



**SAMUEL DIXON FAMILY HEALTH CENTERS, INC.
FORMA DE REGISTRO**

Esta información es confidencial y es para el uso de la clínica solamente.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DOMICILIO: _____

Ciudad Estado Código Postal

1. Número de Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Número de Seguro Social: _____ Género de Nacimiento: _____
2. Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Divorciado(a) _____ Viudo(a) _____ Otro _____
3. Correo Electrónico: _____
4. Numero en Caso de una Emergencia: _____ Nombre: _____ Relación: _____
5. Género del responsable del hogar: Masculino ___ Femenino ___ ¿Es un veterano(a) de los EU? Sí ___ No ___
6. Ocupación del responsable del hogar: _____ Su Ocupación: _____
7. ¿Trabaja usted como trabajador migrante? Sí ___ No ___ ¿Trabajador estacional? Sí ___ No ___
8. ¿Se considera usted sin domicilio? Sí ___ No ___ ¿Es residente de una casa pública? Sí ___ No ___
9. ¿Se considera usted deshabilitado(a) (*marque todas las que aplican*)? Mentalmente ___ Físicamente ___
10. ¿Directivas Anticipadas? Sí ___ No ___ OFFICE USE ONLY: Information given? Yes ___ No, patient declined ___
11. ¿Cuál es su idioma principal? _____ ¿Qué idioma escribe? _____
12. ¿Cuál es su idioma principal, hablada y escrita? Inglés ___ Español ___ Otro _____
13. **Nombre de la madre y el apellido de soltera:** _____

Origen Racial

*Marque un **X** para toda opción que aplique:*

- _____ Indio(a) Indígena o Nativo(a) de Alaska
- _____ Negro(a)/Africano Americano(a)
- _____ Nativo(a) de Hawái o las islas del Pacífico
- _____ Asiático(a)
- _____ Blanco(a)

Grupo Étnico:

Por favor elija uno:

- ¿Está Ud. Hispano(a)/Latino(a)?
- _____ Sí
- _____ No
- _____ **No quiero responder**

Orientación Sexual (*circulé uno*): Heterosexual Gay/Lesbianas Bisexuales Otro No sé Niega a responder

Identidad de Género (*circulé uno*): Hombre Mujer Transgénero Hombre Transgénero Mujer Otro Niega a responder

14. Persona responsable del pago: _____

15. El Nombre de su principal Aseguraza Médica: _____

16. Parentesco al Asegurado: Usted mismo _____ Esposo(a) _____ Hijo(a) _____ Otro _____

Estoy declarando bajo pena de perjurio que mi ingreso **mensual** total es \$ _____ para el tamaño de la familia donde hay _____ dependientes incluyendo yo mismo viviendo en casa. Si es pertinente, Como prueba de mis ingresos yo les puedo demostrar los últimos tres talones de cheques o una copia de mi última declaración de impuestos.

Yo declaro que la información que le he dado es correcta. Puedo verificar con documentos cuando sea necesario.

Autorización: Yo autorizo Samuel Dixon Family Health Centers que entregue información a la a seguridad médica, respecto a enfermedad/accidental, y yo declaro asignar a la clínica todo pago por servicios médicos. Y entiendo que soy responsable de todos los pagos, aunque estén cubiertos por el seguro médico.

**Samuel Dixon Family Health Center, Inc.
Reconocimiento de Noticia de Privacidad**

Mi firma indica que he leído o me han explicado la noticia de privacidad y que entiendo mis derechos.

Doy mi permiso a SAMUEL DIXON FAMILY HEALTH CENTER, INC. que revele mi información medica para razones de tratamiento, pago, o operaciones de el centro de salud. Entiendo que cualquier otra ocasión de revelación de mi información medica yo debo autorizarla por escrito. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma

Fecha

Nombre en Molde

Telefono

Si no es firmado por el paciente, indique relación:

_____ Padre o guardián legal de niño menor.

_____ Guardián o defensor de adulto incompetente

Nombre del paciente _____

Este reconocimiento será mantenido en el expediente.

NPP Information given to patient



Samuel Dixon Family Health Centers, Inc.

Val Verde 30257 San Martinez Road Val Verde, CA 91384 Tel: 661-257-4008 Fax 661-257-3056	Newhall 23772 Newhall Ave. Newhall, CA 91321 Tel: 661-291-1777 Fax: 661-255-1208	Canyon Country 27225 Camp Plenty Road, Suite 2 Canyon Country, CA 91351 Tel: 661-424-1220 Fax: 661-424-1273
---	---	--

FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico o de cirugía que puede incluir medicamentos recetados por el proveedor de servicios. Tengo entendido que un simple tratamiento o diagnóstico, como inyecciones pueden tener complicaciones. En tal caso más consultas con el proveedor de servicios pueden ser necesarias. Samuel Dixon Family Health Centers, Inc. hará referencias para servicios especializados que no podamos atender aquí. La información obtenida por la Clínica Samuel Dixon Family Health Centers es confidencial. El expediente médico es obtenido únicamente con autorización escrita por el paciente, padre o guardián si el paciente es menor de edad.

Yo tengo entendido que cualquier información adicional yo debo de autorizarla por escrito.

Entiendo también que tengo derecho a rechazar o terminar el cuidado y servicios en cualquier momento.

Sea por favor consiente que su información puede ser tomada durante auditorias que proveen fondos a nuestra fundación; o Azeguranzas que proporcionan beneficios, sin el consentimiento previo del paciente.

- Si el/la paciente no puede firmar, una persona responsable debe firmar como testigo.
- Firma de padres o personal responsable es necesaria si el paciente es menor.

