

REGISTRO DE PACIENTES NUEVOS - ADULTO

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre _____ Fecha _____

Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____

Sexo: Masculino ☐ Hembra ☐ Seguridad Social # _____

Email _____ Teléfono de contacto # _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Contacto de emergencia _____

Teléfono de contacto # _____ Relación _____

TARIFAS Y FACTURACIÓN

A ningún paciente se le negará el servicio debido a la incapacidad de pagar. Ofrecemos un programa de descuento de *tarifa móvil* que puede proporcionar tarifas de descuento por servicios. Para ver si califica, complete la información a continuación.

Ingreso mensual bruto del hogar\$ _____

Número de miembros de la familia en su hogar _____

Me niego a ver si califico para el descuento de tarifa móvil ☐

ASISTENCIA

¿El paciente requiere interpretación de idiomas para las citas? ☐ Sí ☐ No

¿El paciente requiere interpretación de lenguaje de señas para las citas? ☐ Sí ☐ No

¿El paciente necesita ayuda con el transporte hacia/desde sus citas? ☐ Sí ☐ No

POR FAVOR, COMPLETE EL OTRO LADO



NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Tiene seguro médico? Sí ☐ No ☐

Si no, ¿desea información sobre cómo inscribirse en un seguro de salud? Sí ☐ No ☐

Nombre del seguro _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Relación del suscriptor con el paciente _____ Suscriptor último 4 de SS # _____

Empleador del suscriptor _____

Dirección del empleador _____

¿Tienes un seguro secundario? Sí ☐ No ☐

Nombre del seguro _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Relación del suscriptor con el paciente _____ Suscriptor último 4 de SS # _____

Empleador del suscriptor _____

Dirección del empleador _____

EVALUACIÓN DE LA SALUD DE UN NUEVO PACIENTE

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:
Nombre preferido:	Género preferido:	Género al nacer:
Historia Médico:		
Cirugías:		
Alergias:		
Medicamentos:		

Antecedentes familiares:

Madre:	☐ Enfermedad cardíaca	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto	☐ Derrame Cerebral
☐ Diabetes	☐ Enfermedad mental	☐ Cáncer de colon	☐ Cáncer de mama	☐ Cáncer de próstata
Abuela materna:	☐ Enfermedad cardíaca	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto	☐ Derrame Cerebral
☐ Diabetes	☐ Enfermedad mental	☐ Cáncer de colon	☐ Cáncer de mama	☐ Cáncer de próstata
Abuelo materno:	☐ Enfermedad cardíaca	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto	☐ Derrame Cerebral
☐ Diabetes	☐ Enfermedad mental	☐ Cáncer de colon	☐ Cáncer de mama	☐ Cáncer de próstata
Padre:	☐ Enfermedad cardíaca	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto	☐ Derrame Cerebral
☐ Diabetes	☐ Enfermedad mental	☐ Cáncer de colon	☐ Cáncer de mama	☐ Cáncer de próstata
Abuela paterna:	☐ Enfermedad cardíaca	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto	☐ Derrame Cerebral
☐ Diabetes	☐ Enfermedad mental	☐ Cáncer de colon	☐ Cáncer de mama	☐ Cáncer de próstata
Abuelo paterno:	☐ Enfermedad cardíaca	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto	☐ Derrame Cerebral
☐ Diabetes	☐ Enfermedad mental	☐ Cáncer de colon	☐ Cáncer de mama	☐ Cáncer de próstata
Hermana:	☐ Enfermedad cardíaca	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto	☐ Derrame Cerebral
☐ Diabetes	☐ Enfermedad mental	☐ Cáncer de colon	☐ Cáncer de mama	☐ Cáncer de próstata
Hermano:	☐ Enfermedad cardíaca	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto	☐ Derrame Cerebral
☐ Diabetes	☐ Enfermedad mental	☐ Cáncer de colon	☐ Cáncer de mama	☐ Cáncer de próstata

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Consumo de tabaco/alcohol/sustancias:

Fumar Tabaco:	☐ Nunca	☐ Anterior	☐ Todos los días	☐ Algunos días
<i>Si la respuesta es afirmativa a "Anterior / Todos los días / Algunos días":</i> ☐ Cigarrillos ☐ Pipa ☐ Cigarros				
Exposición pasiva (humo de segunda mano):	☐ Nunca	☐ Pasado	☐ Actual	
Sin humo (tabaco de masticar):	☐ Nunca	☐ Anterior	☐ Actual	
Vapeo:	☐ Corriente todos los días	☐ Actualidad algunos días	☐ Antiguo	
Consumo de alcohol:	☐ Sí	Bebidas por día _____	Bebidas por semana _____	
	☐ Actualmente no	☐ Nunca		
Consumo de sustancias:	☐ Sí	☐ Actualmente no	☐ Nunca	

Actividad Física:

En promedio, ¿cuántos días a la semana realiza ejercicio moderado a extenuante (como una caminata rápida)? _____

Actividad sexual:

¿Eres sexualmente activo? ☐ Sí	☐ Actualmente no	☐ Nunca
<i>Si respondiste "Sí":</i> Pareja(s): ☐ Masculino ☐ Hembra Tipo de anticonceptivo/protección: _____		

Conexiones sociales:

