SECOYAS CENTRO DE SALUD RURAL

101 WEST COAST ROAD/PO BOX 769 REDWAY, CA 95560

PACIENTE FORMULARIO DE INFORMACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBER:_____

DIRECCIÓN DE ENVIO: _____

_____

CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL :_____

NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M☐ F☐

ESTÁTUS MARITAL: SOLT ☐ CASAD☐ DIV☐ VIUDO☐

NOMBRE DE ESPOSO(A): _____

EMPLEADOR: _____

TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

EN ORDEN PARA NOSOTROS (PARA SATISFACER) LAS NECESIDADES DE FINANCIACIÓN FEDERAL, POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿ES USTED UN VETERANO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA? SÍ☐ NO☐

¿ES USTED UN TRABAJADOR DE TEMPORADA AGRÍCOLA? SÍ☐ NO☐

¿ES USTED SIN HOGAR (VIVIENDA FALTA O VIVIR EN VIVIENDA DE TRANSICIÓN) SÍ☐ NO☐

RAZA/ETNIA: BLANCO☐ HISPANO☐ AFROAMERICANO☐ NATIVO AMERICANO☐

CHINO ☐ JAPONÉS☐ FILIPINO☐ OTRAS ASIÁTICO☐ NEGARSE A RESPONDER☐

INGRESO MENSUAL

ENCIERRA EN UN CÍRCULO EL NIVEL DE INGRESOS BRUTOS MENSUALES DE SU FAMILIA QUE SE CORRESPONDE CON EL TAMAñO DE SU HOGAR					
TAMAñO DEL HOGAR	EN O POR DEBAJO	ENTRE	ENTRE	ENTRE	MÁS DE
1	$1073	$1074-$1481	$1482-$1610	$1611-$2147	$2148
2	$1452	$1453-$2003	$2004-$2178	$2179-$2903	$2904
3	$1830	$1831-$2525	$2526-$2745	$2746-$3660	$3661
4	$2208	$2209-$3048	$3049-$3313	$3314-$4417	$4418
5	$2587	$2588-$3570	$3571-$3880	$3881-$5173	$5174

PARTE RESPONSABLE (SI ES DIFERENTE DE PACIENTE)

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN DE ENVIO: _____

_____

CIUDAD: _____CÓDIGO POSTAL_____

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

CIUDAD: _____CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:_____

NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M☐ F☐

ESTÁTUS MARITAL: SOLT ☐ CASAD☐ DIV☐ VIUDO☐

NOMBRE DE ESPOSO(A): _____

EMPLEADOR: _____

TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AñOS

NOMBRE DE LA MADRE: _____

DIRECCIÓN DE ENVIO: _____

CIUDAD: _____CÓDIGO POSTAL:_____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

DIRECCIÓN DE ENVIO: _____

CIUDAD: _____CÓDIGO POSTAL:_____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

_____

PARIENTE MÁS CERCANO (FUERA DEL HOGAR) CIUDAD Y ESTADO NÚMERO DE TELÉFONO

Forma De Pago

☐Pago Privado ☐CMSP/*Fecha de asunto:* _____/ ____/ ____ ☐Seguro medico del estado :_____

☐Seguro Médico ☐MediCal/*Fecha de asunto:* _____/ ____/ ____ ☐Otro: _____

Si usted está cubierto por el Seguro, Medi-Cal o Medicare, por favor presente su tarjeta a al recepcionista.

Tenemos una escala móvil para los pacientes de bajos ingresos.Por favor, dígale a la recepcionista si usted está interesado en este programa.

El pago se require para los examines y el tratamiento de la oficina, en el momento que se dan los servicios. Al menos que se hayan hecho otros arreglos.

El abajo firmante, doy mi permiso para que el Centro de Salud de las Secoyas Rural administre mi atención médica Y estoy de acuerdo ser responsable del pago de todos los servicios del Centro de Salud.

_____ _____/ _____/ _____
Firma del paciente, Padre o Tutor Legal: *Fecha*

De conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Edad
Ley contra la Discriminación de 1975, secoyas Centro de Salud Rural no discrimina por motivos de raza, color, nacional origen, discapacidad o edad.

