



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO (S)		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE / INICIAL		NOMBRE ANTERIOR / APODO(S)	
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"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no compartir				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			CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN (Si es diferente a la anterior)			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"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <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"/> De Temporada		ETNICIDAD <input type="checkbox"/> No es Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino					
BARRERA DE LENGUAJE (Circule uno) SÍ NO		¿ES VETERANO(A) DEL SERVICIO MILITAR? (Circule uno) SÍ NO					
NÚMERO DE FAMILIARES EN LA VIVIENDA E INGRESO ANUAL							
NÚMERO DE FAMILIARES EN LA VIVIENDA: _____				INGRESO ANUAL DE LA VIVIENDA: \$ _____			



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.

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

FIRMA _____ **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.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Qué tipo de trabajo realiza? _____

Cuándo fue su última inmunización contra:

Tétanos _____ / _____ / _____ Neumonía _____ / _____ / _____ Influenza (Flu) _____ / _____ / _____

Mujeres:

¿Alguna vez ha sido sexualmente activa? Sí / No

¿Actualmente usted es sexualmente activa? Sí / No

Número de embarazos: _____

Edad durante su primer embarazo: _____

Número de embarazos de término completo: _____

Número de partos prematuros: _____

Número de abortos: _____

Número de abortos espontáneos: _____

Número de embarazos ectópicos: _____

Número de hijos vivos: _____

Número de cesáreas: _____

Fecha de su última mamografía _____ / _____ / _____

Número de partos por canal vaginal: _____

Complicaciones: _____

Método anticonceptivo actual _____

Si toma píldora anticonceptiva, de qué tipo: _____

Tiene algún problema? _____

Primer día de su último periodo

menstrual _____ / _____ / _____

Fecha de su último Papanicolaou _____ / _____ / _____ Fue

normal? Sí / No

¿Le han hecho una histerectomía? Sí / No

¿Es usted Pre/Post Menopáusicas? Sí / No

Fecha de su última colonoscopia _____ / _____ / _____

Hombres:

¿Alguna vez ha sido sexualmente activo? Sí / No

¿Actualmente usted es sexualmente activo? Sí / No

¿Se revisa los testículos mensualmente? Sí / No

Date of your last colonoscopy _____ / _____ / _____

Hij(a/o)s:

¿Algún problema durante el embarazo? _____

¿Peso al nacer? _____

¿Algún problema con la labor de

parto/parto? _____

**Por favor traiga una copia del esquema de vacunación del menor*

Tod(a/o)s:

¿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 / Demostración / 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*.

Los pacientes que no pueden asistir a una cita programada deben cancelar 24 horas antes de la cita. Las citas canceladas con menos de 24 horas de anticipación, o no canceladas del todo, pueden someter al paciente a restricciones de programación de citas después de la tercera ocurrencia. No aplica para Salud Mental.

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 Patient

Fecha de Nacimiento

Firma

Fecha

Firma del Patient/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:

