promise healthcare
OPERATING FRANCES NELSON AND SMILEHEALTHY

Información (Por favor presente su identificación con foto y tarjeta de seguro con este papeleo

Nombre Legal: Primero Nombre	Medio Nombre	Apellido	Sufijo (Jr, Sr, II, III, etc.)

Nombre/apodo preferido	Fecha de nacimiento Mes Dia Año _____/_____/_____	Género indicado en el seguro/licencia de conducir □ Hombre □ Mujer Número de Seguro Social _____-_____-_____

Dirección de la calle:	# de Apartamento/Suite/Unidad	Ciudad	Estado	Código postal

Teléfono móvil/celular ( )	Teléfono de casa ( )	Dirección de correo electrónico

La mejor manera de contactarme/dejar mensajes (marque todo lo que corresponda): □ Teléfono/correo de voz □ Correo Electrónico □ Correo de EE. UU.

Pronombre Preferido: □ Preguntado pero desconocido □ Él, él, su □Ella, Ella, Suya □Ella, ellas, las suyas □ Ellos, ellos, los suyos □ Ze, Hir □ Otro □ Rechazado

Identidad de Género	Orientación Sexual
□ De mujer a hombre (FTM) Hombre transgénero □ De hombre a mujer (MTF) Mujer transgénero □ Elija no divulgar □ Otro _____	□ Lesbiana o Gay □ Heterosexual □ Algo más □ Elija no divulgar □ Otro_____

Estado Civil □Soltero □ Pareja □ Casado □ Divorciado □ Separado □ Viudo □ Otro

Idioma Preferido □Birmano □Inglés □Francés □Alema □Japonés □Italiano □Español □Otro □Guajarati □Kanjobal □Tigriña □Sudán

Es Estudiante el Paciente □ Sí □ No

Persona responsable de la factura: si es usted mismo, déjelo en blanco

Relación □Yo □Padre □Compañero de vida □Cónyuge □Otro

Nombre legal:	Medio Nombre	Apellido	Sufijo (Jr., Sr, II, III etc.)

Dirección de la calle:	# de Apartamento/Suite/Unidad	Ciudad	Estado	Código postal

Número de Seguro Social _____-_____-_____	Fecha de nacimiento Mes Dia Año _____/_____/_____	Relación: □Yo □Padre □Compañero de vida □Otro □Cónyuge

Información del Seguro Medico

Seguro Primario: □Medicare □Medicaid □Blue Cross Blue Shield □Molina □United Healthcare □Otro: _____

Nombre del titular de la póliza Primaria	Número de identificación: Número de grupo:	Fecha de nacimiento Mes Dia Año _____/_____/_____

Relación con paciente: □Yo □Padre □Compañero de vida □Cónyuge □Otro: _____

Seguro Secundario: □Medicare □Medicaid □Blue Cross Blue Shield □Molina □United Healthcare □Otro: _____

Nombre del titular de la póliza Secundaria	Número de identificación: Número de grupo:	Fecha de nacimiento Mes Dia Año _____/_____/_____

Relación con paciente □Yo □Padre □Compañero de vida □Cónyuge □Otro: _____

promise healthcare
OPERATING FRANCES NELSON AND SMILEHEALTHY

Información del Empleador					
Nombre del empleador:					
Dirección de la calle del empleador:			Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del trabajo:			Ocupación:		
Situación laboral:	□Tiempo completo	□Tiempo parcial	□Retirado	□Servicio activo	□Sin trabajo	□Trabajo por cuenta propia

Contacto de Emergencia/Relaciones/Rol				
Nombre legal	Medio Nombre	Apellido		Sufijo (Jr, Sr, II, III etc.)
Dirección de la calle:	# de Apartamento/Suite/Unidad	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono móvil/celular ( )		Teléfono de casa ( )		

Situación de la Vivienda y del Trabajador							
Estado de Vivienda:	□Duplicando	□Transicional	□Calle	□Refugio	□No sin hogar	□Desconocido	□ Vivienda de apoyo permanente

Condición de Trabajador Migrante:			
□ Migrante	□ No es un trabajador agrícola	□ Trabajador de temporada □	
Raza:	□ Indio asiático □ Chino □ Filipino □ Japonés	□ Coreano □ Vietnamita □ Otro asiático □ Nativo de Hawái	□ Otro isleño del Pacífico □ Guameño o Chamorro □ Samoano □ Negro/afroamericano	□ Indio americano/nativo de Alaska □ Blanco □ Más de una raza □ No declarado/Elige no revelar la raza
Origen étnico	□ Cubano □ Puertorriqueño	□ Mexicano, Mexicanoamericano Chicano/a □ Otro origen hispano, latino o español		□ No hispano, latino/a o de origen español □ No declarado/Elige no revelar el origen étnico
¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas?		□ Sí		□ No
¿Cómo te enteraste de nosotros? _____				

promise healthcare
OPERATING FRANCES NELSON AND SMILEHEALTHY

Escala de Tarifa Móvil de 30 Días Solo Para Nuevos Pacientes

Ingreso familiar actual:

Semanal $_____ Mensual $_____ Anualmente $_____

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

PHC recibe fondos para proporcionar beneficios financieros a los clientes. Al proporcionar la prueba de sus ingresos, PHC puede determinar si es elegible para estos beneficios.

