

FORMULARIO DE REGISTRO PARA NUEVOS PACIENTES

Nombre del paciente: Apellido		Nombre		Segundo Nombre	
Dirección:			Ciudad		Estado
# Teléfono de la casa		# Teléfono del trabajo		# Teléfono celular	
Sexo (marque uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento		# Seguro Social	
				# Licencia de Conducción	
Estado Civil/Marital (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo(a)		Nombre esposo (a) (Si aplica)		Dirección correo electrónico:	
Raza <input type="checkbox"/> Nativo/Indio Americano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro					Idioma
Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Ninguno		Doctor Primario (de cabecera)		# de Teléfono	
¿Cómo se enteró de nuestra Práctica? <input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Internet/Página Web <input type="checkbox"/> Referencia de un Médico <input type="checkbox"/> Aseguranza <input type="checkbox"/> Locación/ Conducía por el sector <input type="checkbox"/> Otro					
Nombre de Farmacia:			# de Teléfono de la Farmacia:		
Persona Responsable: Apellido		Nombre		Relación con el paciente	
# de Seguro Social		Empleador		Fecha de Nacimiento	
Nombre de la Aseguranza primaria:			Dirección de Reclamaciones		
Número de Póliza (ID)		Numero de Grupo (ID)		# de Teléfono	
Complete esta sección SOLO si el paciente es menor de edad					
_____ Fecha de Nacimiento: __/__/__ # Seguro Social ____-____-____ Relación con el paciente : _____ Padre, Madre/Guardián Legal					
_____ Firma del Padre, Madre/Guardián Legal				_____ Fecha:	
<p>Por este medio se concede la autorización para liberar la información contenida en la historia clínica del paciente que sea necesaria para procesar y completar la reclamación a la compañía de aseguranza del paciente (o a sus empleados o agentes). Entiendo que esta autorización puede incluir la divulgación de información a cerca de enfermedades transmisibles, como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA") y el virus de inmunodeficiencia humana ("VIH") . Entiendo que soy financieramente responsable por los gastos totales de los servicios prestados que pueden incluir servicios no cubiertos por la compañía aseguradora del paciente. "The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA)" es una regulación del gobierno federal diseñada para asegurarse que el paciente es consciente de sus derechos de privacidad y de cómo su información médica puede ser utilizada por nuestro personal en la prestación y la organización de su atención médica.</p> <p>El Aviso de Prácticas Privadas se muestra para su revisión y tengo entendido que tengo derecho a recibir una copia de este documento.</p> <p>El pago debe hacerse en el momento del servicio dado y será recogido durante el proceso de registro. Aceptamos efectivo, cheque y tarjetas de crédito. Se requiere una identificación con foto del gobierno válida para todas las transacciones. Existe un cargo de \$35.00 que se aplica por cheques devueltos.</p>					
_____ Firma del Paciente, Padre/Madre, Guardián Legal.				_____ Fecha	

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

NO revelar o discutir cualquier información que este relacionada con mi cuenta de facturación o condiciones médicas con ninguna otra persona diferente a mi, excepto en una situación de emergencia.

A continuación, por favor indique (marcando la casilla) cualquier persona(s) que WRFH puede contactar para discutir información relacionada con su cuenta de **facturación** y / o **condiciones médicas**. Además, indique la persona que usted quisiera asignar como su **contacto de emergencia** en caso de que una situación de emergencia tenga lugar en nuestra oficina.

_____ Facturación Información Médica Contacto de emergencia
Nombre Relación Telefono

_____ Facturación Información Médica Contacto de emergencia
Nombre Relación Telefono

No deseo ser notificado por ningún otro medio de comunicación a cerca de mi condición médica. Solicito que la comunicación a cerca de mi condición médica se realice **SOLAMENTE** cuando yo esté en la clínica.

Mi medio preferido de comunicación con respecto a mi condición médica se indica a continuación (marque uno):

Teléfono de la casa Teléfono del trabajo Celular Carta enviada por correo Otro: _____

Si el medio de comunicación anterior es por teléfono, por favor marque la casilla que corresponda:

Esta bien dejar un mensaje con información detallada. Dejar un mensaje con un número telefónico para regresar la llamada.

Uso de comunicación electrónica de WRFH con el paciente

Sí, deseo que WRFH me comunique mi información a través del portal del paciente WRFH. Se le notificará por correo electrónico cuando haya información para que la revise. El correo electrónico tendrá un enlace que lo llevará al sitio seguro. Después de que haga click en el enlace deberá iniciar sesión y proporcionar una contraseña para acceder a su información. Usted tendrá que tomar nota de esta contraseña para acceder a su información en el futuro.

