

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO (S)		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE / INICIAL		NOMBRE ANTERIOR / APODOS (S)	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL #		FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
<p>*Si bien Shenandoah Community Health reconoce un número de géneros sexuales, muchas compañías de seguro médico y entidades legales desafortunadamente no lo hacen. Por favor esté consciente que su nombre legal y sexo enlistado en su seguro médico debe ser el mismo utilizado en documentos pertinentes a seguro, facturación y correspondencia. Si su nombre de preferencia o pronombres son diferentes, por favor déjenos saber.</p>							
SEXO AL NACER (Circule Uno) Male    Female Indefinido    Desconocido		GÉNERO ACTUAL (Circule Uno) Masculino    Femenino Indefinido		PRONOMBRE DE PREFERENCIA (Circule Uno) Él, lo, suyo    Ella, la, suya    Ell(a)os, Suy(a)os    Otro Ze, Hir (Género libre)    Se le preguntó pero desconocido    Se negó a contestar			
IDENTIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre a mujer/Transgénero Femenino/Mujer Trans <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Mujer a hombre/Transgénero Masculino/Hombre Trans <input type="checkbox"/> Género variante, sin ser exclusivo masculino o femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no compartir <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otro, por favor especifique: _____				ORIENTACIÓN SEXUAL <input type="checkbox"/> Prefiere no compartir <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, homosexual <input type="checkbox"/> Algo más, por favor describa _____			
DIRECCIÓN				CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN (Si es diferente a la anterior)				CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		MÉTODO DE CONTACTO PREDILECTO	
ESTADO CIVIL (Circule Uno) Soltero    Casad(a)    Viud(a)    Divorciad(a)    Seperada(o) legalmente		IDIOMA PRIMARIO (Circule Uno) Inglés    Español    Idioma de Señas Americano    Criollo    Criollo Haitiano Otro: _____					
CONTACTO DE EMERGENCIA		NOMBRE		TELÉFONO		RELACIÓN	
FARMACIA DE PREFERENCIA				MÉDICO DE CABECERA			

### INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSIBLE (Si es Diferente del Paciente)

NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL#		FECHA DE NACIEMTO	
DIRECCIÓN		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO	
RELACIÓN CON EL PACIENTE					
ESTATUS DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> Viviendo con alguien <input type="checkbox"/> No está Sin Hogar <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Transicional		RAZA <input type="checkbox"/> Indio Americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Más de una Raza <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____			
ESTATUS DE TRABAJADOR MIGRATORIO <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> No es trabajador de campo/granja <input type="checkbox"/> De Temporada		ETNICIDAD <input type="checkbox"/> No Hispano O Latino <input type="checkbox"/> Hispano O Latino <input type="checkbox"/> Cuban(a) <input type="checkbox"/> Mexican(a) <input type="checkbox"/> Dominicana(o) <input type="checkbox"/> Guatemalteca(o) <input type="checkbox"/> Haitiana(o) <input type="checkbox"/> Hondureña(o) <input type="checkbox"/> Jamaicana(o) <input type="checkbox"/> Venezolana(o) <input type="checkbox"/> Puertorriqueña(o) <input type="checkbox"/> Latino Americana(o) <input type="checkbox"/> Mexico Americana(o) <input type="checkbox"/> Otro: _____			
BARRERA DE IDIOMA (Circule Una) SÍ    NO		¿ES VETERANA(O) DEL SERVICIO MILITAR? (Circle One) SÍ    NO			



**POR FAVOR MUESTRE TODAS SUS TARJETAS DE COBERTURA DE SEGURO MÉDICO AL RECEPCIONISTA**

**SEGURO MÉDICO PRIMARIO**

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO		MIEMBRO / IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR #	
		NÚMERO DE GRUPO #	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL ASEGURADO (EMPLEADO, SI ES A TRAVÉS DEL TRABAJO)		RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO	CANTIDAD DEL CO-PAGO	FECHA EFECTIVA	FECHA DE VENCIMIENTO

**SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Si Aplica)**

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO		MIEMBRO / IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR #	
		NÚMERO DE GRUPO #	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL ASEGURADO (EMPLEADO, SI ES A TRAVÉS DEL TRABAJO)		RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO	CANTIDAD DEL CO-PAGO	FECHA EFECTIVA	FECHA DE VENCIMIENTO

**Requerimos por agencias de financiamiento la obtención de la siguiente información de nuestros pacientes con propósitos estadísticos. Esto nos ayudará a asegurar subsidios para apoyar servicios comunitarios y programas para pacientes con necesidades especiales. Su información individual permanecerá privada y confidencial y no será compartida con ninguna otra agencia u organización**

**BASADO EN EL TAMAÑO FAMILIAR Y SU INGRESO ANUAL FAMILIAR, ¿QUÉ COLUMNA DE LA GRÁFICA SIGUIENTE SERÍA LA QUE DESCRIBE MEJOR SU SITUACIÓN FINANCIERA?**

