

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO (S)		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE / INICIAL		NOMBRE ANTERIOR / NOMBRE PREFERIDO	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
<p><i>*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 al seguro, facturación y correspondencia. Si su nombre de preferencia o pronombres son diferentes, por favor déjenos saber.</i></p>							
SEXO AL NACER (Marque su respuesta con un círculo) Masculino Femenino Indefinido Desconocido		GÉNERO ACTUAL (Marque su respuesta con un círculo) Masculino Femenino Indefinido		PRONOMBRE DE PREFERENCIA (Marque su respuesta con un círculo) Él, lo, suyo Ella, la, suya Ell(a)os, Suy(a)os Otro Ze, Hir (Género libre) Se le preguntó pero es desconocido Me niego a contestar			
IDENTIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino/Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino/Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Prefiero no compartir <input type="checkbox"/> Otro				ORIENTACIÓN SEXUAL <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana o gay) <input type="checkbox"/> Prefiero no compartir <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más, por favor describa _____			
DIRECCIÓN PRINCIPAL/DE FACTURACIÓN			CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN ALTERNA			CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO	
ESTADO CIVIL (Circule Uno) Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) legalmente		IDIOMA PRIMARIO (Circule Uno) Inglés Español Lenguaje de Señas Americano Criollo Criollo Haitiano Otro: _____					
CONTACTO DE EMERGENCIA		NOMBRE		TELÉFONO		RELACIÓN	
FARMACIA DE PREFERENCIA				MÉDICO DE CABECERA			
ESTATUS DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> No vive en la calle <input type="checkbox"/> Vive con alguien <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> En la calle		RAZA <input type="checkbox"/> Indio Americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guamen o Chamorro <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Otra isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza					
ESTATUS DE TRABAJADOR MIGRATORIO <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> De Temporada		ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano americano <input type="checkbox"/> No – hispano o latino <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> desconocido					
BARRERA DE LENGUAJE (Circule uno) SÍ NO		¿ES VETERANO(A) DEL SERVICIO MILITAR? (Circule uno) SÍ NO					
QUEJA PRINCIPAL / MOTIVO DE LA CONSULTA							
FUENTE DE REFERENCIA							

Las agencias de financiamiento nos exigen que obtengamos la siguiente información de nuestros pacientes con fines estadísticos. Esto nos ayudará a obtener subsidios para apoyar a los programas de ayuda comunitaria y los programas para pacientes con necesidades especiales. Su información permanece privada y confidencial y no se comparte con ninguna agencia u organización.

NÚMERO DE FAMILIARES EN LA VIVIENDA E INGRESO ANUAL

NÚMERO DE FAMILIARES EN LA VIVIENDA: _____

INGRESO ANUAL DE LA VIVIENDA: \$ _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (si es diferente al paciente)

NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)

Número de Seguro Social

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

RELACIÓN CON EL PACIENTE

POR FAVOR MUESTRE TODAS SUS TARJETAS DE SEGURO MÉDICO A LA RECEPCIONISTA

SEGURO MÉDICO PRIMARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

MIEMBRO / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR #

DE GRUPO

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL ASEGURADO (EMPLEADO, SI ES SEGURO MÉDICO A TRAVÉS DEL TRABAJO)

RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO

CANTIDAD DEL COPAGO

FECHA EFECTIVA

FECHA DE VENCIMIENTO

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Si Aplica)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

MIEMBRO / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR #

DE GRUPO

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL ASEGURADO

RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO

MONTO DEL COPAGO

FECHA EFECTIVA

FECHA DE VENCIMIENTO



Shenandoah Valley Medical System, Inc. opera como Shenandoah Community Health (SCH). Este centro de salud recibe fondos de Servicios Humanos y de Salud y tiene un estatus considerado Servicio Federal de Salud Pública con respecto a ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud, incluidas las reclamaciones por negligencia médica, para sí mismo y los individuos cubiertos. SCH es un proveedor de igualdad de oportunidades, que atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.

Consentimiento

Por la presente doy mi consentimiento para recibir los servicios de Shenandoah Valley Medical System, Inc. que opera como Shenandoah Community Health (SCH).