Información Del Seguro O Medicare Secundaria de Seguros

Estamos encantados de ayudarle en la presentación de sus reclamaciones de seguros; Sin embargo, por favor recuerde que usted es responsable de
asegurando que secoyas Centro de Salud Rural se paga por los servicios prestados a usted. Si su compañía de seguros no nos paga
dentro de los 60 días, se convierte en su responsabilidad de hacerlo y ponerse en contacto con su compañía de seguros para averiguar por qué el pago no tiene
ha hecho. Vamos a reembolsar a usted cuando su portador insuance remite un pago..

Su compañia de Seguros:_____Número de ID _____Número de Group _____

Tenedor de una póliza: ☐Yo ☐Esposo(a) ☐Padre ☐Otro Tenedor de una póliza: _____

Dirección de correo para Reclamaciones: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Autorización para liberación

Autorizo la liberación de cualquier y toda la información adquirida en el curso de un examen / tratamiento, para mi compañia de seguro.

AUTORIZO y solicito el pago de los beneficios médicos directamente a secoyas Centro de Salud Rural para médicos servicios prestados a mí. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia o escaneo de este
acuerdo es la misma validez que el original

_____ _____/ _____/ _____
Firma del paciente, Padre o Tutor Legal: *Fecha*

Secoyas Centro de Salud Rural Paciente Historia de Salud
Clinica Medica (707) 923-2783 Clínica Dental (707) 923-4313

Por favor responda las siguientes preguntas. Para preguntas Sí / No, por favor marque cada pregunta individual. Si no está seguro acerca de una pregunta, por favor marque el número o la letra que corresponda a la pregunta.

Nomber del paciente: Nomber _____ Apellido _____

Nombres utilizado anteriormente: _____ Telèfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Gènero:** □ Masculino □ Hembra **Email:** _____

1. ¿Por què estás aquí hoy? _____

2.¿Cuándo fue su ultimo examen de salud? _____ **3.¿ Quien es su mèdico?** _____

4. ¿Cuándo fue tu última visita al dentista? _____ **5. ¿Quièn es su dentista?** _____

6. Historia Mèdica: Alguna vez has tenido…

	No	**Sí/Añ̃o**
A. Accidentado o válvula de corazón artificial		
B. Lesión cardiac congènita o soplo		
C. Enfermeda del corazón Cardiovascular		
1. Dolor en el pecho durante/ después del esfuerzo		
2. Dificultad para respirar		
3. Hinchazón de los tobillos y los pies		
4. **Marcapasos cardÍaco**		
D. La presión arterial anormal (alta o baja)		
E. Problemas de pulmón, Asma, Tuberculosis, COPD		
F. Los problemas del sino		
G. La urticaria o erupciones en la piel		
H. Alergia		
I. Diabetes		
1. Micción Frecuente		
(más de 6x pro dÍa)		
2. Sed frecuente/boca seca		
	No	**Sí/Añ̃o**
J. Hepatitis A, B, o C		
K. Artritis		
L. Reumatismo o inflamación en las articulaciones dolorosas		
M. **Prótesis de articulación**		
N. Trastorno endocrino, tiroides		
O. úlcera estomacal		
P. Problemas de riñón		
Q. Tos persistente o con sangre		
R. **Desmayos o convulsiones**		
S. **Cáncer / Radiación**		
T. VIH o SIDA		
U. **Trastorno de la sangre, anemia o la hemofilia**		
1. Sangrando anormal con cirugÍa o trauma		
2. fácil aparición de moretones		
3. Transfusión de sangre		
V. Miembro de la familia con/trastorno hemorrágico		

7.Medicamentos: □ Marque aquÍ si usted no toma ningún medicamento (Por favor proporcione la lista de medicamentos completa en la página siguiente)

Estas tomando…	**No**	**Sí**
A. Antibióticos o sulfamidas		
B. Anticoagulantes (diluyentes de la sangre)		
C. Medicina para la presión arterial alta		
D. Esteroides de cortisone u otros		
E. Medicamentos para dormir		
F. Los AntihistamÍnicos		
G. Aspirina		
	No	**Sí**
H. La insulina o diabetes drogas		
I. Medicamentos para el corazón, la nitroglicerina, la digital		
J. Anticonceptivos orales		
K. Otros medicamentos		
L. Bifosfonatos (para la osteoporosis)		
M. La quimioterapia (o previamente)		

