



FORMA DE REGISTRO

Fecha de Hoy:		Doctor de Cabecera:		
INFORMACION DEL PACIENTE				
Apellido legal de Paciente:		Primer nombre:		Segundo nombre:
Nombres anteriores/Previous/Alias:	Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	# de Seguro Social:	Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otros
Teléfono de su hogar:		Teléfono Celular:		Teléfono del Trabajo:
Dirección de Correspondencia:		Ciudad:	Estado:	Código de Area:
Correo Electrónico (Email en inglés):				
Raza: <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo				Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana o Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana o homosexual) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo		Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgenero / Masculino-a-Femenino <input type="checkbox"/> Hombre transgenero / Femenino-a-Masculino <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo		Pronombre al Preferido: <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ellos/Ellas <input type="checkbox"/> Paciente Nombre <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo <input type="checkbox"/> Desconocido
ESTATUS DE EMPLEO				
Estatus de Empleo: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Servicio Militar Activo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante Medio Tiempo		Es usted Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Número de Miembros en la Familia:			Ingreso Mensual (Antes de Impuestos) \$	
LENGUAJE				
Que lengua habla usted en su hogar: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros: _____			Necesidad de un intérprete: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Preferencia: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No tiene preferencia	
PERSONA RESPONSABLE DE LA FACTURA				
Si el paciente es menor de edad (menos de 18 años), el padre o guardián acompañamiento el paciente será considerado el garante.				
Padres/Guardián Legal Responsable del pago:		Fecha de Nacimiento: / /	# de Seguro Social de los Padres/Guardián Legal:	
Dirección do Correspondencia: <input type="checkbox"/> Igual que arriba		Ciudad:	Estado:	Código do Area:
Teléfono:		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		

(Voltee la página para alcanzar a terminar y firme el forma de registro)

INFORMACION ADICIONAL

Estatus de no tener Hogar:

<input type="checkbox"/> Con Hogar	<input type="checkbox"/> Viviendo con Otros	<input type="checkbox"/> Calle, Campamento, Puente
<input type="checkbox"/> En Riesgo de estar sin Hogar	<input type="checkbox"/> Sin Hogar, Refugio Desconocido	<input type="checkbox"/> Actualmente con Hogar, pero si hogar en los últimos 12 Meses
<input type="checkbox"/> Hogar Transicional	<input type="checkbox"/> Viviendo en un Refugio	

Reconocimiento del Trabajo Agrícola: Esta usted o alguien de su grupo familiar involucrado en algún tipo de trabajo agrícola que puede incluir: Preparación de suelos, siembra, recolección, limpieza, clasificación, embalaje, cultivo de árboles de Navidad?

Sí No

Migrante – Usted o un miembro de su familia ha establecido un hogar temporal para poder hacer trabajo agrícola

Estacional – Usted o un miembro de su familia hace trabajo agrícola que solo ocurre en ciertos tiempos del año

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Neighborhood Health Center o a la compañía de seguros a que divulguen cualquier información requerida para procesar mis reclamaciones.

Firma de Paciente/Guardian

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

Initials for Special Confidentiality: _____ Screen By: _____ Total Income: \$ _____

TITLE X: Clients pay _____ % per sliding fee scale for non-FPEP covered service.

Address Verification: Yes Date/Initials _____

Patient declined confidentiality



AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO COMBINADO

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente (FDI)

FINANCIACIÓN Y TRATAMIENTO

Yo autorizo el tratamiento de la persona mencionada arriba y acepto la responsabilidad financiera para todos los tratamientos incluyendo cualquier vacuna necesaria o recomendada proporcionados. Autorizo al Neighborhood Health Center el proporcionar toda la información necesaria a mi seguro médico para procesar los reclamos de seguro y asigno al Neighborhood Health Center todos los beneficios de la aseguradora asignados hacia mí en la extensa completa a mis obligaciones financieras. Una fotocopia o imagen escaneada de esta autorización deberá considerarse tan válida como la original.

