



Paquete para pacientes nuevos - Clínica de practica familiar

Información del paciente ***Esta es información de salud protegida***

Nombre legal: _____ Nombre Preferido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo legal asignado al nacer: Masculino Femenino

Pronombres: _____

Género: Masculino Femenino No binario Transgénero Femenino Transgénero Masculino Otro _____

Dirección física: _____

Dirección de envío: _____

Correo electrónico: _____ ¿Portal de paciente? sí No

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Otros datos demográficos

Idioma: _____

Raza: Indio americano o nativo de Alaska asiático negro o afroamericano Nativo de Hawai o Otra isla del Pacífico Blanco se niega a responder Otro: _____

Etnicidad: hispano o latino No Hispano o Latino se niega a responder

Contacto de emergencia

Primer nombre y apellido: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____

preferencia de comunicacion

¿Cómo prefiere recibir nuestra comunicación verbal? Por favor, marque lo que se aplica a usted.

	llamar a que telefono	¿Está bien dejar un mensaje?
Información de la cita	<input type="checkbox"/> Célula <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información de su proveedor	<input type="checkbox"/> Célula <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información financiera	<input type="checkbox"/> Célula <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



CASCADE MEDICAL

PARTNERS IN YOUR HEALTH

Escriba el número de teléfono que desea que usemos para los recordatorios de citas: _____

¿Te gustaría recibir recordatorios por mensaje de texto? Sí No

Garante del seguro (si es diferente del paciente)

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____

Indique brevemente sus principales preocupaciones con respecto a su salud.

Otros proveedores que lo tratan actualmente, incluidos los especialistas

Nombre del proveedor	Instalaciones	Información del contacto

Farmacia preferida y ubicación: _____

Enumere todas las alergias y reacciones adversas a medicamentos y alimentos y la reacción que experimentó

Alergia / Reacción Adversa	Reacción

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos suplementos, ungüentos y hierbas junto con la dosis del medicamento y la frecuencia con la que lo toma.

Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia con la que toma el medicamento



CASCADE MEDICAL

PARTNERS IN YOUR HEALTH

Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia con la que toma el medicamento

Historial médico

Enumere sus problemas médicos y el mes y año aproximados en que comenzaron

Condición	Mes y año de inicio

Enumere las cirugías, lesiones y hospitalizaciones con la fecha aproximada

Cirugía/ Lesión/ Hospitalización	Fecha

Antecedentes familiares Problemas médicos

Pariente	Vivir	Edad o edad al morir	Por favor enumere cualquier problema de salud
Padre	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No		
Madre	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No		
Hermano	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No		
Hermano	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No		
Hermana	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No		
Hermana	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No		

Historial de salud reproductiva

Edad del primer período: _____ Edad de la menopausia si corresponde: _____



CASCADE MEDICAL

PARTNERS IN YOUR HEALTH

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ Resultados: _____

Centro donde se realizó: _____

Historial de prueba de Papanicolaou anormal: Sí No Historial de control de la natalidad: Sí No

Número de embarazos: _____ Número de nacidos vivos: _____

Antecedentes de embarazos ectópicos: Sí No

Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual: Sí No

Antecedentes de cáncer de órganos reproductivos: Sí No Antecedentes de infertilidad: Sí No

Historial de exposición a toxinas ambientales u ocupacionales: Sí No

vacunas

¿Necesita vacunas actualizadas? Sí No

¿Qué vacunas necesita? _____

Cuidado preventivo

Si se ha realizado las evaluaciones a continuación, documente la fecha de la última evaluación y el lugar donde se completó.

Poner en pantalla	Fecha de la última proyección	Ubicación de la última proyección	Resultados
Mamografía			
Prueba de Papanicolaou			
Densidad ósea (DEXA)			
Aneurisma Abdominal (AAA)			
Examen de la vista			
colonoscopia			
Prueba FIT de heces			
Cologuard			
Detección de hepatitis C			
Detección de VIH			
Prueba genética			

Historia Social, Educativa y Laboral

¿Eres fumador actual? sí No

En caso afirmativo: ¿A qué edad comenzó?: _____

¿Eres un ex fumador? sí No

En caso afirmativo: ¿En qué año renunció?: _____



CASCADE MEDICAL

PARTNERS IN YOUR HEALTH

¿Cuántos paquetes al día fuma ba/fuma? _____

¿Cuántas onzas de alcohol bebes al día? _____ Qué tipos)? _____

¿Utiliza drogas recreativas? Sí No En caso afirmativo, ¿cuáles y frecuencia? _____

Cuestionario de detección de determinantes sociales de la salud

Situación de vida

1. ¿Cuál es su situación de vida actual?
 - Actualmente tengo un lugar para vivir
 - Tengo un lugar para vivir en este momento, pero estoy preocupado por el futuro
 - Actualmente no tengo un lugar para vivir
2. ¿Problemas donde vives?
 - Plagas, como insectos, hormigas o ratones.
 - Moho
 - Pintura o tuberías con plomo
 - falta de calor
 - El horno o la estufa no funcionan
 - Faltan detectores de humo o no funcionan
 - Faltan detectores de monóxido de carbono o no funcionan
 - Fugas de agua
 - Pisos/escaleras inseguros
 - Iluminación inadecuada
 - Sin problemas conocidos

Utilidades

1. En los últimos 12 meses, ¿sus servicios públicos han estado en peligro de ser cortados?
 - Sí
 - No
 - ya apagado

Transportación

1. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido falta de transporte que le impidió acudir a citas médicas, reuniones, trabajar o conseguir las cosas necesarias para la vida diaria?
 - Sí
 - No