Fecha: _____

Firma: _____

Testigo: _____

SAMUEL DIXON FAMILY HEALTH CENTER

DATOS MEDICOS PERSONALES

(por favor complete ambas paginas
tan exactamente como sea posible)

Nombre: _____ Ficha medica #: _____
 Fecha de hoy _____ Edad _____ Sexo _____ Estatura _____ Fecha de nacimiento _____
 Estado civil: () Casado/a () Soltero/a () Separado/a () Divorciado/a () Viudo Ocupacion: _____

Por favor, escriba una lista de sus problemas actuales:

Alergias: () Ninguna () Si, Enumerelas, incluya medicinas, alimentos, potens:

Medicinas actuales y Dosis: () Ninguna () Si, Incluya tambien las medicinas que no necesitan receta y vitaminas:

1	5	9
2	6	10
3	7	11
4	8	12

Enfermedades que ha tenido en el pasado:	Si	No	No se		Si	No	No se		Si	No	No se
Sarampion				Paperas				Migranas			
Rubeola				Fiebre reumatica				Varicela			
Mononucleosis				Meningitis				Hernia			
Pulmonia				Diabetes				Sifilis			
Enfisema				Problemas tiroides				Enf. Venereas			
Asma				Gota				Colapso nervioso			
Piedras (rinones)				Cancer (tipo)				Atentados de suicidio			
Infeccion (rinones)				Colitis				Depresion (requiere medicinas)			
Ulceras				Diverticulitis				Abuso de drogas/alcohol			
Hepatitis				Colon nervioso				Lesion seria en la cabeza			
Enf. del higado				Ataques al corazon				Transfusiones			
Enf. de la vesicula				Murmullos en el corazon				Otras enfermedades graves/lastimaduras			
Sida				Derrames cerebrales							
Tendencia a sangrar				Presion alta							
Tuberculosis				Probl. corazon							
Test Tuberculosis positivo				Epilepsia/ataques							
Hombres solamente	Si	No	No se		Si	No	No se		Si	No	No se
Enlargamiento prostata				Infeccion prostata				Epidimitis			
Problemas testiculos				Infecciones orina				Otras			
Mujeres solamente	Si	No	No se		Si	No	No se		Si	No	No se
Papanicolau anormal				Cistes (ovarios)				Cistes benignos pecho			
Fibroides uterinos				Infecciones orina				Infeccion pelvis			
Trasornos premenstruales				Anticonceptivos (tipo)				Periodos dolorosos			
Edad ler. Periodo				Fecha del ultimo periodo				Periodos regulares?			
Numero embarazos				numero de hijos				# Abortos: naturales provocados			

Operaciones: Tipo/año: () Ninguna

1	4	7	
2	5	8	
3	6	9	

Exámenes medicos que ha tenido (Fechas)	Si	No	No se		Si	No	No se		Si	No	No se
Fisico				Examen materia fecal				Mamograma			
Papanicolau anormal				(sangre oculta)				Test tuberculina			
Otras:				Sigmoidoscopia							
Inmunizaciones	Si	No	Fecha		Si	No	Fecha		Si	No	Fecha
Tetano				Pulmonia				Rubeola			
Sarampion				Polio				hepatitis			
Tuberculosis (BCG)				Gripe/Influenza				Otras			

DATOS MEDICOS PERSONALES (CONTINUA)

Nombre:

Ficha medica #

Antecedentes medicos en su familia	Si vive, edad y estado de salud	Si falecio edad al fallecer y causa	Algun pariente consaguineo ha tenido:			
			Ataque al corazon	Si	No	Quien
Abuelo paterno			Enfermedades del corazon			
Abuela paterna			Presion arterian alta			
Abeulo materno			Derrame cerebral			
Abela materna			Cancer de pecho			
Padre			Cancer de pecho			
Madre			Tipo -			
Hermano(s)			Diabetes que requiere insulina			
Hermana(s)			Diabetes que no requiere insulina			
			"Sickle cell Disease"			
			(Anemia de celulas faliaifromes)			
			Asma			
Hijo(s)			Tuberculosis			
			Enfermedades de la tiroides			
			Problemas emocionales			
Hija(s)			Abusos de alcohol / droga			
			Migrahas			
			Tendencia a sangrar			
			Otras			
Esposo/a						
COSTOMERS: FUMAR -				Si	No	
Fuma ahora?						
Ha fumado alguna vez?						
Cuantos paquetes fuma / ha fumado por dia?						
Por cuantos anos? Si ha dejado de fumar, cuando?						
Que fuma / ha fumado? Cigarillos () Ciagarros () Pipa ()						
BEBIDA-				Si	No	
Bebe alcohol?						
Ha tenido alguna vez problemas con el alcohol?						
Con que frecuencia bebe ud alcohol? raramente () 1 vez por semana mas, de 5 veces por semana ()						
Que bebe ud? Cuantas tazas de café por dia?						
DROGAS-				Si	No	
Usa drogas?:						
Cuales?						
Con que frecuencia? raramente () una vez por mes () semanalmente () dilariamente ()						
EJERCICIO-				Si	No	
Hace ejercicio regulamente?						
Que tipo de ejercidio ?						
Con que frecuencia?						
PRECAUCIONES- usa cinturón al manejar? nunca() raramente() algunas veces() la mayorfa del tiempo() siempre()						
RELACIONES- cual es su preferencia sexual? hombres solamente () mujeres solamente () ambos ()						
Con cuantas personas ha tenido contacto sexual durante el ultimo ano? 0-1 () 2-5 () mas de 5 ()						