RECONOCIMIENTO DE LAS NOTIFICACIONES DE HIPPA

Yo reconozco el haber recibido las Prácticas de las Normas de Privacidad del Neighborhood Health Center

CONSENTIMIENTO PARA LOS CUIDADOS DE ATENCIÓN PRIMARIOS EN EL HOGAR CENTRADOS EN EL PACIENTE

La atención primaria de su salud en casa coordinara mejor nuestros cuidados para ayudarle a obtener los servicios que usted necesite, escuchara sus preocupaciones, responderá sus preguntas, ofrecerá ayuda fuera de horario regular le brindara alternativas a la sala de emergencia y le ayudara a jugar un papel activo en su salud. He leído y entendido la información acerca de los Cuidados de Salud en el Hogar Centrados en el Paciente y doy mi permiso para formar parte del Hogar Medico del Neighborhood Health Center.

SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

Cuando busque servicios de salud reproductiva del Neighborhood Helath Center, yo entiendo que estoy recibiendo estos servicios voluntariamente.

Yo entiendo que estos servicios podrían incluir:

- Consejería de control en natalidad de salud reproductiva, embarazarse, embarazos saludables, y otros temas que sean necesarios;
- Proporcionar un método de control anticonceptivo;
- Una visita de un proveedor para una receta médica y quizás un examen físico;
- Pruebas y/o tratamientos para infecciones de transmisión sexual(ITS);
- Pruebas de cáncer cervical, embarazos y/o otros problemas de salud; y
- Referencias para otros servicios, si son necesarios.

(Voltee la página para alcanzar a terminar y firme el formulario de consentimiento)

Entiendo que todos los servicios serán explicados y que puedo hacer preguntas.

Entiendo que yo podría recibir información acerca de métodos de control de natalidad. Puedo hacer preguntas y rechazar cualquier método anticonceptivo que no quiera utilizar.

Entiendo que no se me negará cuidados si deba dinero de otras visitas.

Entiendo que estos servicios no incluyen cuidados de 24 horas, y que, en caso de una emergencia médica, necesitare dirigirme a una sala de emergencia y pagar sus costos.

Entiendo que mis registros médicos y los servicios que reciba son privados, excepto:

- Si un juez emite una orden de mis registros. El Neighborhood Health Center está obligado por la ley a otorgar los registros al tribunal.
- Si tengo una enfermedad reportable, El Neighborhood Health Center estará obligado a reportarlo al Departamento de Salud de Oregon.
- El estado de Oregon requiere a todo el personal del Centro de salud del vecindario reportar cualquier abuso a personas vulnerables, incluyendo niños, ancianos, personas con problemas de salud mental, discapacidad de desarrollo o que vivan en un centro de cuidado a largo plazo al departamento de servicios humanos del que haya sido testigo o se haya enterado dentro o fuera de Neighborhood Health Center.
- Entiendo que yo puedo escoger no hablar de información sensible, como la edad(es) de las parejas sexual(es), y que aun así obtendré los servicios.

Entiendo que, si recibo servicios de salud reproductiva aquí, todavía puedo solicitar u obtener servicios de otros programas. Si yo obtengo cuidados de otros programas, yo aún poder recibir servicios en el Neighborhood Health Center.

SERVICIOS DENTALES

Yo entiendo que Neighborhood Health Center trabaja en sociedad con diferentes Instituciones académicas y que puedo ser atendido por un estudiante o practicante externo que está bajo la directa supervisión de un profesional con licencia en Neighborhood Health Center. Yo autorizo a Neighborhood Health Center, sus profesionales y socios para proporcionar dicho tratamiento y esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea revocada por escrito.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante del Paciente (Si el Paciente es menor de 18)

Fecha

Relación del Representante



PERMISOS PARA COMUNICACIONES SOBRE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Los pacientes menores a los 18 años de edad pueden solicitar ciertos niveles de confidencialidad y consentimiento para varios asuntos de cuidados médicos, dependiendo de su edad. Más detalles sobre esto puede proveerse por el personal de NHC.