La prueba de sus ingresos incluye, entre otros, sus últimos dos o tres talones de pago, el formulario W-2 del año pasado, la declaración de impuestos del año pasado o la documentación aprobada por un asesor financiero de PHC.

Al firmar, entiendo que, según mis ingresos, puedo ser elegible para la escala móvil de PHC. Sin embargo, debo proporcionar prueba de ingresos para recibir estos beneficios dentro de los 30 días de mi primera visita.

Entiendo que se me cobrará la tarifa completa de mi visita si no presento la documentación de ingresos dentro de los 30 días de mi primera visita.

Entiendo que nunca se me negarán los servicios en PHC debido a la falta de pago.

Firma del paciente
_____Fecha_____

Firma del representante de Promise Healthcare
_____Fecha_____

promise healthcare
OPERATING FRANCES NELSON AND SMILEHEALTHY

Este cuestionario se utiliza para recopilar información sobre su historial de salud actual. Además de brindarle a su equipo de atención médica información clínica importante, este cuestionario también nos ayuda a cumplir con los requisitos especiales establecidos por Medicare y otras aseguradoras de salud.

Información del paciente:

Nombre: _____Fecha de nacimiento: _____/_____/____

Sexo al nacer: □Masculino □Femenino ¿Cuál es tu idioma principal? _____

Alergias:

¿Ha tenido urticaria, sarpullido en la piel, problemas respiratorios u otras reacciones alérgicas a los medicamentos?

□Sí □No En caso afirmativo, enumere a continuación:

Nombre del medicamento:	Describa la reacción alérgica:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Hay medicamentos, además de aquellos a los que es alérgico, que preferiría no tomar debido a los efectos secundarios desagradables anteriores? □Sí □No

En caso afirmativo, especifique:

_____

¿Ha tenido una reacción alérgica a: Yodo o medio de contraste de rayos X? □Sí □No ¿Látex o caucho (guantes, condones, globos)? □Sí □No

¿Mariscos? □Sí □No ¿Picaduras de abeja o avispa? □Sí □No ¿Cinta adhesiva? □Sí □ No Otras alergias (especifique):

_____

Indique cualquier alergia alimentaria: □Ninguna

_____

Altura: ____ Peso: ____ ¿Cambio de peso reciente? □No □Sí Ganancia de ____ libras Pérdida de ___ libras

Si es mujer, ¿está embarazada? □Sí □No Fecha de la última vacuna contra la gripe: _____

Historial médico pasado: **Marque si tiene o ha tenido alguno de los siguientes:**

□ Reflujo ácido	□ Desmayos	□Lupus
□ Adicción al alcohol	□ Enfermedad de la vesícula biliar	□ Migrañas
□ Anemia	□ ERGE	□ Infección miocárdica
□ Angina	□ Glaucoma	□ Trastorno neurológico
□ Ansiedad	□ VIH positivo/SIDA	□ Trasplante de órganos
□ Artritis	□ Hepatitis C	□ Osteoartritis

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/____

□Asma	□Enfermedad cardíaca/cirugía	□Osteoporosis

promise healthcare
OPERATING FRANCES NELSON AND SMILEHEALTHY

□ Fibrilación auricular
□ Trastorno autoinmune
□ Tratamiento con bisfosfonatos
□ Coágulos de sangre
□ Hipertrofia prostática benigna
□ Accidente cerebrovascular
□ EPOC
□ Cáncer o tumor
□ Enfermedad de las arterias coronarias
□ Enfermedad de Chron
□ Depresión
□Diabetes
□ Trastorno alimentario

□ Soplo cardíaco
□ Hepatitis A
□ Hepatitis B
□ Hepatitis C
□ Enfermedad del intestino irritable
□ Reemplazo articular
□ Hiperlipidemia
□ Hipertensión/presión arterial alta
□ Problemas renales
□ Problemas de aprendizaje
□ Enfermedad hepática
□ Presión Arterial Baja
□ Enfermedad pulmonar