En una semana típica, ¿cuántas veces hablas por teléfono con familiares, amigos o vecinos? ☐ Nunca ☐ Una vez a la semana ☐ Dos veces por semana ☐ Tres veces por semana ☐ Más de 3 veces ☐ Optó por no divulgar
¿Con qué frecuencia te reúnes con amigos o familiares? ☐ Nunca ☐ Una vez a la semana ☐ Dos veces por semana ☐ Tres veces por semana ☐ Más de 3 veces ☐ Optó por no divulgar
¿Con qué frecuencia asiste a la iglesia o a los servicios religiosos? ☐ Nunca ☐ Una vez a la semana ☐ Dos veces por semana ☐ Tres veces por semana ☐ Más de 3 veces ☐ Optó por no divulgar
¿Pertenece a algún club u organización como grupos eclesiásticos, uniones, grupos fraternales o atléticos, o grupos escolares? ☐ Sí ☐ No ☐ Optó por no divulgar
¿Con qué frecuencia asiste a las reuniones de los clubes o organizaciones a las que pertenece? ☐ Nunca ☐ De 1 a 4 veces al año ☐ Más de 4 veces al año ☐ Optó por no divulgar
¿Está casado, viudo, divorciado, separado, nunca se casó o vive con una pareja? ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Nunca se casó ☐ Vivir en pareja ☐ Optó por no divulgar
¿Tiene algún documento de Planificación Avanzada de Cuidados? (es decir, Poder Notarial Duradero Para Atención Médica, Directiva Anticipada o Ordenes Medicas POLST)? ☐ Sí ☐ No Si no es así, pregúntele a su proveedor

Firma: _____ **Fecha:** _____

*****For Future Use***** Please initial and date below once you have reviewed this form at each annual review.

_____		_____		_____		_____	
_____		_____		_____		_____	

CUESTIONARIO DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE

Gracias por completar/revisar este formulario. Su participación (voluntaria) nos ayuda a comprender mejor a nuestros pacientes y a cumplir nuestra misión como centro de salud

Fecha:

INFORMACIÓN GENERAL (Rellene para usted mismo/paciente)

Primer Nombre legal del paciente:	Apellido:	Nombre preferido:	Fecha de nacimiento (paciente):
1a. ¿Cuál es su (paciente) idioma preferido?		1b. ¿Necesita usted (paciente) un intérprete? ☐ Sí ☐ No	

VIVIENDA / INGRESOS (Completar en base a la información del hogar)

2. ¿Cuántas personas hay en su hogar, incluyéndolo a usted?	3. ¿Cuál es el ingreso anual de su hogar (total combinado para usted y su hogar)? <i>Dependiendo de sus ingresos, puede ser elegible para recibir asistencia. \$</i>		
	☐ \$0-15,500	☐ \$26,001-31,000	☐ \$55,001-64,000
	☐ \$15,501-20,000	☐ \$31,001-39,000	☐ \$64,001-85,000
	☐ \$20,001-26,000	☐ \$39,001-55,000	☐ \$85,001+
4. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy? <i>Tengo una vivienda estable:</i> ☐ Dueño(a) ☐ Alquilar			
<i>No tengo una vivienda estable:</i>			
☐ Alojamiento (viviendo con otra familia) ☐ Refugio ☐ Calle / Parque / Auto			
☐ Vivienda de Apoyo Permanente ☐ Transición (Hogar de Recuperación) ☐ Otro			
5. En los últimos 2 años, ¿el trabajo agrícola estacional/migratorio ha sido su principal fuente de ingresos o la de su familia? ☐ Sí ☐ No			
6. ¿Es usted (paciente) un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No			

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (Rellene para usted mismo/paciente)

7. ¿Cuál es el sexo (del paciente)?
8. ¿Es usted (paciente) hispano y/o latino? ☐ Mexicano, Mexicano Americano, Chicanx ☐ No soy de origen Hispana, Latina o Española ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otra origen Hispana, Latina o Española
9. Describa su origen racial (paciente). <i>(Indios Americanos, Afro-Americanos, Chinos, Filipinos, Japoneses, Mam, Blancos, etc.)</i> _____

*****Para uso en el futuro: Ponga sus iniciales y la fecha a continuación una vez que haya revisado este formulario en cada revisión anual.*****

_____ | _____ | _____ | _____ | _____

SOLO PARA USO EN LA OFICINA	Completado por:	MRN:
--------------------------------	-----------------	------

Demográfico del Paciente

Quizás se pregunte por qué necesitamos esta información. North Olympic Healthcare Network es un **Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC, por sus siglas en inglés)**, un tipo especial de centro de salud comunitario. Ofrecemos atención a todos, independientemente de su edad, sexo, etnicidad o si un paciente tiene seguro o puede pagar.

Sus respuestas en este formulario nos ayudan a:

- Comprender las necesidades emocionales, financieras, y otro de nuestros pacientes
- Identificar quién puede beneficiarse de la asistencia
- Brindar atención personalizada y de alta calidad
- Cumplir nuestra misión como centro de salud comunitario
- Cumplir con nuestros requisitos de presentación de informes como FQHC

Sus respuestas son seguras

Mantenemos sus respuestas privadas y seguras. Solo los reportamos de una manera que no identifica a las personas.

Cómo llenar el PDQ

Por favor, lea atentamente cada pregunta y responda lo mejor que pueda.

Si está llenando el formulario en nombre de otra persona (esposo(a), hijo(a), etc.):

- Complete las secciones **de Información General e Información Demográfica** según la información del paciente.
- Complete la sección **Vivienda/Ingresos** según la información del hogar del paciente.

Revisión del PDQ Cada Año

Una vez al año le pediremos que revise la información de este formulario.

Si no hay cambios, escriba sus iniciales y ponga la fecha en el espacio en la parte inferior del formulario.

Si necesita hacer cambios, escriba una línea en la respuesta anterior y complete la casilla de verificación de la nueva respuesta corregida. A continuación, ponga sus iniciales y la fecha en el espacio de la parte inferior del formulario.

¡Gracias por elegir North Olympic Healthcare Network para sus necesidades de atención médica!