Estrés financiero

1. ¿Qué tan difícil es para usted pagar lo básico como comida, vivienda, atención médica y calefacción?
 - Muy duro
 - Difícil
 - algo difícil
 - no muy difícil
 - Negarse a contestar
 - No aplica

Alimento

1. En los últimos 12 meses, ¿ha temido que se le acabara la comida antes de poder comprar más?
 - A menudo cierto
 - a veces cierto
 - Nunca es verdad
2. En los últimos 12 meses, la comida no duraba hasta que tenía dinero para comprar más.
 - A menudo cierto
 - A veces cierto
 - Nunca es verdad

Empleo

1. ¿Quiere ayuda para encontrar o mantener un trabajo o un trabajo?
 - Sí, ayuda a encontrar trabajo.
 - Sí, ayuda para mantener el trabajo.
 - No necesito ni quiero ayuda

Seguridad personal - Otro abuso

1. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares, amigos y otras personas, lo lastima físicamente?
 - Nunca
 - Poco frecuentemente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Con frecuencia
 - se negó a responder
2. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares, amigos y otras personas, lo insultan o lo desprecian?
 - Nunca
 - Poco frecuentemente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente



CASCADE MEDICAL

PARTNERS IN YOUR HEALTH

- Con frecuencia (continúa en la página siguiente)
 - se negó a responder
3. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares, amigos y otras personas, lo amenaza con hacerle daño?
- Nunca
 - Poco frecuentemente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Con frecuencia
 - se negó a responder
4. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares, amigos y otras personas, le grita o le maldice?
- Nunca
 - Poco frecuentemente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Con frecuencia
 - se negó a responder

Seguridad personal – Armas de fuego

1. ¿Armas de fuego en el hogar?
- Sí
 - No
 - Desconocido
 - se negó a responder



CASCADE MEDICAL

PARTNERS IN YOUR HEALTH

Sobre el **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

	De nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso, ansioso o al borde	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. No ser capaz de detener o controlar la preocupación.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Preocuparse demasiado por cosas diferentes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Problemas para relajarse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Enfadarse o irritarse con facilidad	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Sentir miedo, como si algo terrible pudiera suceder	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1. Poco interés o placer en hacer las cosas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Sentirse cansado o tener poca energía.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Falta de apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse a sí mismo de alguna manera	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Si marcó CUALQUIER problema, ¿cuán DIFÍCIL le han resultado estos problemas para hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en el hogar o llevarse bien con otras personas?				
Nada difícil Algo difícil Muy difícil Extremadamente difícil				



Consentimiento para atención médica

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Liberación de información: Cascade Medical (CM) puede divulgar todo o parte del registro del paciente a cualquier persona o corporación que sea o pueda ser responsable en virtud de un contrato con CM o con el paciente por la totalidad o parte de los cargos de CM, incluidos, entre otros, seguros empresas, agencias gubernamentales de salud, compensación laboral y/o empleadores.

Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios del Seguro: Por la presente autorizo el pago directamente a CM por el beneficio de CM que de otro modo se me pagaría a mí, pero que no exceda el cargo regular de CM por este período de servicio. Entiendo que soy financieramente responsable ante CM por los cargos no pagados en virtud de esta asignación. Si la cuenta se remite a una agencia de cobro para el cobro, yo, el abajo firmante, pagaré los gastos de cobro y los honorarios razonables de cobranza y de abogado.

Además, autorizo a CM a realizar la consulta que considere necesaria para confirmar cualquier cobertura y mi responsabilidad financiera, de cualquier tercero pagador o referencias financieras que pueda haber nombrado, y por la presente autorizo a esos pagadores y/o referencias a divulgar dicha información a CM. .

Aunque un reclamo de seguro puede estar pendiente, entiendo que puedo recibir un estado de cuenta cada mes si mi cuenta tiene un saldo pendiente. Además, entiendo que CM no puede aceptar la responsabilidad de cobrar mi reclamo de seguro o de negociar un acuerdo sobre un reclamo en disputa y que soy responsable del pago oportuno de mi cuenta y de todos los cargos por morosidad que resulten de la falta de pago oportuno de esa cuenta.

El abajo firmante acuerda, ya sea que firme como agente o como paciente, que en consideración de los servicios a ser prestados al paciente, por la presente se obliga individualmente a sí mismo a pagar la cuenta, así como obligar al paciente, y CM puede mirar a uno o ambos para el pago.

Si la tarjeta de seguro no está disponible, escriba sus iniciales según corresponda:

_____ Enviaré por fax/correo o llevaré mi tarjeta a CM

_____ Entiendo que hasta que no traiga mi tarjeta, se me facturará

Consentimiento para atención médica: Por la presente acepto que el paciente está bajo el control de su proveedor de atención médica y el suscrito da su consentimiento para cualquier tratamiento o servicio de hospital/clínica prestado al paciente bajo las instrucciones generales y especiales de su proveedor de atención médica.

Pacientes de Medicare: Certificación del paciente, autorización para divulgar información y solicitud de pago: Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios, o proveedores, cualquier información necesaria para este o un reclamo de Medicare relacionado. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.

Fecha

Firma del paciente o garante

Testigo

Relación con el paciente

Negativa a firmar: el paciente se niega a firmar este documento.

Fecha

Recepcionista

Testigo