Nomber del paciente:_____ FDN: _____

8. Medicamentos □ No hay Medicamentos

Nombre de la marca	Nombre Generico	Fecha de inicio	Direcciones
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

9. Alergia □ Sin Alergias

Nombre	Reacción	Nombre	Reacción
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

10. Antecedentes mèdicos □ Antecedentes mèdicos no conocida

Condición	Comenzó el año
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

11. Cirugías pasadas □ No hay cirugías pasadas

Cirugía	Año
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

12. Lista de hospitalizaciones en los últimos 5 años:

Razón	què hospital	fecha

13. Pacientes del sexo femenino:

LMP: __/__/__ Actualmente Embarazada: Sí/No Amamantamiento: Sí/No

Por favor indique el número de: Embarazos: _____ Nacidos Vivos: ____ Ectópico: ____ Abortos involuntarios: ____ Abortos: ____

14. Historia de familia ☐ **Sin antecedents familiars de interès** ☐ **Soy adoptado/fomentado**

Diagnóstico	Miembro de la familia	Comentarios
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Bisphosphonates/Bisfosfonatos

Marque Sí en la casilla junto a los siguientes medicamentos si actualmente los toma o <u>si AlGUNA vez ha tomado estos medicamentos anteriormente.</u>

Nombre del medicamento	Verifique si sí / año	Verifique si no
Actonel		
Atelvia		
Boniva		
Didronel		
Etidronate		
Fosamax		
Alendronato		
Skelid		
Aredia		
Prolia		
XGEVA		
Reclast/Aclast		
Zometa		

Si actualmente está tomando o ha tomado cualquiera de los medicamentos anteriores en el pasado, tenga en cuenta el riesgo de osteonecrosis de la mandíbula con procedimientos dentales. Tenga en cuenta que es posible que deba ser referido para ver a un especialista para recibir tratamiento adicional. Las opciones se discutirán con su dentista

Nombre del paciente impreso_____ Fecha:_____

Firma del paciente_____

Nomber del paciente:_____ FDN: _____

Historia Social

15. El consume de alcohol □ sí □ no □ Ex Consumo

Que Tipo	
Bebidas por día	
Año de renunció	

16. El Consumo de tabaco □ sí □ no □ Ex Consumo

Tipo de tabaco	
# utilizado por día	
Años utilizan	
Año de renunció	

17. Mantenimiento de la salud última fecha de la prueba:

Chequeo de colesterol	
PSA	
Colonoscopia	
Densitometría ósea	
Ultrasonido del hígado	
Vacuna contra el tètanos	
Prueba de la hepatitis	
Prueba del VIH	
Prueba de la anemia	

18. Manejo de enfermedades última fecha de la prueba:

HgbA1C	
Ultrasonido abdominal	
Prueba de esfuerzo cardíaco	
Radiografia de pecho	
Ecocardiograma	
EKG	
Examen de la vista	

19. Enumerar otras enfermedades o problemas que puedan ser de interès:

_____

_____

20. Directivas Anticipadas (Resucitación Deseos)

Fecha de Reseña: _____ □ Ninguna □ DNR □ Testamento en vida □ El poder duradero del abogado □ HC Apoderado

***He completado esta historia de salud completa y exacta al major de mi conocimiento.**

_____ _____

Firma (Partido del paciente o responsable) **Fecha**

_____ _____

Impreso Nomber del Responsable **Relación con el paciente**

----------Uso en oficina ----------

Fecha de revisión: _____ Proveedor: _____ **Fecha de revisión: _____ Proveedor: _____**
Fecha de revisión: _____ Proveedor: _____ **Fecha de revisión: _____ Proveedor: _____**
Fecha de revisión: _____ Proveedor: _____ **Fecha de revisión: _____ Proveedor: _____**

Redwoods Rural HEALTH CENTER

Family Health Care

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN

"Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) - Consentimiento para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica"

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud protegida por Redwoods Rural Health Center (RRHC) con el propósito de diagnosticar o proporcionarme tratamiento; obtener el pago de mis facturas de atención médica; y / o llevar a cabo operaciones de atención médica. Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción sobre cómo se usa o divulga mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que RRHC haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