*Ejemplo: Tamaño familiar de 3 con ingreso anual familiar de \$25,000, circule la columna con la letra B*

**CIRCULE SÓLO UNA LETRA DE LA COLUMNA : A B C D E F**

TAMAÑO FAMILIAR	INGRESO ANUAL FAMILIAR			
	A	B	C	D
1	\$12,140 or less	\$12,141 - \$18,210	\$18,211 - \$24,280	More than \$24,281
2	\$16,460 or less	\$16,461 - \$24,690	\$24,691 - \$32,920	More than \$32,921
3	\$20,780 or less	\$20,781 - \$31,170	\$31,171 - \$41,560	More than \$41,561
4	\$25,100 or less	\$25,101 - \$37,650	\$37,651 - \$50,200	More than \$50,201
5	\$29,420 or less	\$29,421 - \$44,130	\$43,131 - \$58,840	More than \$58,841
6	\$33,740 or less	\$33,741 - \$50,610	\$50,611 - \$67,480	More than \$67,481
7	\$38,060 or less	\$38,061 - \$57,090	\$57,091 - \$76,120	More than \$76,121
8	\$42,380 or less	\$42,381 - \$63,570	\$63,571 - \$84,760	More than \$84,761

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de trabajo realiza? \_\_\_\_\_

Cuándo fue su última inmunización contra:

Tétanos \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Neumonía \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Influenza (Flu) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido sexualmente activa? Sí / No

Primer día de su último periodo

¿Actualmente usted es sexualmente activa? Sí / No

menstrual \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Su edad durante el primer embarazo: \_\_\_\_\_

Fecha de su último Papanicolaou \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Método anticonceptivo que utiliza

¿Fue normal? Sí / No

actualmente: \_\_\_\_\_

¿Le han hecho una histerectomía? Sí / No

¿Tiene algún problema? \_\_\_\_\_

¿Es usted Pre/Post Menopáusica? Sí / No

Fecha de su última mamografía \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha de su última colonoscopia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE EMBARAZO**

<i>Por favor incluya abortos espontáneos/abortos</i>	<u>1er</u> <u>embarazo</u>	<u>2do</u> <u>embarazo</u>	<u>3er</u> <u>embarazo</u>	<u>4to</u> <u>embarazo</u>	<u>5to</u> <u>embarazo</u>	<u>6to</u> <u>embarazo</u>
Mes/Año de parto						
Semanas de gestación (40 semanas es el total en el embarazo)						
Hombre o Mujer						
Peso del bebé						
Parto vaginal o por cesárea						
Lugar de nacimiento (localidad o nombre del hospital)						
Complicaciones						

¿Está expuesta a abuso físico o emocional? Sí / No

¿Está expuesta a algún tipo de violencia doméstica? Sí / No

¿Necesita ayuda para caminar? Sí / No

¿Usa lentes / lentes de contacto? Sí / No

¿Usa algún aparato auditivo? Sí / No

¿Necesita ayuda para leer? Sí / No

¿Necesita ayuda para escribir? Sí / No

¿Alguien le ayudó a completar éste formulario? Sí / No

¿Tiene alguna creencia cultural/religiosa que afecte su cuidado médico? Sí / No

¿Cuál es su método de aprendizaje de preferencia? *(Por favor circule uno)*

Material de Audio / Demonstración / Explicación Verbal / Material en Video / Material Escrito

¿Tiene alguna Declaración de voluntad anticipada? Sí / No

¿Tiene detectores de humo en casa? Sí / No

¿Tiene armas en su casa? Sí / No

¿Qué medicamentos toma? Incluya medicamentos recetados, medicamentos que tome sin receta, y suplementos herbales :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Es alérgica a algún medicamento, anestésico, yodo, látex, cinta adhesiva, alimentos o algo más? Sí / No

¿Durante las últimas 2 semanas, qué tan seguido se ha sentido molesta con alguno de los siguientes problemas?

	Para nada	Varios Días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se siente mal, deprimida o sin esperanza	0	1	2	3

¿Alguna vez ha estado hospitalizada durante la noche? Sí / No      ¿Cuándo y por qué motivo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido cirugía? Sí / No      ¿Cuándo y por qué motivo? \_\_\_\_\_

Actualmente padece o ha padecido alguna condición médica tal como: *(Por favor circule)*

