

## Registración del Paciente

Nos complace darle la bienvenida a nuestra oficina. Por favor, tome unos minutos para llenar completamente el formulario. Si usted tiene alguna pregunta estaremos encantados de ayudarlo.

### 1. Información del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_ Es usted veterano de U.S.? \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Femenino  Transexual  Estatus Matrimonial: Soltero  Casa  Divorciado  Viudo

### 2. Domicilio y Teléfono

Marque esta caja si esta información es la misma para toda la familia: Si  No

\_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

El dirección es el mismo que esta mencionado  Dirección de Correo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### 3. Estatus de Empleo

Cual es su estatus de empleo? Tiempo completo  Parte de tiempo  Desempleado  Retirado  Estudiante

\_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Domicilio del Empleador \_\_\_\_\_

### 4. Información del Garante

Completa esta sección si usted es el padre del paciente o es el responsable del pago de la factura.

\_\_\_\_\_

Nombre (Garante) \_\_\_\_\_ Apellido (Garante) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Domicilio del Empleador \_\_\_\_\_

Relación al paciente: Usted mismo  Esposo(a)  Padre  Tutor legal/ Conservador

### 5. Seguridad Primaria

Su relación al suscriptor: Usted mismo  Espos(a)  Hijo(a)

Nombre del suscriptor	Numero de Identificador del suscriptor	Fecha de nacimiento
Teléfono	Empleador	Compañía de Seguro
Nombre del Grupo	Número del Grupo	Número de Seguro Social

\*por favor de presentar su tarjeta de seguridad a la recepcionista

### 6. Seguridad Secundaria

Su relación al suscriptor: Usted mismo  Espos(a)  Hijo(a)

Nombre del suscriptor	Numero de Identificador del suscriptor	Fecha de nacimiento
Teléfono	Empleador	Compañía de Seguro
Nombre del Grupo	Número del Grupo	Número de Seguro Social

\*por favor de presentar su tarjeta de seguridad a la recepcionista

### 7. Contacto de Emergencia

A quien debemos de llamar en caso de emergencia?

Nombre	Apellido	Teléfono	Relación al paciente
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal

### 8. Preferencia de contacto

Como le gustaría que nos contactáramos con usted sobre sus citas? Teléfono de Casa  Teléfono de Trabajo  Celular  Email

Le gustaría recibir comunicaciones vía correo electrónico? (por ejemplo recordatorios, noticias, boletines)? Si  No

Como se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

Su visita es debida a una lesión en el trabajo o en accidente automovilístico? Si  No

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta factura a mi compañía de seguros, y solicitar el pago de beneficios a Rolling Hills Clinic. Reconozco que soy financieramente responsable del pago aunque no se cubierto por el seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o Tutor) Fecha

#### Official Use Only:

Proof of Guardianship Received	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Signature of Witness	Date
Scanned/Copied to Chart	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

# Health History (SPA)

## Historia de la Salud

Nos da gusto darle la bienvenida a nuestra oficina. Por favor tome unos minutos para llenar esta forma lo más completa que pueda. Si tiene alguna pregunta, con gusto lo ayudaremos.

### Información del Paciente

Nombre	Apellido	Segundo Nombre	Sexo	Estado Civil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	
Fecha de Nacimiento	Seguro Social	Correo Electrónico		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Número de Teléfono de Casa	Marque esta caja si el domicilio y numero de teléfono son el mismo para toda la familia			Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### 1. El Problema Médico o Dental de Hoy:

### 2. Drogas y Medicamentos

¿Está usted tomando cualquier medicamento recetado o sin receta? Si tiene más medicinas o no puede recordar sus nombres, por favor traiga todos los pomos de todas sus recetas o una lista actualizada de sus medicamentos.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 3. Condiciones del Presente o el Pasado

Por favor indique cualquier condición con la cual usted ha sido diagnosticada o alguna vez fue diagnosticado.

Sí No	Sí No	Sí No
<input type="checkbox"/> Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Fatiga/Cansado Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas Estomacales/Ulceras
<input type="checkbox"/> Dolor de Articulación / Inflamación	<input type="checkbox"/> Problemas de la Orina/Riñones	<input type="checkbox"/> Glaucoma/Problemas con los Ojos
<input type="checkbox"/> Cambios en su Peso	<input type="checkbox"/> Embolia	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Soplo del Corazón	<input type="checkbox"/> SIDA o VIH	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado
<input type="checkbox"/> Marcapasos Cardíaco	<input type="checkbox"/> Enfermedades Transmitidas Sexualmente	<input type="checkbox"/> Desorden Mental/ Nerviosa
<input type="checkbox"/> Tobillos Inflamados	<input type="checkbox"/> Hepatitis A B C	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral	<input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/> Desorden Bipolar
<input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulación o Implante	<input type="checkbox"/> Alta Colesterol	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia
<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Fiebres de Heno/Alergias	<input type="checkbox"/> Discapacidades de Desarrollo
<input type="checkbox"/> Baja Presión Sanguínea	<input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Demencia
<input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Necesidades Especiales
<input type="checkbox"/> Terapia de Radiación	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>

### 4. Otras Condiciones o Necesidades Especiales

Si tiene usted alguna otra condición que no fue mencionada arriba, por favor descríballo abajo con cualquier información que nos pueda ayudar a entender su medida e historia.