Autorizo a RRHC a utilizar una variedad de métodos de comunicación electrónica, que incluyen teléfono, mensajes de texto y correo electrónico para contactarme con notificaciones relacionadas con la salud. Para servirme mejor y mantenerme saludable, los mensajes incluyen recordatorios de citas, consejos de salud e información para ayudar a controlar mis enfermedades. Entiendo que algunas comunicaciones se realizan a través de los proveedores contratados de RRHC y estos mensajes no son un sustituto del asesoramiento médico profesional, el diagnóstico o el tratamiento. Autorizo a RRHC a divulgar información de salud protegida limitada a otras personas que puedan contestar mi teléfono, mensajes de texto o correo electrónico. Sé que puedo optar por no recibir estas comunicaciones de RRHC en cualquier momento llamando al centro de salud al (707) 923-2783 o probando la palabra "DETENER" en respuesta a un mensaje de texto.

Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de RRHC, que estuvo disponible antes de firmar este documento. El Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en el área de recepción y en el sitio web de RRHC, www.rrhc.org, describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que ocurrirán en mi tratamiento, el pago de mis cuentas o en la ejecución de operaciones de atención médica de RRHC.

Nombre impreso del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: ____/____/____

_____ Fecha Firmada ____/____/____

Firma del paciente, padre o tutor legal

Una fotocopia o escaneo de este acuerdo es tan válido como el original.

FIRMA PARA CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

He Tenido la oportunidad de leer los siguientes consentimientos informados:

Por Favor sus **iniciales** y **el signo.**

_____1) El Centro de Salud de las Secoyas Rural "Política de No Arribo"

_____ 2) Aviso de las Políticas de Privacidad

_____3) El Consentimiento para la anestesia local (para Dental Solamente)

_____4) El material dental Datos Hoja (para Dental Solamente)

_____5) El Consentimiento para fluoro de plata diamina (para Dental Solamente)

Paciente/Guardian: Firma _____ Fecha _____

Nomber Impreso del paciente _____ Fecha _____

Con el fin de ahorrar papel, estos materiales pueden ser vistos en nuestra clínica a su llegada o descargar y ver desde nuestro sitio web.

Dirección Web: http://www.rrhc.org

Busque en la sección Forma Descargar.

Redwoods Rural HEALTH CENTER

Family Health Care

Tratamiento de un consentimiento y delegación para menores

Yo, _____ soy el padre del niño enumerado a continuación y no hay órdenes judiciales en vigencia que me prohiban conferir el poder para dar consentimiento a otra persona.

Yo, _____ soy el tutor legal o custodio legal del niño por orden judicial (copia adjunta, si está disponible), y no hay otras órdenes judiciales vigentes que me prohiban confiriendo el poder de consentimiento a otra persona.

Doy mi consentimiento al Redwoods Rural Health Center para proporcionar, salud mental o tratamiento dental a mi niño. Además, autorizo a la (s) siguiente (s) persona (s)

Delegar 1 Nombre: _____Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Delegar 2 Nomber:_____ Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Delegar 3 Nombre:_____ Dirección: _____

Número de teléfono: _____

para consentir al tratamiento del siguiente niño, cuando no estoy disponible:

El nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento**: _____

El poder que confiero está específicamente limitado a la toma de decisiones en el cuidado de la salud, y puede ser ejercido solo por la persona (s) nombrada arriba. La (s) persona (s) nombradas arriba pueden dar su consentimiento a lo siguiente exámenes y tratamiento para mi hijo y puede tener acceso a todos los registros, incluido, pero no limitado a, registros de seguro con respecto a tales servicios (marque todos los que correspondan),

___médico, ___prueba de laboratorio, ___inmunizaciones, ___salud mental, ___dental, ___acupuntura

Conferir la delegación de consentimiento libremente y a sabiendas para proporcionar para el niño y no como resultado de presión, amenazas o pagos por parte de cualquier persona o agencia. Este documento permanecerá vigente hasta que sea revocado por mi notificación escrita.