Dolores de cabeza	Acidez o Agruras
Problemas de espalda	Dificultad para escuchar
Úlceras	VIH
Problemas para tragar	Problemas Estomacales
Artritis	Diarrea
Anemia	Infertilidad
Problemas del corazón (Dolor de pecho, Ritmo cardíaco Irregular)	Estreñimiento
Hepatitis	Problemas Urinarios (Infección, Pérdida del control de la vejiga)
Derrame Cerebral	Problemas con los senos
Presión Arterial Alta	Cáncer
Huesos Rotos	Problemas de Tiroides
Asma	Problemas Sexuales
Enfisema	Problemas de espalda
Diabetes	Convulsiones
Neumonía	Problemas de Salud Mental (Depresión, Ansiedad, Estrés)
Tuberculosis	Problemas de visión (Visión Borrosa, Glaucoma, Cataratas)
Adicción a Drogas o Alcohol	
Otros: _____	

Alguien en su familia (hijos, padres y hermanos) tiene historial de padecer: (Si es así, indique quién)

Asma/COPD (enfermedad crónica obstructiva pulmonar) \_\_\_\_\_ Presión Arterial Alta \_\_\_\_\_

Cáncer \_\_\_\_\_ Problemas de Salud Mental \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_ Derrame Cerebral \_\_\_\_\_

Adicción a Drogas o Alcohol \_\_\_\_\_ Problemas de Tiroides \_\_\_\_\_

Problemas del corazón \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

¿Usted fuma o usa tabaco? Sí / No      ¿Qué cantidad en un día? \_\_\_\_\_

¿Vive con alguien que fuma? Sí / No

¿Usa cigarrillos electrónicos? Sí / No      ¿Qué cantidad en un día? \_\_\_\_\_

¿Qué cantidad de alcohol toma en un día? \_\_\_\_\_

¿Cuánta cafeína toma en un día? \_\_\_\_\_

¿Usa marihuana o algún otro tipo de droga? Sí / No      ¿Qué drogas usa? \_\_\_\_\_



Por la presente, doy consentimiento para que yo mismo o mi hijo recibamos los servicios de *Shenandoah Valley Medical System, Inc.*, que opera como *Shenandoah Community Health*.

Si no puedo concurrir a mi cita, entiendo que tengo la responsabilidad de contactar a la oficina con por lo menos 48 horas de anticipación.

Acuso recibo del “*Aviso Conjunto de Privacidad*” de *Shenandoah Community Health* referente a la protección de información médica.

Autorizo al personal de *Shenandoah Community Health (SCH)* a que, con fines de identificación, tomen mi foto o escaneen mi documento de identidad con foto y lo coloquen en mi Registro Médico Electrónico. Entiendo que esta fotografía será protegida como siendo parte de mi registro médico y, a no ser que sea requerido por leyes federales o estatales, de acuerdo con el “*Aviso Conjunto de Privacidad*” de SCH, la misma no será divulgada sin mi autorización por escrito.

Durante el transcurso de mis cuidados y tratamientos, puede ser necesario que se realicen varios tipos de exámenes, análisis, diagnósticos o procedimientos. Los mismos pueden incluir, pero no se limitan a, revisión de la audición y/o la vista, análisis de laboratorio, prueba de orina para detección de sustancias controladas, inyecciones, u otros análisis, los cuales el proveedor médico considere necesarios. Si tengo alguna pregunta relacionada con estos procedimientos le pediré a mi médico clínico que me otorgue más información. También entiendo que mi proveedor médico puede pedirme que firme otros documentos de Consentimiento Informado relacionados con procedimientos específicos.

Autorizo el pago de beneficios de los seguros médicos a Shenandoah Valley Medical System, Inc. por los servicios médicos que me hayan prestado que soy responsable de pagar las tarifas de los servicios médicos que no estén cubiertos por el seguro medico o por terceros, incluyendo los copagos, deducibles y otros montos no cubiertos.

Si el cliente es menor de edad, un padre/tutor legal es consciente y da consentimiento para la realización de este tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Pacient

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del Pacient/Representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Authorization to Discuss

Autorizo a Shenandoah Valley Medical System a discutir mi información médica con las siguientes personas:

1. Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

Esto **no incluye** ninguna información acerca del tratamiento de toxicomanía, tratamiento de VIH o de salud mental, a no ser que usted lo autorice al escribir sus **iniciales** al lado de cada área que usted quiera autorizar.

\_\_\_\_\_ Tratamiento de toxicomanía

\_\_\_\_\_ Tratamiento de VIH

\_\_\_\_\_ Tratamiento de salud mental

\_\_\_\_\_ Abuso Infantil y/o Historial de Abuso Domestico

\_\_\_\_\_ Tratamiento de Enfermedades de Transmision Sexual

Esta autorización es válida por un año desde la fecha en que se firme al menos que yo la revoque por escrito. No tengo la obligación de firmar esta autorización. Es mi responsabilidad informar a Shenandoah Valley Medical System de cualquier cambio en mi información de contacto o números telefónicos. El firmar este documento no establece ninguna condición por parte de *Shenandoah Valley Medical System* para el tratamiento, pago o cumplimiento de requisitos para beneficios.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Número Telefónico:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Si no es el paciente, firma del representante legal o del familiar autorizado:

\_\_\_\_\_

