>/ / | RELACION CON EL PACIENTE<br><input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> ESPOSO/A<br><input type="checkbox"/> HIJO/A <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE |
| (COMPANIA DE SEGURO SECUNDARIO) HAY OTROS BENEFICIOS DEL PLAN DE SALUD? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO                                |                     |   |   |
| NOMBRE DE SEGURO  |                     | NUMERO DE SEGURO SECUNDARIO #                         |   |
| NUMERO DE POLIZA #  |                     | NUMERO DE GRUPO #                                     |   |
| YO, POR LA PRESENTE AUTORIZO A LA PERSONA(S) SIGUIENTE ACCESO A MIS REGISTROS MEDICOS/FINANZAS  |                     |   |   |

### RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE MISIONES Y CONSENTIMIENTO

He revisado el Aviso de practicas de privacidad y autorizo la divulgacion de cualquier informacion medica o de otro tipo necesaria para procesar este reclamo. Tambien solicito el pago de un seguro o beneficios gubernamentales directamente a mi proveedor. El Aviso de Practicas de Privacidad explica como mi informacion medica sera utilizada y divulgada. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento. Tambien entiendo que esta oficina tiene el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento. Mi firma abajo constituye mi reconocimiento a esta oficina Aviso de practicas de privacidad y la asignacion de los beneficios.

|   |          |
|---|----------|
| <b>X</b>                                | <b>X</b> |
| Firma del paciente o persona autorizada | Testigo  |

Yo (se) nos ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de mi condicion, tratamiento, riesgos de no tratamiento, los procedimientos a utilizar, e involucro a los riesgos y peligros. I (se) dispone de informacion suficiente para dar este consentimiento informado y entiendo que no garantiza que se ha hecho conmigo para dar el consentimiento informado. Yo (nosotros) certifico esta forma y el examen de ee, uu. Ha sido completamente explicado a mi y yo (Nosotros) he leído, o ha tenido lo lee y me. Que los espacios en blanco han sido relleno Y que Nosotros Understand Sus comentarios Y autorizo a los exámenes de Diagnostico para ser realizadas en me.

|          |          |
|----------|----------|
| <b>X</b> | <b>X</b> |
|----------|----------|

|  |   |
|--|---|
| Firma del paciente o persona autorizada  | Firma del paciente o persona autorizada |
| FECHA  | FECHA                                   |
| <b>***Las siguientes preguntas son un requisito del gobierno para la Ley HITECH Act***</b><br>(Tecnologia de la Informacion de la Salud para la Salud Economica y Clinica) Estas preguntas son solo para el cumplimiento del programa del gobierno (no estamos obligados a pedir estos)  |   |
| 6. Origen etnico? <input type="checkbox"/> Desconosido <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispanic o Latino <input type="checkbox"/> No Respuesta   |   |
| 7. Raza? <input type="checkbox"/> Desconosido <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo Americanos <input type="checkbox"/> Asiaticos/AfroAmericano <input type="checkbox"/> Hawaii/Islands del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro   |   |
| 8. Idioma? <input type="checkbox"/> Desconosido <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Cantones <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Hebreo <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Koreano <input type="checkbox"/> Mandarin <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otro: |   |
| 9. Lista los medicamentos que esta tomando actualmente:  |   |
| 10. Lista de alergias de alimentos or medicamentos :   |   |
| 11. (MAYORES DE 13 ANOS)   |   |
| Historia de fumar? <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Fuma todos los dias <input type="checkbox"/> Fumador-Ocasional <input type="checkbox"/> Ex Fumador <input type="checkbox"/> Nunca un fumador  |   |
| 12. (Mujeres Solamente - Edad 40-69)   |   |
| Ha tenido alguna vez una mamografia para detectar el cancer de los senos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO  |   |
| 13. (Edad 50-75)   |   |
| Alguna vez ha tenido una colonoscopia para detectar el cancer colorectal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO  |   |
| 14. (EDAD 64 Años Y MAS)   |   |
| Alguna vez ha tenido la vacuna de neumonia (neumococica) ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |   |