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
¿ESTÁ BIEN QUE NEIGHBORHOOD HEALTH CENTER SE COMUNIQUE CON USTED? <i>(por favor, marque todas las que apliquen):</i>	
1. ¿Podemos enviar facturas a su domicilio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Podemos enviar recordatorios de citas automatizados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿que tipo?	<input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Mensaje de texto
3. ¿Podemos llamarle sobre su visita/tratamiento con nosotros? Tipos de llamadas que podrían hacerse:	
Cuidados primarios (resultados de laboratorio, instrucciones médicas, referencias, medicamentos, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuidados dentales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Salud mental (seguimiento de inquietudes, referencias, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Salud reproductiva (salud sexual, tratamiento de ITS, resultados de pruebas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comunicación Preferido: <input type="checkbox"/> No contacte <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico de MyChart <input type="checkbox"/> No tiene preferencia	
Si su respuesta a uno de los anteriores es "No", ¿Cómo podemos comunicarnos con usted sobre sus cuidados médicos?	
Nombre del contacto: _____	
Número de teléfono: _____	
<small>*Si se registra en MyChart, toda su información está disponible en línea. Pídale a la recepcionista que le ayude a inscribirse en MyChart*</small>	
¿CON QUIÉN PODEMOS HABLAR SOBRE SUS CUIDADOS MÉDICOS? Y COTACTOS DE EMERGENCIA <i>(NOTA: esto no es una autorización para divulgar sus registros médicos):</i>	
Yo autorizo a Neighborhood Health Center para hablar con la siguiente persona, directamente o por teléfono: <input type="checkbox"/> No se aplica	
Nombre: _____	
Relación _____	Teléfono: _____
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente
Con respecto a <i>(marque todas las que apliquen):</i>	<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas <input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes
<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Nombre: _____	
Relación _____	Teléfono: _____
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente
Con respecto a <i>(marque todas las que apliquen):</i>	<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas <input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes
<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Nombre: _____	
Relación _____	Teléfono: _____
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente
Con respecto a <i>(marque todas las que apliquen):</i>	<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas <input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes
<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Otro: _____

INDIQUE UN REPRESENTANTE LEGAL, TUTOR LEGAL, CARTA PODER, ETC., SI HAY ALGUNO (provea una evidencia)

Nombre: _____ No se aplica

Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

FIRMA REQUERIDA (abajo):

Esta autorización puede cambiarse o revocarse por escrito en cualquier momento y permanecerá vigente hasta un (1) año a partir de la fecha indicada abajo. Al firmar abajo, reconozco que este documento se me entregó en mi idioma por escrito o leído para mí en su totalidad.

Firma (paciente/tutor legal)

Fecha

Nombre (con letra de molde)

Relación



VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Choose an item.

Pacientes que van a aplicar para el descuento de tarifa reducida tiene que declarar sus ingresos a la hora de su cita. También deben llenar un formulario de verificación de ingresos y proporcionar prueba del ingreso bruto (ingreso antes de impuestos) como se describe a continuación. Los pacientes de nuestro programa Título X no necesitan de este requisito.

Ingresos tendrán a ser verificados una vez al año. Si un paciente tiene un cambio en sus ingresos, es su responsabilidad de notificar a Neighborhood Health Center de ése cambio.

(*) Se requiere que los pacientes proveer por lo menos uno de lo siguiente:

1. Impuestos (declaración de impuestos) del año pasado
2. W-2 del año pasado
3. 2 talones de pago más recientes
4. Carta de su empleador
5. Talones de cheque del desempleo (los últimos 4, si sea posible)
6. Declaraciones bancarias anteriores de 3 meses
7. Las personas que trabajan por cuenta propia deben proporcionar su declaración de impuestos del año anterior y los últimos 3 meses de ingresos

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Elegibilidad para el descuento de tarifa reducida es basada en los ingresos totales del hogar. Por favor liste todos los miembros de la familia dentro de este hogar y combine su ingreso mensual para el descuento de escala móvil.