Los pacientes que no puedan acudir a su cita programada deben cancelar al menos un día antes de la cita. Las citas canceladas el mismo día o que no se cancelen del todo, pueden someter al paciente a restricciones de programación después de la tercera ocurrencia.

Reconozco que soy consciente de que el "*Aviso de prácticas de privacidad*" de SCH para información médica protegida está disponible en el área de espera de cada departamento o en el sitio web shencommhealth.com. Una copia impresa está disponible si usted la solicita.

Autorizo al personal de SCH a tomar mi fotografía o escanear mi identificación con fotografía y colocarla en mi expediente médico electrónico para fines de identificación. Además, también doy mi consentimiento a SCH para tomar fotografías de erupciones, endoscopia, colonoscopia y otras imágenes médicas con el propósito de documentación médica. Entiendo que las fotografías estarán protegidas como parte de mi expediente médico y, a menos que la ley federal o estatal exija lo contrario, como se indica en el "*Aviso de prácticas de privacidad*" de SCH, no se divulgarán sin mi autorización.

Durante el curso de la atención y el tratamiento, entiendo que pueden ser necesarios varios tipos de exámenes, pruebas, diagnósticos o procedimientos. Esto puede incluir, entre otros, exámenes de audición y / o visión, pruebas de laboratorio, exámenes de detección de drogas en la orina, inyecciones y otras pruebas que el proveedor considere necesarias. Si tengo alguna pregunta sobre estos procedimientos, le pediré a mi médico que me brinde información adicional. También entiendo que mi proveedor puede pedirme que firme documentos adicionales de consentimiento informado relacionados con procedimientos específicos.

(Entiendo que mis registros de uso de sustancias están protegidos por la ley federal, incluidas las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.)

Autorizo el pago de los beneficios del seguro a Shenandoah Valley Medical System, Inc. por los servicios médicos que se me prestaron. Entiendo que soy responsable del pago de los honorarios de los servicios médicos que se me prestan y que no están cubiertos por el seguro ni por terceros pagadores, incluidos copagos, deducibles y montos no cubiertos.

Si el cliente es menor de edad, un padre / tutor legal está informado y da su consentimiento para este tratamiento.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma

Fecha

Firma del mamá o Tutor (Si el paciente es un menor)

Fecha

Firma del padre o Tutor (Si el paciente es un menor)

Fecha

Testigo

Fecha



Shenandoah Valley Medical System, Inc. opera como Shenandoah Community Health (SCH). Este centro de salud recibe fondos de Servicios Humanos y de Salud y tiene un estatus considerado Servicio Federal de Salud Pública con respecto a ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud, incluidas las reclamaciones por negligencia médica, para sí mismo y los individuos cubiertos. SCH es un proveedor de igualdad de oportunidades, que atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

Shenandoah Community Health – Salud Mental se compromete a brindar servicios profesionales de la más alta calidad de una manera que reconozca la dignidad y los derechos de cada persona a la que servimos. Como paciente, tiene derecho a:

1. Ser atendido por personal calificado.
2. Tener un plan de tratamiento, o plan de servicios, desarrollado para usted como individuo, basado en sus necesidades, y participar en el establecimiento de las metas de su tratamiento y trabajar para lograrlas.
3. Saber el nombre y el rango profesional de las personas que le brindan tratamiento de salud mental y el método y el propósito de la modalidad de tratamiento propuesta para usted. Tiene derecho a saber qué beneficios puede esperar de los servicios y de cualquier efecto indeseable o dañino que pueda ocurrir como resultado del tratamiento y la medicación.
4. Rechazar el tratamiento recomendado para usted, excepto en los casos en que se haya obtenido una petición válida para una evaluación de emergencia.
5. Que su registro de tratamiento y toda la información sobre usted se mantengan confidenciales. La información se divulgará solo con una divulgación firmada de información, excepto en aquellas circunstancias en las que exista una situación peligrosa / de emergencia, o su tratamiento sea obligatorio como condición de libertad condicional o libertad condicional.
6. Según la ley, el personal de salud mental debe informar al Departamento de Servicios Sociales si tiene una razón para sospechar que un niño o un adulto vulnerable ha sido abusado.
7. Negarse a participar en una investigación físicamente opcional.
8. Informarse, en su primer visita, de las tarifas que se le cobrarán en función de su capacidad de pago.
9. Plantear preguntas sobre la naturaleza de su tratamiento, y si su terapeuta / médico tratante no responde satisfactoriamente a sus inquietudes, usted tiene derecho a presentar sus quejas al Supervisor Clínico o al Director del Programa. Una copia del Procedimiento de Quejas del Paciente está disponible en cualquier momento en la recepción.
10. Obtener información completa y actualizada sobre su diagnóstico y tratamiento en términos que se puedan entender.
11. Seguir sus creencias religiosas. El paciente puede solicitar la colaboración del plan de tratamiento con el clero del paciente.
12. Ser evaluado y tratado por dolor.