### 5. Farmacia ¿Cual farmacia prefiere para sus recetas?

Official Use Only

Chart Reviewed by

**6. Alergias** ¿Es usted alérgico a o tenido alguna reacción a lo siguiente? Por favor marque lo que aplique:

Sí	No	Sí	No	Sí	No	Por favor escriba otras sustancias que causen alergias:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**7. Preguntas para Mujeres**

¿Está embarazada o piensa que puede estar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Por favor indique la fecha:
¿Está tomando anticonceptivos orales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Último periodo de menstruación _____
¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Último mamograma _____
			Último Papanicolaou _____

**8. Historial Médico de la Familia** ¿Algunas de las siguientes condiciones están presentes en su familia?

Ninguna  Diabetes  Hipertensión  Ataque Cardíaco  Embolia  Cáncer  Otro: \_\_\_\_\_

**9. Inmunizaciones** Por favor indique la fechas: Tétano \_\_\_\_\_ Influenza \_\_\_\_\_ Neumonía \_\_\_\_\_

**10. Colonoscopia** ¿A tenido usted una colonoscopia?  Sí  No ¿Si es que sí, cuando? \_\_\_\_\_

**11. Historia Social**

¿Ha utilizado alguna vez Phen-Fen o Redux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí No
¿Tiene usted un historial de uso de drogas recreativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, indique qué tipo: _____
¿Usted fuma o mastica tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, ¿cuánto por día? _____
¿Usted bebe bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, ¿cuántas bebidas por día? _____
¿Tiene usted un historial de violencia doméstica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Por favor, explique: _____

**12. Premedicación** ¿Tiene usted que tomar antibiótico antes de recibir tratamiento dental?  Sí  No  No estoy seguro

**13. Cirugías y Hospitalizaciones** ¿Ha sido hospitalizado para cualquier operación quirúrgica o enfermedad grave en los últimos 5 años? Por favor anote cirugías y en qué año:

**14. Síntomas Médicos Actuales** Marque todos los síntomas que está experimentando actualmente.

<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Dolor estomacal	<input type="checkbox"/> Sarpullido
<input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Diarrea o Constipación	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Fatiga/Cansado Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Problemas Urinarios	<input type="checkbox"/> Andador o audífono
<input type="checkbox"/> Inflamación de los piernos	<input type="checkbox"/> Cambios in su Peso	<input type="checkbox"/> Dolor de Articulación/Inflamación	<input type="checkbox"/> Otro _____

**15. Condiciones Dentales, Tratamiento y Aparatos Actuales**

<input type="checkbox"/> Las encías sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental	<input type="checkbox"/> Crujido en la mandíbula
<input type="checkbox"/> Sensibilidad dental a los alimentos fríos o calientes y líquidos	<input type="checkbox"/> Dificultad para masticar
<input type="checkbox"/> Sensibilidad dental a los alimentos dulces o amargos y líquidos	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes
<input type="checkbox"/> La presencia de úlceras o bultos en o cerca de la boca	<input type="checkbox"/> Aprieta los dientes
<input type="checkbox"/> Dolor en una ubicación específica	<input type="checkbox"/> Rechina los dientes
<input type="checkbox"/> Historia de heridas de la cabeza, cuello, o mandíbula	<input type="checkbox"/> Sangrado prolongado
<input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula	<input type="checkbox"/> Tratamiento de ortodoncia
<input type="checkbox"/> Dificultad de apertura o cierre	<input type="checkbox"/> El uso de placa completa o parcial
<input type="checkbox"/> Morderse los labios y las mejillas con frecuencia	<input type="checkbox"/> Ronca mientras duerme

**16. Autorización y Liberación**

Yo certifico que he leído y entendido la información anterior a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Si alguna vez tengo algún cambio en mi información personal, el estado de salud, o la medicación, voy a informar al proveedor en la próxima cita sin falta. El cliente que suscribe, el paciente y / o familiar responsable o tutor le da permiso para que la Clínica de Rolling Hills administre el tratamiento médico o asesoramiento cuando sea necesario ahora o en cualquier momento durante el período en que el cliente / paciente se encuentra en nuestro cuidado.