Por favor escriba en el espacio debajo la dirección de correo electrónico que desea utilizar para notificarle que hay información disponible para que usted revise: _____

No, yo no quiero que WRFH me comunique información personal por medio de comunicación electronica

Consentimiento para obtener Historial de Prescripciones Médicas

Autorizo a White Rock Family Health y sus proveedores afiliados a acceder y utilizar mi historial de prescripciones médicas para propósitos de mi tratamiento. Comprendo que el historial de prescripciones de otros proveedores médicos no afiliados, aseguranzas médicas, y farmacéuticos pueden ser vistos por los proveedores médicos y el personal de White Rock Family Health y puede incluir prescripciones de varios años.

Reconozco y comprendo que White Rock Family Health puede utilizar sistemas de intercambio de información de salud para transmitir, recibir y / o acceder electrónicamente a mi historial de prescripciones médicas.

Firma

Fecha

La duración de esta autorización es de carácter indefinido, a menos que sea revocada por escrito. Entiendo que la solicitud de mi información médica a personas que no figuren en esta forma, necesitará la autorización previa a la divulgación de cualquier información médica.

Firma del paciente, padre/madre, o guardián legal.

Fecha

Nombre del Paciente, padre/madre, o guardián legal

Relación con el paciente

WHITE ROCK FAMILY HEALTH



problemas medicos que ustedes tengan. Por favor llene los circulos completamente que indica sus problemas medicos.

Gracias.

Ejemplos:

correcto

incorrecto

incorrect

Por Favor indicar cualquier orta condicion medica que tenga en el espacio abajo:

	Yo	Padre	Madre	hermano/a
Historia Medico				
Diabetes	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si
Altapresion	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si
Colesterol	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si
Aritmia Cardiaca	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si
Ataque al Corazon	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si
Insuficiencia Cardia Congestiva	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si
Tiroides	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si
Problemas de Rinon	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si
Asma	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si
Enfisema Pulmonar	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si
Bronquitis Cronica	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si
Problemas de Higado	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si
Coagulacion de Sangre	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si
Cancer de Seno	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si
Cancer de Colon	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si
Convulsion	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> Si
Historia Social				
Fuma:	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No		
Toma:	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No		
Usa Droga:	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No		
Ejercicio:	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No		
Cinturon de Seguridad:	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No		
Viaja fuera de los E.U:	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No		

CONSTITUTIONAL

Fiebre Yes No
 Falta de apetito Yes No
 Sin energia Yes No
 Inquieto Yes No
 Dificultad para dormir Yes No
 Sueno excesivo Yes No

NEUROMUSCULAR

Convulsiones Yes No
 Movimiento extraño Yes No
 Episodios de ausencias Yes No
 Dolor en las articulaciones Yes No
 Inflamacion articular Yes No

DERMATOLOGY

Ronchas Yes No
 Llagas Yes No
 Comeson Yes No
 Piel seca Yes No
 Marcas de nacimiento Yes No

ENT

Escurrimiento nasal Yes No
 Hemorragias nasales Yes No
 Congestion nasal Yes No
 Tos Yes No
 Dolor de oidos Yes No
 Infecion de oido Yes No
 Secrecion del oido Yes No
 Problema de audicion Yes No

ALLERGY

Destornudo Yes No
 Comezon en los ojos Yes No
 Lagrimeo excesivo Yes No

OPHTHALMOLOGY

Enrojecimiento en los ojos Yes No
 Secrecion de los ojos Yes No
 Ojos bizcos Yes No

HEMATOLOGY/LYMPH

Glandulas inflamadas Yes No
 Moretones con facilidad Yes No

RESPIRATORY

Tos Yes No
 Pillido Yes No
 Dificultad al respirar Yes No
 Ronquera Yes No

GASTROENTEROLOGY

Dolor de estomago Yes No
 Vomito Yes No
 Heces duras o dolorosas Yes No
 Diarrea Yes No
 Sangre en las heces Yes No

CARDIOLOGY

Soplo en el corazon Yes No
 Desvanecimientos Yes No

ENDOCRINOLOGY

Bajo de peso Yes No
 Sobre peso Yes No
 Excesiva hambre Yes No
 Excesiva sed Yes No
 Cambios en la piel Yes No
 Cambios de pelo Yes No

UROLOGY

Problema al orinar Yes No
 Frecuencia inusual Yes No
 Olor inusual de la orina Yes No
 Apariencia de orina inusual Yes No

PSYCHOLOGY

Muy activa Yes No
 Lloro excesivamente Yes No
 Ansioso Yes No
 No es social Yes No
 Abuso prenatal Yes No