He leído, reconozco y se me ha informado de los derechos del paciente antes mencionados.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del testigo

Fecha



Questionario Médico General

Nombre del Paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Fecha del día de hoy _____

A. Historia Médica General:

1. ¿Actualmente tiene algún problema médico? Sí No Si es así, por favor explique:

2. ¿Tiene presión arterial alta? Sí No ¿Diabetes? Sí No

3. ¿Ha tenido alguna enfermedad seria o problema médico anteriormente? Sí No Si es así, por favor indique qué enfermedad y la fecha aproximada: _____

4. ¿Tiene médico familiar de atención primaria? Sí No Nombre del Doctor _____

¿Recibe tratamiento de algún especialista? Sí No Nombre del Doctor(es) _____

[Para uso exclusivo de BHS: ¿Fue referido por su médico familiar? Sí No Nombre del proveedor _____]

5. ¿Cuándo fue su último examen físico? _____

Enliste los problemas que encontraron _____

6. ¿Cuándo fue su último ECG? _____

7. ¿Qué tipo de método anticonceptivo usa? _____

8. Usted es VIH Negativo Positivo No le han hecho prueba Fecha de la prueba _____

9. Enliste todos los medicamentos que actualmente está tomando y el nombre del doctor que los recetó

Medicamento	Dosis	¿Cómo lo toma?	¿Quién lo recetó?

10. Marque de esta lista de medicamentos sin receta médica los que usted toma:

- Aspirina Antiácidos Medicamento para la alergia Remedios de herbolaria/suplementos
 Tylenol Laxantes Medicamento para dormir Auxiliares para perder peso
 Excedrin Medicamento para senos paranasales Auxiliar para aumento muscular/peso
 Otros _____

11. Tiene alguna alergia incluyendo alergias a medicamentos: _____

12. Enliste hospitalizaciones y Operaciones (fecha, lugar y motivo): _____

13. ¿Ha sufrido alguna lesión en la cabeza?? Sí No Describa: _____

14. ¿Fuma o usa cigarillos electrónicos? Sí No Ambos ¿Qué cantidad? _____

¿Cuánto tiempo ha fumado? _____

15. ¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No ¿Qué cantidad? _____

16. ¿Usa marihuana o alguna otra droga? Sí No ¿Qué tipo? _____
17. ¿Toma café, té o soda? Sí No ¿Qué cantidad? _____
18. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Femenino a Masculino Masculino a Femenino No-binario
 Otro Prefiere no decir
19. Usted se considera: Heterosexual Lesbiana o Gay Bisexual Asexual Pansexual No sabe No quiere decir

B. Cuestionario Nutricional:

1. ¿Ha aumentado o perdido más de 10 libras en los últimos 3 meses? Sí No
2. ¿Ha disminuido su consumo de alimentos o apetito? Sí No
3. ¿Ha tenido problemas dentales? Sí No
4. ¿Tiene alergias a algún alimento? Sí No
5. ¿Ha tenido algún desorden alimenticio como comer compulsivamente o inducirse el vómito? Sí No
6. ¿Recibe tratamiento para alguna de las anteriores? Sí No

C. Sistemas:

¿Ha tenido problemas con alguno de los siguientes?

1. ¿Ojos, Oídos, Naríz, Garganta? Si es así, explique: _____
2. ¿Corazón y Pulmones? Explique: _____
3. ¿Estómago e Intestinos? Explique: _____
4. ¿Tracto urinario? Explique: _____
5. ¿Convulsiones o epilepsia? Explique: _____
6. Fecha de su último examen dental: _____ ¿Algún problema dental anterior o actual?: _____

D. Valoración del dolor:

1. ¿Tiene dolor en este momento? Sí No
2. ¿Ha tenido dolor en las últimas semanas o meses? Sí No
3. ¿Toma algún medicamento para dolor crónico? Sí No

Si contesta sí a alguna de las preguntas, continúe con las preguntas y complete la escala del dolor que se encuentra a continuación:

4. Si dijo sí, ¿Con qué frecuencia siente dolor? Mensual Semanal Diario Cada Hora
5. ¿Cómo empieza el dolor? Lento Abruptamente
6. ¿Cuánto tiempo lleva sintiendo dolor? Más de 1 año 6 meses – 1 año 3-6 meses <3 meses
7. ¿Tipo de dolor? Agudo Sordo Penetrante Pulsante Otro
8. ¿Duración del dolor? 24 horas al día horas al día _____ minutos al día _____
9. ¿Dónde está localizado su dolor?: _____
10. ¿Hay algo que haga que mejore? _____

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale



(Spanish)
 ©1993 Wong-Baker FACES Foundation. www.WongBakerFACES.org
 Used with permission.

TO BE FILLED OUT BY DOCTOR

Psychiatric Review

Medical/Physical Problems:

Medical Problems Identified for Treatment Plan and/or Follow-up: _____

No Medical Problems Identified for Follow-up and Treatment Plan

Team Physician

Date



Consentimiento Informado de Tele Salud

Yo _____ doy consentimiento para participar en Tele Salud con Shenandoah Community Health. Yo entiendo que Tele Salud incluye consultas, aplicaciones audio interactivas, videos y datos de comunicaci3n. Yo entiendo que Tele Salud envuelve la comunicaci3n de mi informaci3n m3dica y mental, ambas, oral y visual. Yo entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la Tele Salud:

1. Yo tengo el derecho de retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi futuro tratamiento o cuidado.
2. La ley que protege la confidencialidad de mi informaci3n m3dica tambi3n aplica para Tele Salud. Tal como, Yo entiendo que la informaci3n comunicada por mi durante el transcurso de la visita de Tele Salud es confidencial.
3. Yo entiendo que hay riesgos y consecuencias de Tele Salud, que incluyen, pero no est3n limitadas a la posibilidad, a pesar de los esfuerzos realizados de parte de Shenandoah Community Health, que: la transmisi3n de mi informaci3n pueda ser interrumpida o distorsionada por fallas t3cnicas; la transmisi3n poder ser interrumpida por personas no autorizadas; y/o el almacenaje de informaci3n m3dica puede ser accedida por personas no autorizadas.
4. Adem3s, Yo entiendo que los servicios y cuidados de Tele Salud pueden no ser completos tal como los servicios de cara a cara. Yo tambi3n entiendo que si mi proveedor cree que es mejor ser servida de otra forma de servicio (por ejemplo: cara a cara) yo voy a ser informado para programar una cita cara a cara con mi proveedor.
5. Yo entiendo, que Yo puede beneficiarme de Tele Salud, pero esos resultados no pueden ser garantizados o asegurados.
6. Yo acepto que Tele Salud no provee servicios de emergencia. Si estoy experimentando una emergencia m3dica, Yo entiendo que puedo llamar al 911 or ir a la sala de emergencia del hospital m3s cercano para pedir ayuda.
7. Yo entiendo, que Yo soy responsable por (1) proveer la computadora, equipo de telecomunicaci3n y el internet necesario; (2) la informaci3n de seguridad de mi computadora; y (3) hacer los arreglos para un lugar con suficiente luz y privacidad que est3 libre de distracciones o intrusos para mi secci3n de Tele Salud.
8. Yo entiendo, que Yo tengo el derecho de acceso a mi informaci3n m3dica y copias de mi expediente m3dico de acuerdo con las reglas de privacidad de HIPAA y leyes estatales que apliquen.

Su proveedor pedir3 su consentimiento verbal o rechazo de informaci3n contenida en este documento al comenzar la visita de Tele Salud.

Nombre del Pacient

Fecha de Nacimiento

Firma del Pacient/Representante legal

Fecha

Testigo

Fecha