_____/_____/_____

Firma del padre o tutor legal Nombre Impreso Fecha

Relación con el menor_____

_____/_____/_____

Firma de testigo Nombre Impreso Fecha

PO BOX 769 • 101 WEST COAST ROAD, REDWAY CA. WWW.RRHC.ORG

Medical (707) 923-2783 • Dental (707) 923-4313 • Fax: 707-923-2543

Secoyas Centro de Salud Rural
Aplicación de Escala

Persona responsable del hogar:

Nombre: (Nombre, Inicial segundo nombre, Apellido):	Número de Seguro Socical:	FDN:	Condado:
Dirección de envio:	Ciudad/Estado/Código:	Teléfono de casa:	Teléfono del trabajo
Sin hogar/ Vivienda de Transición: Si/No	Estátus Marital: Soltero ❑ Viudo ❑ Divorciado ❑		
Número de personas que viven el la casa que comparten los gastos del hogar:	Casado ❑ Separado ❑		

Información de Ingresos: Por favor complete para todos los miembros adultos del hogar que están empleados: PRUEBA DE INGRESOS BRUTOS se facilitará a RRHC (talón de cheque RECIENTE, declaración de impuestos, DECLARACIÓN DE FEDERAL O DEPÓSITOS DEL ESTADO). PERSONAS QUE NECESITAN PARA DECLARAR MISMO SE REQUIEREN PARA CUMPLIR CON UN PACIENTE SERVICIOS Asistente de lo contrario, los servicios serán prestados en la carga completa.

Persona Empleada	**Nombre de empresa**	**Ingresos (Antes de)**	**¿Pagado?¿Con qué frecuencia? Marque uno**
		$	❑ Semana ❑ 2 veces por mes ❑ Mensual ❑Cada 2 semanas
		$	❑ Semana ❑ 2 veces por mes ❑ Mensual ❑ Cada 2 semanas
Otra fuente de ingresos:	Pensión alimenticia $	TANF $	Pensión/Jubilación $
Manutención de los hijos $	Discapacidad $	S.S.I. $	Seguro Social $
Desempleo$	Otro $	Otro $	Otro$

Información del Hogar: Listar todos los individuos en el hogar, incluyendo la persona responsable de la familia.

Nombre	**FDN**	**Relación**	**Edad**	**Ingresos**	**Employed**
1.					**Sí/No**
2.					**Sí/No**
3.					**Sí/No**
4.					**Sí/No**

***** Usted puede enumerar personas adicionales el la parte posterior de la aplicación.***

Firma del solicitante _____ **Fecha** _____ **/** ___ **/** ____

Sólo para uso de oficina

- El paciente ha sido aprobado para su escala móvil: A ❑ B ❑ C ❑ D ❑ E ❑
- El paciente aplico para Medi-Cal or Covered CA (cícule el programa) Día de la cita: _____
- El paciente fue negado cobertura de Medi-Cal (copia de la negación adjunta)
- El paciente ha cumplido con la cuota de costo O deducible y no es elegible para el programa de escala móvil.
- Ingreso del paciente es demasiado alto para calificar para el programa de escala móvil.
- Paciente se negó a proporcionar información sobre los ingresos o se negó a completer el formulario de elegibilidad.
- El paciente ha disminuido el programa de escala móvil.

Firma del personal _____ Fecha _____

Redwoods Rural HEALTH CENTER

Family Health Care

Orientación Sexual e Información de Género

Los informes de salud obligatorios requieren que recopilemos información sobre el género y la orientación sexual de nuestros pacientes.

Las respuestas se mantendrán en privado y son confidenciales en su registro de salud. Los datos que recopilemos se utilizarán solo para mejorar la calidad de la atención médica.

Identidad de género:

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer
- ☐ Mujer a Hombre/Transgénero Masculino/Trans Hombre
- ☐ Hombre a mujer/mujer transgénero/mujer trans
- ☐ Otra
- ☐ Elija no revelar

Orientación Sexual:

- ☐ Lesbiana o gay
- ☐ Heterosexual
- ☐ Bisexual
- ☐ Algo más
- ☐ Elija no revelar
- ☐ No sé
- ☐

S:\ALL FORMS\Sexual Orientation and Gender Information.docx Rev. 04/10/2020 ED

PO BOX 769 • 101 WEST COAST ROAD, REDWAY CA. WWW.RRHC.ORG
Medical (707) 923-2783 • Dental (707) 923-4313 • Fax: 707-923-2543