□ Marcapasos
□ Atención psiquiátrica
□ Enfermedad de úlcera péptica
□ Radioterapia
□ Fiebre reumática
□ Enfermedad renal
□ Trastorno convulsivo/epilepsia
□ Enfermedad de transmisión sexual (ITS, ETS)
□ Accidente cerebrovascular
□ Enfermedad de la tiroides
□ Tuberculosis
□ Otro (Especifique) _____

Antecedentes quirúrgicos pasados: **Marque todo lo que corresponda:**

	Año		Año		Año
□ Angioplastia	_____	□ Colectomía	_____	□ Marcapasos	_____
□ Angio con stent	_____	□ Colostomía	_____	□ Biopsia de próstata	_____
□ Apendicectomía	_____	□ Bypass gástrico	_____	□ Resección del intestino delgado	_____
□ Artroscopia	_____	□ Reparación de hernia	_____	□ Tiroidectomía	_____
□ Cirugía de espalda	_____	□ Reemplazo de cadera	_____	□ Amigdalectomía	_____
□ CABG	_____	□ Reemplazo de rodilla	_____	□ TURP _____	_____
□ Túnel carpiano	_____	□ LASIK	_____	□ Vasectomía	_____
□Extracción de cataratas	_____	□Biopsia de hígado	_____	□ Otro (especifique):	_____
□ Colecistectomía	_____	□ ORIF	_____		

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/____

Hospitalizaciones: Indique las hospitalizaciones importantes pasadas:

¿Ha sido hospitalizado en los últimos 10 años? □Sí □No

promise healthcare
OPERATING FRANCES NELSON AND SMILEHEALTHY

Año	Lugar	Enfermedad/Lesión	Médico
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historia dental

¿Cuál fue la fecha de su última visita al dentista? _____
Nombre del dentista anterior: _____
Enumere cualquier inquietud que tenga sobre los tratamientos dentales:
_____
_____

¿Su médico le ha dicho que se pre-medique antes de las citas con el dentista debido a una afección médica? □Sí □No

Alcohol:

¿Bebes alcohol? □Sí □No ¿Qué tipo de alcohol? _____¿Cuánto bebe en una semana habitual? _____
¿Cuándo bebiste por última vez? _____ Si ha dejado de beber, ¿cuándo lo dejó? _____
¿Cuántas veces en el último año ha bebido más de 4 tragos en un día si es mujer, 5 o más tragos en un día si es hombre?

Uso de marihuana:

¿En los últimos 12 meses ha consumido marihuana? □Sí □No ¿Con qué frecuencia consume marihuana? _____

Uso de sustancias:

En los últimos 12 meses, ¿Ha consumido alguna sustancia ilegal, por ejemplo, cocaína, crack, heroína, metanfetamina (Crystal Meth), alucinógenos, éxtasis/MMDA? □Sí □No ¿Con qué frecuencia ha consumido cocaína, crack, heroína, metanfetamina (Crystal Meth), alucinógenos, éxtasis/MMDA? _____

En los últimos 12 meses, ¿ha abusado de medicamentos recetados? □Sí □No ¿Con qué frecuencia ha abusado de los medicamentos recetados? _____

Historia familiar

	Año de nacimiento	Enfermedad grave (si corresponde, causa de muerte)	Vivo/Fallecido	Si falleció, ¿a qué edad?
Padre	_____	_____	□Sí □No	_____
Madre	_____	_____	□Sí □No	_____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/____

Género	Hermanos			
□M □F	_____	_____	□Sí □No	_____
□M □F	_____	_____	□Sí □No	_____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/____

Género	Hijos			
□M □F	_____	_____	□Sí □No	_____
□M □F	_____	_____	□Sí □No	_____

Historia familiar: Marque si algún miembro de la familia ha tenido alguno de los siguientes y quién en la familia lo tuvo. (Ejemplo: Alergias: Madre)

promise healthcare
OPERATING FRANCES NELSON AND SMILEHEALTHY

□Anemia	□Enfermedad de las arterias coronarias	□Enfermedad del intestino irritable
□Angina	□Enfermedad de Chron	□Enfermedad del hígado
□Ansiedad	□Depresión	□Migrañas
□Artritis	□Diabetes	□Infección miocárdica
□Asma	□Enfermedad de la vesícula biliar	□Osteoartritis
□Fibrilación auricular	□ERGE	□Osteoporosis
□Hipertrofia prostática benigna	□VIH	□Enfermedad de úlcera péptica
□Coágulos de sangre	□Hepatitis C	□Enfermedad renal
□Cáncer	□Hiperlipidemia	□Convulsiones
□ Accidente cerebrovascular	□ Hipertensión arterial	□ Enfermedad tiroidea
□EPOC	□Otro (Especifique)_____	

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente y quién se los recetó:

Medicamentos:	Médico prescriptor:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____