



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			
<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>							
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 ☐ Masculino ☐ Transgénero Masculino/Femenino a Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero Femenino/Masculino a Femenino ☐ No Binario ☐ Prefiero no compartir ☐ Otro				ORIENTACIÓN SEXUAL ☐ Lesbiana o Gay ☐ No se ☐ Heterosexual (no lesbiana o gay) ☐ Prefiero no compartir ☐ Bisexual ☐ 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 ☐ No vive en la calle ☐ Vive con alguien ☐ Transicional ☐ Refugio ☐ En la calle		RAZA ☐ Indio Americano /Nativo de Alaska ☐ Indio Asiático ☐ Negro/Afro Americano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guamen o Chamorro ☐ Japones ☐ Coreano ☐ Nativo Hawaiano ☐ Otro Asiático ☐ Otra isleño Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamés ☐ Blanco ☐ Más de una raza					
ESTATUS DE TRABAJADOR MIGRATORIO ☐ Migrante ☐ De Temporada		ETNICIDAD ☐ Chicano ☐ Cubano ☐ Hispano/latino ☐ Mexicano ☐ Mexicano americano ☐ No – hispano o latino ☐ Puertorriqueño ☐ español ☐ 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							

AL REVERSO



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.

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

¿Actualmente usted es sexualmente activa? Sí / No

Su edad durante el primer embarazo: _____

Método anticonceptivo que utiliza

actualmente: _____

¿Tiene algún problema? _____

Fecha de su última mamografía _____ / _____ / _____

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 Menopáusica? Sí / No

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 este 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

Adicción a Drogas o Alcohol

Problemas de visión (Visión Borrosa, Glaucoma, Cataratas)

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 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. No aplica para los servicios de Salud Mental.

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.

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 Padre o Tutor (Si el paciente es un menor)

Fecha

Testigo

Fecha



Shenandoah Valley Medical System, Inc. hace negocios como Shenandoah Community Health (SCH). Este centro de salud recibe fondos de Salud y Servicios Humanos y tiene estatus otorgado por el Servicio Federal de Salud Pública para ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos reclamos por negligencia médica, para sí mismo y sus individuos cubiertos. SCH es un proveedor de igualdad de oportunidades que atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.