Familiar : _____ Fecha de nacimiento: _____

Familiar : _____ Fecha de nacimiento: _____

Familiar : _____ Fecha de nacimiento: _____

Familiar : _____ Fecha de nacimiento: _____

Familiar : _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de familiares en el hogar: _____ Cantidad mensual combinada de nómina \$ _____

Frecuencia de sueldo : ___ Semanalmente ___ Quincenal ___ Dos veces al mes ___ Mensualmente

Firma del paciente o representante: _____ **Fecha:** _____

2018 GUÍA FEDERAL DE POBREZA		USO DE OFICINA	
Tamaño de familia	Ingreso mensual 200% ó menos	Household Monthly Income According to Documentation	\$ _____
1	\$2,023.00	Documentation Type:	_____
2	\$2,743.00	Reviewed By:	_____
3	\$3,403.00		
4	\$4,183.00	Date	_____
5	\$4,903.00		
6	\$5,623.00		
7	\$6,343.00		
8	\$7,063.00		

Familias con más de 8 miembros, añade \$720.00 por cada uno



Nombre del paciente: _____

HISTORIA DENTAL

- 1. Esta es su primer visita con un dentista? SI NO
- 2. Usted tiene dolor de dientes, encias sangrando o dientes sensibles? SI NO
- 3. Usted nunca ha tenido alguna lesion en su cara o mandibula o tiene dolor en su mandibula? SI NO
- 4. Usted nunca ha tenido algun problema asociado con el tratamiento dental SI NO
- 5. Usted cepilla sus dientes y usa hilo dental diaramente? SI NO
- 6. Usted recientemente usa o ha usado tabaco?..... SI NO
 Explique _____
- 7. Usted usa tabletas o enjuages con fluoruro? SI NO
- 8. Que tipo de tratamiento dental cree Usted que necesita? _____

HISTORIA MEDICA

La siguiente informacion es necesaria para que Usted pueda recibir un tratamiento dental y esta sera totalmente confidencial. El tratamiento dental, no sera rechazado si existiera alguna condicion medica.

- 1. Esta Usted recibiendo algun tipo de tratamiento medico o ha sido Usted hospitalizado? SI NO
- 2. Usted ha tenido alguna enfermedad o cirujia recientemente? SI NO
- 3. Esta Usted tomando algun medicamento recetado, o sin receta medica, o hierbas medicinales?..... SI NO
 Mencione cuales _____
- 4. Es Usted alergico a algun medicamento o latex? SI NO
 Mencione cuales _____
- 5. Usted nunca ha tenido alguna hemorragia que haya requerido tratamiento medico? SI NO
- 6. Si es mujer, esta Usted embarazada? SI NO. Si su respuesta es si, cuando es el parto? _____
- 7. Mencione quienes son sus medicos de tratamiento y sus numeros telefonicos:

8. Por favor indique cual de lo siguiente Usted ha tenido o tiene.
- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Presion Alta | Protesis de valvula cardiaca | Alergias | Osteoporosis |
| Enfermedad del corazon/Cirujia | Cardiopatia Congenita | Tuberculosis | Artritis |
| Soplo Cardiaco | Epilepsia | Tratamiento Psyquiatico | Derrame Cerebral |
| Articulaciones Artificiales | Dolor de Cabeza/Migrana | SIDA o VIH Positivo | Cancer/Quimioterapia |
| Enfermedad Renal | Hepatitis/Enfermedad del Hgado | Sinusitis | Disfuncion Erectil |
| Enfermedades venereas | Nerviosismo | Transplante de Organos | Uso de Esteroides |
| Diabetes | Desmayos/mareos | Transfusion de Sangre | Anemia |
| Dolor de Pecho/Angina | Bisfosfonatos | Dependencia de Alcohol/Drogas | Glaucoma |
| Endocarditis | Ulceras | Asma | Ninguna de las mencionadas |

- 9. Tiene Usted alguna enfermedad o condicion que no este mencionado arriba? SI NO
 Explique: _____

Certifico que la información suministrada es completa y correcta. Cualquier tratamiento necesario lo autorizo.

Firma del Paciente o Tutor Legal _____ **Fecha** _____

Precauciones para un Tratamiento Dental: