

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estado matrimonial	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
Por favor, cuéntenos sobre su situación de vida: Toda la información es confidencial.	<input type="checkbox"/> Yo/soy dueño/ o alquilo casa / apartamento <input type="checkbox"/> Yo/hemos estado sin hogar en el último año y tenemos vivienda ahora (Transicional) <input type="checkbox"/> Vivo con amigos/familiares porque no tengo otra opción <input type="checkbox"/> Vivo en un refugio (Vivienda de corto plazo como HOPE, SOS, Haven, etc.) <input type="checkbox"/> Quedarme en una instalación de tratamiento in a (Transicional) <input type="checkbox"/> Vivir en la calle, al aire libre, o en un carro / Casa Movil / campista (calle) <input type="checkbox"/> Vivir en algún lugar no destinado a ser un hogar - sin agua corriente o calefacion (Otros desamparados) <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Ha estado sin hogar en cualquier momento en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha: _____ ¿Le preocupa perder su vivienda? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Situación Militar	<input type="checkbox"/> Servicio militares activas <input type="checkbox"/> Jubilado Militar <input type="checkbox"/> Veterano	
Employment Status	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante, a qué escuela asistes? _____ <input type="checkbox"/> Estudiante de medio tiempo	
Estado de Empleo		Ocupación
Si se emplea en agricultura:	<input type="checkbox"/> Inmigrante <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Empleado todo el año	
Farmacia Preferida	Nombre de Farmacia: _____ Dirección de Farmacia: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____	
Directiva Avanzada	¿Tiene actualmente una Directiva Avanzada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, deseas mas informacion al respecto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Recibes los servicios de cualquiera de las siguientes agencias?	<input type="checkbox"/> Community Network Services (CNS) <input type="checkbox"/> Training and Treatment Innovations (TTI) <input type="checkbox"/> Easter Seals (ES) <input type="checkbox"/> Community Living Services (CLS) <input type="checkbox"/> Oakland Family Services (OFS) <input type="checkbox"/> Community Housing Network (CHN) <input type="checkbox"/> Common Ground <input type="checkbox"/> Macomb Oakland Regional Center (MORC) <input type="checkbox"/> Ningun	
¿Por favor dirnos como escucho sobre Honor Community Health? _____		
<p>HONOR COMMUNITY HEALTH se dedica a asegurar que usted tiene acceso a nuestros servicios y nuestro personal está disponible para ayudarle a determinar si usted es elegible para una variedad de opciones de cobertura de beneficios de salud. A nadie se le niega el cuidado debido a la incapacidad de pagar. Estas opciones pueden incluir la capacidad de pago basándose en descuentos por tarifas deslizantes, servicios especiales proporcionados por subvenciones o cobertura de atención médica financiada por el público. En muchos casos, nuestro personal puede ayudar a los pacientes calificados con el proceso de inscripción o evaluación. HONOR COMMUNITY HEALTH ofrece tarifas descontadas para pacientes calificados que no pueden pagar la tarifa completa por servicios. Como organización sin fines de lucro, recibimos fondos de fuentes de financiamiento locales, estatales, federales y de subvenciones, y estamos obligados a recolectar información financiera de nuestros pacientes para continuar recibiendo esta financiación. Toda la información permanecerá confidencial. Al declinar proporcionar la información financiera solicitada, usted será inelegible para recibir ayuda financiera para su cuidado.</p>		

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

<p>¿Cuál es su ingreso total en el hogar? (Esto es confidencial y sólo se informa anónimamente)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - \$10,000 <input type="checkbox"/> \$30,001 - \$40,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$10,001 - \$20,000 <input type="checkbox"/> \$40,001 - \$50,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$20,001 - \$30,000 <input type="checkbox"/> \$50,001 o más</p>	<p>¿Cuántos familiares viven en su hogar?</p> <p>_____</p>
<p><input type="checkbox"/> Elegí no responder a las preguntas anteriores sobre los ingresos de mi hogar y los individuos en la casa.</p>	

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA				
Nombre			Relación	
Número de casa		Teléfono móvil		Estado/Ciudad
PROVEEDOR DE SALUD				
¿Tiene usted un proveedor de atención médica anterior?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo:	
¿Tiene usted un dentista?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo:	
SEGURO PRIMARIO (Se le pedirá que muestre su tarjeta en la cita)				
Nombre del titular de la póliza _____				
Nombre de la compañía de seguro _____ Fecha inicial de la política _____				
Número de política/identificación _____ Número de grupo/plan _____				
Dirección de reclamo _____				
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____				
SEGURO SECUNDARIO – si es apropiado (Se le pedirá que muestre su tarjeta en la cita)				
Nombre del titular de la póliza _____				
Nombre de la compañía de seguro _____ Fecha inicial de la política _____				
Número de política/identificación _____ Número de grupo/plan _____				
Dirección de reclamo _____				
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____				
PARA USO EN LA OFICINA	Fecha Ingresada	Iniciales de Personal		

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIA DE LA SALUD

¿Alguna vez ha sido hospitalizado, excepto para la cirugía?

Sí No Si la respuesta es Sí, especifique a continuación

Motivo de la hospitalización	Fecha
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Has estado en la sala de emergencias en los últimos 12 meses?

Sí No Si la respuesta es Sí, especifique a continuación

Motivo de la visita a la sala de emergencias	Fecha
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Cirugías pasadas	Problemas / Condiciones / Enfermedades	Fecha
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor, liste todos los médicos que ha visto en los últimos 12 meses:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor, liste todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluyendo: recetas, sin receta, y medicamentos herbales / holísticos. Por favor, indique la dosis y la cantidad.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Tienes alguna alergia? (Alimentos, medicamentos o alergias ambientales)

Sí No Si la respuesta es Sí, especifique a continuación

Alergia	Reacción
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Tiene usted o algún familiar de sangre: (Por favor escriba quién fue diagnosticado, es decir, hermano, hermana, tía, tío, hijos)

	Mí mismo	Relativo(especificar)		Mí mismo	Relativo (especificar)
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Uso de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Cáncer colorectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Pólipos rectales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____			

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por favor circule (Y) Sí o (N) No:

Toma bebidas con cafeína?	S / N
Sus hábitos alimenticios han cambiado en el últimos 6 meses	S / N
Sales de la casa más de 3 veces a la semana?	S / N
¿Hace ejercicio regularmente?	S / N
Orinas a menudo?	S / N
¿Siente que esta sobrepeso o peso insuficiente	S / N
¿Ha tenido un examen físico en el el año pasado?	S / N
¿Ha recibido una vacuna contra la gripe? los últimos 12 meses?	S / N
¿Alguna vez ha tenido positiva en la prueba Tuberculosis (TB)?	S / N
¿Ve al dentista por lo menos una vez al año?	S / N
¿Tiene transporte confiable?	S / N

¿Tiene problemas para comprar o Cómo obtener sus medicamentos?	S / N
¿Tiene dificultad / dificultad con las actividades diarias?	S / N
¿Siente sed la mayor parte del tiempo?	S / N
¿Se siente deprimido?	S / N
¿Te sientes maltratado, emocional o sexualmente emocional o sexualmente?	S / N
¿Se siente enojado a menudo?	S / N
¿Alguna vez has usado tabaco?	S / N
¿Actualmente usa tabaco? En caso afirmativo, ¿durante cuánto _____ años?	S / N
¿Usas drogas? (Marihuana, cocaína, heroína, etc.)	S / N
¿Consume alcohol? En caso afirmativo, ¿cuántas veces por semana? _____	S / N

Enumere los países que ha visitado en el último año: _____

PARA MUJERES

Fecha de la última menstruación: _____

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____

¿Alguna vez ha tenido una anomalía ¿Prueba de Papanicolaou? S / N

La última fecha de Mamografía: _____

¿Alguna vez ha tenido una anomalía del mamograma S / N

¿Revisa sus senos mensualmente? S / N

Si tiene más de 50 años de edad, ¿Ha tenido estudios para el cáncer de colon? S / N

¿La prueba fue anormal? S / N

PARA HOMBRES

Revisa sus testículos mensuales? S / N

Fecha del último examen de próstata: _____

¿Alguna vez ha tenido una anomalía ¿examen de próstata? S / N

Si tiene más de 50 años de edad, ha tenido estudios para el cáncer de colon? S / N

¿La prueba fue anormal? S / N

¿Hay algo más que debemos saber sobre su salud o antecedentes médicos? _____

¿Tiene alguna preocupación? _____

Esta información es confidencial. Este formulario forma parte del expediente médico. Si tiene dificultades para completarlo o tiene más comentarios, un miembro del personal puede ayudarle.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente doy mi consentimiento a todo el tratamiento, incluyendo los exámenes, procedimientos y medicamentos que el personal clínico de Honor Community Health (HONOR COMMUNITY HEALTH) considere necesario. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para mi cuidado continuo o para procesar cualquier reclamo de seguro relacionado con mi cuidado. Estoy de acuerdo en pagar cualquier cargo en el momento del servicio o al recibir la declaración. Autorizo a los auditores externos a ver mi información privada de salud como parte del proceso de evaluación y mejora de la calidad de HONOR COMMUNITY HEALTH.

Firma del tutor legal o del paciente		Fecha	
Nombre del paciente (por favor escriba)			
Nombre del tutor legal (por favor escriba en letra de imprenta)			

Tenga en cuenta lo siguiente con respecto al tratamiento

El personal de HONOR COMMUNITY HEALTH dependerá de las declaraciones hechas por el paciente, la información proporcionada en la historia médica del paciente y otra información disponible para evaluar la condición del paciente y decidir sobre el mejor tratamiento.

Algunos servicios en HONOR COMMUNITY HEALTH pueden proveerse con equipo de telemedicina e involucrar la interacción con proveedores que no están físicamente en la clínica para su cita. Estas sesiones se transmiten a través de líneas seguras y dedicadas de alta velocidad y no son: grabadas en vídeo, enrutadas a través de Internet o guardadas de ninguna manera. Sin embargo, la información relevante de su visita será documentada en sus registros médicos, tal como lo sería si el proveedor hubiera estado físicamente presente.

Sus proveedores de atención médica discutirán con usted los beneficios y riesgos del tratamiento. Si no está claro sobre su tratamiento o la protección de sus registros, no dude en hacer preguntas en cualquier momento.

Doy mi consentimiento para HONOR COMMUNITY HEALTH proporcionar y recibir todos los servicios disponibles a través de la plataforma de telemedicina de HONOR COMMUNITY HEALTH. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento informando por escrito.

Firma _____ Si firma en nombre de otra persona, relación _____

Fecha _____

Acuerdo de Permiso de Confidencialidad

Le doy a la (s) persona (s) enumerada (s) abajo acceso a toda mi Información Personal de Salud (PHI). También autorizo a Honor Community Health a hablar de mi PHI completo a la (s) persona (s) que se enumeran a continuación.

Nombre _____ Relación _____ Número de teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Número de teléfono _____

Doy permiso al individuo que aparece a continuación para llevar a mis hijos a sus citas médicas y recoger medicamentos de la farmacia.

Nombre _____ Relación _____ Número de teléfono _____