Official Use Only Chart Reviewed by:

Nombre del Paciente (por favor escribir) \_\_\_\_\_

Firma del Paciente (o padre/ tutor legal) \_\_\_\_\_

## Acuerdo Financiero y Notificación de Políticas de Privacidad

Cuidado de calidad para nuestros pacientes es nuestra prioridad. Por favor, tome unos minutos y revise el acuerdo financiero y notificación de política de privacidad y firme donde indica formulario. Si tiene alguna pregunta, por favor háganoslo saber.

### Información Personal

Nombre	Apellido	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento
--------	----------	----------------	---------------------

### Acuerdo Financiero

Bridgeport Family está comprometido a proveer el más alto nivel profesional de atención médico / dental y servicio personalizado. Por cada compromiso existe la obligación de proporcionar cuidado y servicio de calidad. Inversa, es la responsabilidad del paciente / tutor cumplir con sus obligaciones financieras.

Puesto que nuestra clínica acepta diversos planes de seguro, es imposible que conozcamos todos los beneficios cubiertos, co-pagos y deducibles de cada plan. Aunque es nuestra intención de ayudarlo, sigue siendo su responsabilidad de asegurar que todos los servicios rendidos por Bridgeport Family en su nombre se paguen en su totalidad. Para pacientes cuyo seguro se proporciona mediante un plan con el cual contratamos, someteremos un reclamo de seguro, pero nuestra oficina anticipa pagos el mismo día de servicio de todos los copagos, deducibles y servicios no cubiertos.

Los planes de tratamiento pueden cambiar; Yo entiendo que soy responsable por el tratamiento realizado.

Entiendo que si comienzo tratamiento importante que implica trabajo de laboratorio, sere responsable por la tarifa en ese momento.

Si soy enviado a colecciones, estoy de acuerdo en pagar todas las cuotas correspondientes y costos judiciales.

Acepto pagar un cargo financiero del 1,5% mensual (18% Anual sobre saldos pasados de 90 días.

Es importante que traiga comprobante de seguro cada vez que visite la clínica. El no hacerlo puede resultar en no ser visto o ser obligado a pagar en completo los servicios prestados. Rolling Hills Clinic acepta efectivo, cheques o tarjetas de crédito. Comprobante de elegibilidad de Medicare, MediCal y compañías de seguros contratados son responsabilidad del paciente. Si la compañía de seguros reporta que el paciente no es elegible, el paciente es responsable por pagos completos de los cargos, incluso si la litigación está pendiente. Por favor, haga todo lo posible de dejarnos saber si su seguro (primario o secundario) o información personal (dirección, empleador, o número de teléfono) ha cambiado desde su última visita. Entendemos que la cobertura del seguro es muy confusa para mucha gente, y estamos comprometidos a ayudarlo con cualquier pregunta que usted pueda tener. Sienta por favor libertad de llamar a nuestra oficina.

### Autorización para liberación y Asignación de Beneficios

La liberación de Beneficios y Información: Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a la clínica de

Soy financieramente responsable de cualquier balance. Autorizo a Rolling Hills Clinic para liberar toda información necesaria para el procesamiento de una reclamación. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro ya sea manual o electrónica.

Fecha

Firma del Feador / Responsable

Nombre del Feador / Responsable

### Notificación de Política de Privacidad

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de la Notificación de prácticas de privacidad de HIPAA. Entiendo que estoy dando mi permiso a la clínica para la divulgación de mi información de salud protegida referente a mi tratamiento médico y dental. El propósito de esta información es brindar al paciente la mejor atención posible en relación con sus tratamientos médicos y dentales, referencias, recetas, actividades de pago y operaciones de atención médica. Su información no será vendida a empresas externas. También entiendo que tengo el derecho de revocar este permiso en cualquier momento. Entiendo que esta información también puede ser utilizada para contactar al paciente para recordarle sus citas de atención médica o dental en la clínica. Doy mi permiso a la clínica para dejar mensajes a personas o máquinas de correo de voz a los números de teléfono que he proporcionado.

La información del paciente puede ser entregada a las siguientes personas mencionadas a continuación:

Nombre	Relación
Nombre	Relación
Nombre	Relación

He leído y comprendido la Notificación de Política de Privacidad, como se describe más arriba de Rolling Hills Clinic.

_____ Firma del Paciente o Guardián	_____ Fecha
_____ Nombre del Paciente o Guardián	

#### Official Use Only:

Proof of Guardianship Received   \_\_\_\_\_  
 Scanned/Copied to Chart   Signature of Witness \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Patient refused or denied to sign   
 Communication barrier prohibited obtaining acknowledgement   
 Emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement