



¡Bienvenido a tu Hogar de Salud!

Gracias por elegir nuestro Centro de Salud Comunitario como su Hogar de Atención Médica. Como su Hogar de atención médica, se le pedirá que seleccione un proveedor primario, que supervisará toda la atención que reciba. Ese proveedor cuenta con la asistencia de un equipo de atención formado por enfermeras y otro personal de apoyo. Su equipo de atención coordinará su atención médica en todos los entornos dentro y fuera de nuestro Centro de Salud Comunitario para promover una mejor salud para usted, nuestro paciente.

Brindamos la más alta calidad de atención médica, según las investigaciones, normas y protocolos médicos, dentales y de salud mental. Brindamos atención integrada para que todos sus proveedores trabajen juntos para brindar una atención integral y holística que tenga en cuenta todos los aspectos de su salud. Le involucraremos en las decisiones que tomemos en su nombre.

Como Hogar de atención médica, funcionamos mejor cuando tenemos su completa historia médica e información sobre la atención médica obtenida por otros proveedores fuera de este Centro de Salud. Siempre le pediremos información actualizada sobre otros cuidados médicos, dentales y de salud mental que haya recibido, para que podamos mantenernos al día y brindarle el servicio más adecuado y continuarlo todo posible.

También como un Hogar de atención médica, brindamos asesoramiento clínico oportuno por teléfono y por medio de un Portal seguro para el paciente basado en la web, tanto durante el horario de atención como cuando la oficina está cerrada. En este paquete de bienvenida se incluyen instrucciones para obtener atención y asesoramiento clínico por teléfono e Internet.

Centro de Montgomery

215 Roanoke Street, Christiansburg, VA 24073

Teléfono: 540-381-0820

Horarios: 8:00—5:00pm de lunes a viernes

También los jueves por la noche de 5:00pm—7:00pm

Centro de Giles

219 Buchanan Street, Pearisburg, VA 24134

Teléfono: 540-921-3502

Horarios: 8:00—4:30pm de lunes a viernes

Centro de Pulaski/Radford

5826 Ruebush Road, Dublin, VA 24084

Teléfono: 540-585-1310

Horarios: 8:30—5:00pm de lunes a viernes

Servicio de llamadas después de horas para todos los sitios:

Teléfono: 804-729-5122

Proporcionamos los siguientes servicios a personas de todas las edades:

- Atención de Salud Primaria
- Chequeos, cuidado preventivo
- Gestión de enfermedades crónicas
- Coordinación y derivaciones del cuidado
- Visitas para niños bienestar y vacunas
- Servicios de salud conductual
- Asistencia de medicamentos
- Odontología general, incluyendo extracciones, limpieza, rellenos, coronas, puentes y dentaduras postizas
- Asistencia de seguros, con el mercado federal de seguros médicos, Medicare, Medicaid y FAMIS

*Una línea de idiomas está disponible para los
pacientes que necesitan traductores.*

Centro de Salud Comunitaria del Río Nuevo Valley

Nueva lista de verificación de papeleo del paciente

Asegúrese de que los siguientes elementos se hayan completado/incluido antes de enviar su información. Las citas no se programarán hasta que se hayan proporcionado todos los documentos necesarios.

- Formulario de Registro Completado con firma y fecha
- Copia de identificación con foto
- Copia del Anverso y Reverso de la(s) tarjeta(s) de seguro(s)
- Formulario de Reconocimientos y Autorizaciones Firmados
- Formulario HIPAA firmado
- Si el paciente es menor de 18 años, consentimiento firmado para menores y/o adultos con formulario de tutor
- Solicitud del Programa de Descuento de Tarifa de Deslizamiento Completado
 - **Tenga en cuenta que si está buscando servicios dentales y solo está inscrito en Medicaid, le recomendamos encarecidamente que solicite el Programa de Descuento, ya que no todos los servicios están cubiertos**
- Prueba de todos los ingresos del hogar
- Formulario de Historial de Salud Completado
- Formulario de Historial de Salud Dental Completado

Hay 5 maneras de devolver el papeleo completo del paciente:

1. Deje de usar el buzón/buzón fuera de la Oficina de Servicios al Paciente
2. Correo: Use el sobre en el que entró el papeleo y envíelo por correo a la siguiente dirección.
*Community Health Center of the NRV
215 Roanoke Street
Christiansburg, VA 24073*
3. Fax: utilizando un programa como faxZERO o fax regular al (540) 382-1019
4. En línea: Complete el papeleo en nuestro sitio web en www.chcnrv.org
5. Correo electrónico: Escanee o tome fotografías de la documentación completada y envíela a applications@chcnrv.org

El Centro de Salud Comunitario del Valle del Río Nuevo quiere asegurarse de que los pacientes puedan acceder a atención médica de calidad asequible y darse cuenta de que no siempre es posible entregar físicamente los documentos de elegibilidad a los sitios del Centro. Para promover el acceso a la atención, el Centro ofrece oportunidades para que los pacientes presenten documentación a través de transmisión electrónica, incluyendo, pero no limitado a: faxZero, sitio web del Centro y correo electrónico. Los pacientes deben entender que estas plataformas electrónicas pueden no estar aseguradas o compatibles con HIPAA. Como resultado, su información podría ser susceptible a infracciones de terceros. Si los pacientes tienen preguntas sobre el riesgo potencial de comunicación electrónica, pueden pedir hablar con el Gerente de Cumplimiento Corporativo, Ashley Slagel-Perry en 540-381-0820.

Sin política de espectáculos

Los pacientes son responsables de mantener citas programadas y de ponerse en contacto con la oficina para cancelar o reprogramar su cita. Las cancelaciones de última hora y la falta de espectáculos limitan el acceso a otros pacientes que necesitan atención. Requerimos notificación de cancelaciones o reprogramaciones al menos 24 horas antes de la cita. No mantener su primera cita como un nuevo paciente con nuestro centro resultará en que usted sea colocado en un estado de "Sentarse y esperar". El estado "Sentarse y esperar" significa que no se le dará otra cita programada, pero se le pedirá que llame a la oficina para una cita el mismo día. **Para evitar esto, por favor asegúrese de llamar a la oficina al menos 24 horas antes de su cita si necesita cancelar o reprogramar.**

Centro de Salud Comunitaria del Río Nuevo Valle

Formulario de registro de

Ubicación preferida: Christiansburg Giles (Pearisburg) Radford/Pulaski (Dublín)

Razón principal para ponerse en contacto con nosotros: salud médica dental conductual

¿Cómo se enteró de nosotros: _____

Nombre: _____ Apodo/
Nombre preferido: _____
First MI Last

Si es menor de 18 años, Nombre del Padre o Tutor Legal: _____

Dirección postal: _____ Ciudad/Estado/Zip: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Zip: _____

Teléfono principal: _____ Trabajo de de celda de

Teléfono secundario: _____ Trabajo de de celda de

Método preferido de contacto: teléfono residencial teléfono celular correo electrónico ¿Es usted un estudiante? Sí No

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo: _____

Orientación Sexual (marque una):

- Recto (no lesbiana o gay)
 Lesbianas/Gays Bisexuales
 Something Else
 Don't Know Choose no revelar

Identidad de Género (marque una):

- Mujer Masculina
 Transgénero Masculino/Femenino a Masculino
 Transgénero Mujer/Hombre-a-Mujer
 Otros Elija no revelar

Situación laboral (marque uno):

- Tiempo completo a tiempo parcial
 Trabajadores por cuenta propia jubilados
 Militares Activos Otro No Empleado
 Reservados para Asignación Nacional

Estado civil (marque uno):

- Divorciado Casado
 Socio único
 Separados legalmente
 Viuda

Contacto de emergencia:

Teléfono _____ de relación de _____ nombre _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Eres un (marque uno)? Ciudadano de los EE. UU. EE.UU. Residente Otros ¿Es usted un Veterano de los Estados Unidos?

Sí No ¿Cuál es tu idioma principal? _____ ¿Necesita un intérprete? Sí No

Raza (seleccione todas las que correspondan): afroamericanos asiático Pacific Islander White Otro

Etnicidad (marque uno): Hispano NoHispano

Información de la Compañía de Seguros

Nombre de la Compañía de Seguros Primarios: _____ Número de grupo: _____

Suscriptor/política/Número de Medicaid: _____ Nombre del titular de la directiva: _____

Titular de la póliza DOB: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección del titular de la póliza: _____

Información del beneficiario

¿Hay un beneficiario para su visita? Sí No
En caso afirmativo, nombre del beneficiario: _____
Número de teléfono del beneficiario: _____
Dirección del beneficiario: _____
Proporcione una copia de la aprobación para pagar los servicios de su beneficiario. Se requiere una prueba de su beneficiario antes de que se haga su cita.

Sin cobertura de seguro

Actualmente no tengo ningún seguro médico o cobertura de receta de farmacia, ya sea a través del gobierno (Medicare o Medicaid), empleo o una compañía privada. Cuando reciba cobertura de seguro o cobertura de receta de farmacia, notificaré al Centro de Salud Comunitario dentro de los 30 días de la fecha de inicio del nuevo seguro y le proporcionaré una copia de mi tarjeta. Inicial aquí: _____

Al firmar a continuación, estoy reconociendo que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. He tenido la oportunidad de revisar el [Aviso de Prácticas de Privacidad](#) y la Política de [No Presentarse](#). También atestiguo que si se encuentra que estoy reteniendo a sabiendas la información del seguro y el plazo para presentar reclamos anteriores ha sido excedido, seré responsable de cualquier cantidad vencida.

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Centro de salud comunitario del nuevo valle del río

Formulario de Reconocimientos y Autorizaciones

Acknowledgements & Authorizations

Nombre del paciente: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firme sus iniciales junto a cada sección:

_____ **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Autorizo a los empleados, agentes y personal del Centro de Salud Comunitario a realizar y por la presente consiento a tales tratamientos y exámenes médicos, incluyendo procedimientos de diagnóstico o evaluaciones de salud conductual, como puede ser en la opinión del médico del paciente sea necesario.

_____ **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Entiendo que mi proveedor trabaja dentro de un equipo multidisciplinario, colaborando con trabajadores sociales, coordinadores de atención y administradores de casos, según corresponda, a fin de garantizar que mis necesidades de atención médica se cumplan más apropiadamente. Entiendo que mi equipo de atención integrada discutirá regularmente mi atención y todos los miembros del equipo tienen acceso a mi información médica protegida (PHI) incluyendo, pero no limitado a, diagnósticos del trastorno de salud conductual/uso de sustancias y notas de progreso. Entiendo que toda la información relacionada con los servicios es confidencial y no será liberada a ninguna otra agencia o individuo sin mi conocimiento y consentimiento, excepto cuando lo exija la ley (como abuso y/o negligencia de una persona que actualmente es menor de edad o ancianos, y/o la intención sería de daño a sí mismo o a otros).

_____ **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE CITA DE TELEVISITA:** Entiendo que una cita de TeleVisit implica el uso de objetos electrónicos como una computadora, tableta, teléfono inteligente o teléfono para permitir la comunicación bidireccional entre el paciente y su proveedor en diferentes lugares con el propósito de diagnóstico, tratamiento, terapia, seguimiento y / o educación. Doy mi consentimiento para que mi proveedor de salud médica, dental y/o conductual en el Community Health Center of the New River Valley, lleve a cabo una cita de atención médica conmigo a través de una cita de TeleVisit. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de mi información médica también se aplican a TeleVisita. Entiendo que mi compañía de seguros tendrá acceso a mis registros médicos para la revisión/auditoría de calidad como lo harían con una visita al consultorio en persona. Entiendo que seré responsable de cualquier copago, deducible o co-seguro que se aplique a mi cita con TeleVisit. Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de TeleVisita durante mi cuidado en cualquier momento, sin afectar mi derecho de futura atención o tratamiento en persona.

_____ **SIN GARANTÍA:** Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se han hecho garantías en cuanto al resultado de cualquier procedimiento, tratamiento o examen.

_____ **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo al centro a que libere toda la información médica y de facturación del paciente a cualquier médico involucrado en mi tratamiento; a cualquier centro sanitario al que yo/el paciente sea dado de alta o transferido para tratamiento, facturación, garantía de calidad, o la defensa de litigios o litigios anticipados; y a cualquier compañía de seguros, organización de revisión u otra entidad, que sea directa o indirectamente responsable del pago o revisión de los servicios prestados por el Centro de Salud Comunitario. Consiento el uso y/o divulgación de mi información sanitaria protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de salud por parte del centro de salud comunitario.

_____ **CONSENTIMIENTO CONSIDERADO PARA ANÁLISIS DE SANGRE:** Entiendo que bajo la ley de Virginia, si un proveedor de atención médica, una persona empleada por, bajo la dirección o el control de un proveedor de atención médica, se expone directamente a los fluidos corporales de un paciente, que puede transmitir virus que causan el VIH o hepatitis B o C, el paciente se considerará que tiene el consentimiento para las pruebas de VIH o hepatitis B o C, y para la liberación de dichos resultados de las pruebas a la persona que fue expuesta. (La exposición podría ocurrir debido a un palo de aguja accidental.) A un paciente que prueba positivo se le dará la oportunidad de la divulgación individual cara a cara de los resultados de las pruebas y el asesoramiento adecuado.

Nombre del paciente: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

_____ **INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN:** Es importante que nos proporcione información completa y precisa (es decir, dirección de casa, números de teléfono) para que podamos enviar correctamente los datos de facturación a su compañía de seguros. Haremos todo lo posible para presentar reclamos a su compañía de seguros y de inmediato proporcionarle nuestros Estados de cuenta. Sin embargo, si por alguna razón la declaración se devuelve a nuestra oficina debido a un problema con una dirección que proporcionó, le llamaremos para asegurar el pago completo. Por favor, asegúrese de que toda su información sea precisa y esté actualizada. **Por favor asegúrese de traer su identificación con foto y sus tarjetas de seguro a cada visita** para que podamos facturar adecuadamente a su compañía de seguros. Si no tiene su tarjeta de seguro con usted, es posible que deba realizar el pago completo ese día.

_____ **RESPONSABILIDAD financiera/Medicare/Medicaid:** Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos, ya sea o no pagados por el seguro. El Centro de Salud Comunitario no participa en **todos** los planes de seguro. Entiendo que soy responsable de verificar que el proveedor del Centro de Salud Comunitario es un proveedor participante en mi plan de seguro. Los pacientes son responsables de entender los beneficios. El pago se espera en el momento del servicio. Entiendo que yo/el paciente soy responsable de los deducibles, copagos y cualquier porcentaje aplicable de los cargos restantes.

_____ **PROGRAMA DE TARIFA DE DESCUENTO:** Calificar para nuestro programa de tarifa de descuento basado en el ingreso familiar y el tamaño de la familia puede resultar en cargos más bajos. Usted está obligado a reportar cualquier cambio de ingresos y tamaño de la familia a nosotros, ya que esto puede afectar la cantidad que se espera que pague. Vamos a revisar y actualizar su información anualmente. La elegibilidad no se puede determinar hasta que recibamos toda la información solicitada. **Si se determina que usted no es elegible para el programa de tarifa de descuento y que ha incurrido en cargos, se espera que pague el saldo adeudado.** Le ayudaremos organizando un plan de pago si es necesario.

_____ **CERTIFICACIÓN Y RECONOCIMIENTO:** Certifico que toda la información anterior y toda la información suministrada por mí, como parte del proceso de registro, esta correcto. También reconozco la recepción del aviso de prácticas de privacidad (HIPAA) del Centro de Salud Comunitario.

Paciente O Padre/Guardián legal

Fecha

Relación con el paciente

Firma testigo

Community Health Center of the New River Valley

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Practicas de Privacidad / HIPAA

Divulgación de Información

Escriba cualquier persona con la que podamos hablar sobre sus afecciones médicas (información de salud protegida) y sus citas. Esto *excluye la salud conductual y las condiciones de abuso de sustancias* (información *confidencial* protegida de la salud), una versión separada de la información tendrá que ser firmada para discutir estos con otros individuos.

| Nombre | Número de teléfono | Relación |
|--------|--------------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Al firmar a continuación, acepto que he proporcionado respuestas verdaderas de lo mejor de mi conocimiento. Es mi responsabilidad, como paciente, contactar con las oficinas anteriores de proveedor para la transferencia de expedientes médicos. Tengo la capacidad de pedir una copia de mis expedientes médicos en cualquier momento desde CHCNRV. He revisado el aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA).

Firma del Paciente o Tutor/Guardian legal: _____ Fecha: _____

Consentimiento del Menor y/o Adulto con Tutor/Guardian

Consentimiento para el tratamiento cuando el padre/tutor/guardian legal no esta físicamente con menor/adulto

Nombre del menor/adulto con guardián: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, (nosotros) nombramos _____ y/o _____ que es el
(Nombre del Apoderado) (Nombre del Apoderado)

paciente _____ / _____ como mi (nuestro) proxy
(Relación con el menor/adulto con guardián) (Relación con el menor/adulto con guardián)

toma de decisiones para el consentimiento de atención médica no urgente para mi (nuestro) menor/adulto con tutor mencionado anteriormente. Yo, (nosotros) tenemos el derecho legal de delegar dicho consentimiento a la persona que toma la decisión, que es un adulto y legal y médicamente competente para ejercer la autoridad así delegada. Tenga en cuenta que la información médica protegida puede compartirse con el apoderado para facilitar la toma de decisiones informadas.

En testimonio de lo cual, los infrascritos han ejecutado este instrumento en el _____ día
de _____, 20____.

Nombre en prenta del padre o tutor/guardian legal

Firma del Padre o tutor/guardian legal

Número de licencia de conducir del apoderado (Decision Maker)

Solicitud para el Programa de Descuento de Tarifa

Bienvenido al Centro de Salud Comunitario del New River Valley. Ofrecemos atención médica asequible y atención dental a través del uso de un programa de descuento de tarifa para todos los pacientes con o por debajo del 200% del nivel de pobreza. Todos los pacientes son elegibles para solicitar el programa de descuento de tarifa.

Si desea solicitar el programa de descuento de tarifas, debe reunirse con un representante de servicios al paciente (PSR) que revisará su solicitud de programa de paquetes de pacientes y descuento de tarifas. En este momento, el PSR puede responder cualquier pregunta que pueda tener con respecto a la Programa de Descuento de Tarifas y cómo funciona.

Si usted está solicitando el programa de descuento de tarifa, por favor complete el formulario adjunto de información financiera del hogar.

Usted está obligado a traer prueba de identificación y todos los ingresos que se reciben en su hogar.

Ejemplos de ingresos:

- Talones de sueldo con un mes completo de trabajo
- Carta del Seguro Social
- Carta de beneficios de SNAP/WIC
- Documentación de autoempleo (se recomiendan impuestos)
- Carta del empleador/trabajo sobre el membrete de la empresa
- Jubilación/pensión
- La documentación de los ingresos de cualquier otra forma
- Si no tiene ingresos, le pedimos una carta de apoyo firmada por la persona que le proporciona las necesidades básicas

Nuestros representantes de servicios al paciente están disponibles:

Montgomery Centro: lunes - viernes, De 8:30am a 4:30pm.

Pulaski/Radford Centro: lunes - viernes, De 8:30am a 4:30pm.

Giles Centro: lunes - viernes, De 8:00am a 4:00pm.

Todas las citas se realizan en un entrar base.

Community Health Center of the New River Valley

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Aplicación para el Programa de Descuento de Tarifa (Discount Fee Program Application)

¿Desea solicitar nuestro Programa de Descuento de Tarifa de Deslizamiento? Sí No
 Si no, entiendo que sin tener seguro y no solicitar el Programa de Descuento de Tarifa de Deslizamiento, seré responsable de mis visitas. Tendré que pagar mis visitas por adelantado, en su totalidad. Si tengo seguro, seré responsable de cualquier saldo adeudado después de que mi seguro haya sido procesado. Inicial aquí: _____

***El programa de descuento de tarifa solo está disponible para pacientes cuyos ingresos caen debajo del 200% de la línea Federal de pobreza.**

¿Cuántas personas hay en tu familia, incluyéndote a ti mismo? _____ Por favor, enumere a continuación.

| Familiares: (incluye Usted) | Número de Seguro Social: | Fecha de nacimiento: | Relación | Ingreso bruto mensual* | Nombre del empleador (Si se emplea) |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------|----------|------------------------|-------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

***Si alguien le puede reclamar como dependiente de sus impuestos, entonces Enumere a todos los demás miembros de la familia en esa declaración de impuestos.**

Documentar y proporcionar prueba de todos los ingresos recibidos: Talones de cheques de pago, Jubilación, Seguro Social, Pensión, Incapacidad, Compensación al Trabajador, Desempleo, y TODOS los demás que no figuran en la lista.
La solicitud será rechazada si no se proporciona documentación.

Información sobre empleadores e ingresos

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____
 Fecha cuando comenzó el empleo: _____ seleccionar uno: De tiempo completo A medio tiempo
 ¿Con qué frecuencia te pagan? _____
 Importe que se le paga antes de impuestos: _____
 ¿Usted ha Presentado sus impuestos del hogar el año pasado? Sí No Estado de presentación: Conjunto o Único

Sobre el desempleo y la discapacidad

Si desempleado, fecha de empleo terminó: _____
 ¿Alguien recibe salarios por desempleo? En caso afirmativo, ¿cuánto? _____
 Si desempleado, ¿alguien ha aplicado para la discapacidad? Sí No
 ¿Usted o alguien en su familia planea solicitar discapacidad? Sí No

Información de Asistencia Gubernamental y Seguros

¿Usted o alguien de su hogar tiene Medicaid? Sí No En caso afirmativo, ¿quién?? _____
 ¿Usted/cónyuge o cualquier niño menor de 18 años recibe beneficios del seguro social? Sí No
 ¿Usted u otros en la familia tienen seguro? Sí No En caso afirmativo, Nombre del seguro: _____

La información proporcionada es, a mi leal saber y entender, exacta y verdadera. Autorizo la divulgación de toda la información que el Centro de Salud Comunitario pueda necesitar para determinar si califico para recibir asistencia financiera a través de su Programa de Tarifas de Descuento. Entiendo que la elegibilidad en el programa expira 12 meses a partir de mi fecha de firma a continuación y que debo volver a solicitar después de que expire el período de elegibilidad. Entiendo que debo informar al Centro de cualquier cambio en mi hogar (ingresos y tamaño) durante este periodo de 12 meses.

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

Community Health Center of the New River Valley

Formulario de Historial de Salud Health History

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono: _____

SALUD GENERAL

¿Por qué hiciste esta cita? (Marque todas las que correspondan)

- Chequeo Regular
- Primera cita para iniciar el cuidado con un nuevo médico
- Cambiando de médico (de quien: _____)
- Tienes un problema de salud específico (Si es así, explique _____)

¿Está tomando algún medicamento recetado?

- Sí. Por favor escriba sus medicinas abajo. No, No tomo ningún medicamento recetado.

| Nombre de la medicina | Cantidad/Tamaño de la pildora | ¿Cuántas pastillas o dosis tomas: |
|-----------------------|-------------------------------|---|
| | | ___ Mañana ___ Mediodía ___ Cena ___ Noche |
| | | ___ Mañana ___ Mediodía ___ Cena ___ Noche |
| | | ___ Mañana ___ Mediodía ___ Cena ___ Noche |
| | | ___ Mañana ___ Mediodía ___ Cena ___ Noche |

(Por favor, utilice la parte posterior de este formulario si tiene más medicamentos recetados.)

¿Qué medicamentos de venta libre (medicamento para el que no necesita receta médica), tomas regularmente?

- Analgésico (Ejemplo: Tylenol, Advil, Aspirina) Antiácido (Ejemplo: Tums, Prilosec)
- Vitaminas La medicina herbal (Aceite de pescado, Ginseng) (Lista) _____
- Otro (por favor escriba cual) _____
- Ninguno- No tomo medicamentos de venta libre con regularidad.

¿Ha tenido una reacción alérgica (efecto malo) de cualquiera de los siguientes? (Marque todas las que correspondan)

- No - No tengo alergias que yo sepa.
- Látex (guantes de goma) Hierba O Polen Huevos Mariscos
- Otro (por favor escriba cual) _____
- Medicación- Por favor escriba abajo cual fue y la razón

| Medicina Soy alérgica a | ¿Qué sucede cuando tomo ese medicamento |
|-------------------------|---|
| | |
| | |

Community Health Center of the New River Valley

Formulario de Historial de Salud Health History

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

¿Alguna vez has sido paciente en un hospital durante la noche?

Sí. (En caso afirmativo, explique cada razón y cuándo.)

No, Nunca he estado

| <u>Estaba en el hospital porque:</u> | <u>Cuando</u> |
|--------------------------------------|---------------|
| | |
| | |

¿Alguna vez has tenido una colonoscopia (una prueba para mirar tu interior enviando una cámara a través de tu parte inferior)?

Sí No

Cuando: _____ Dónde: _____

TIROS

¿Cuándo fue tu última **vacuna contra el tétanos**?

Año: _____

Nunca

No sé

¿Cuándo fue tu última **vacuna contra la neumonía**?

Año: _____

Nunca

No sé

¿Cuándo fue tu última **vacuna contra la gripe**?

Año: _____

Nunca

No sé

¿Si el paciente es un menor de edad, esta al día con sus vacunas? Sí No

En caso afirmativo, **proporcione una copia de registro de inmunización del menor**. Si indico no, por favor explique el por que?

HISTORIA SOCIAL

¿Fuma cigarrillos, cigarros, usa tabaco, mastica o vape?

No (si no, vaya a la siguiente pregunta)

Sí, ¿Cuándo comenzaste? _____ ¿Cuánto por semana? _____

¿Bebes alcohol?

No (Si no, vaya a la siguiente pregunta)

Sí- ¿Cuántas bebidas bebes habitualmente en una semana? _____ Bebidas

¿Utilizas algo que te ayude a caminar? Sí No En caso afirmativo, ¿qué? _____

Consulte cualquiera de los siguientes tipos de ayuda en el hogar que recibe (ayuda pagada o familia y amigos).

Limpieza/Lavandería Compras Cuidado personal Tomar medicamentos Ninguno

En el último año, ¿siente que ha sido abusado emocional o físicamente? Sí No

Community Health Center of the New River Valley

Formulario de Historial de Salud Health History

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

HISTORIAL DE CONDICIONES MÉDICAS

¿**Alguna vez** ha tenido alguna de las siguientes afecciones? (Marque todas las que correspondan)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia (sangre de hierro baja) | <input type="checkbox"/> Asma (Sibilancias) | <input type="checkbox"/> Diabetes (Azúcar) |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis (ictericia amarilla) | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> La fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Problemas cutáneos | <input type="checkbox"/> Depresión (sensación de malestar o azul) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia (Encaja, Convulsiones) | <input type="checkbox"/> Ansiedad (Nervios, ataques de pánico) | |
| <input type="checkbox"/> STD (Gonorrea, HIV) | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

SÓLO PARA MUJERES

¿Alguna vez ha estado embarazada o actualmente? Sí- ¿Cuántas veces? _____ No

¿A cuántos niños has dado a luz? _____

¿Utilizas anticonceptivos? (la píldora, Condones, dispositivo intra-uterino, Nexplanon) Yes No

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

¿Te han hecho un Papanicolaou? Yes No

Fecha del último _____ Dónde: _____

¿Alguna vez tuviste una citología vaginal que no era normal? Yes No

¿Te has hecho una mamografía (radiografía de los senos)? Yes No

Fecha del último _____ Dónde _____

Community Health Center of the New River Valley

Historial de Salud Dental

Dental Health History

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo (círcule uno): Hombre o Mujer

¿Cuándo fue tu última visita dental? _____

¿Cuál fue la razón de su última visita?

¿Te cepillas diariamente? Sí o No veces al día: _____

¿Usa hilo dental diariamente? Sí o No veces al día: _____

¿Tiene un problema dental específico o una inquietud?

¿Actualmente cómo calificaría su salud dental? bien Justo Pobre

¿Está usted actualmente en malestar? Sí O No

¿Has estado en urgencias en el último año por problemas dentales? Sí o No

En caso afirmativo, ¿Cuándo y dónde fuiste?

¿Has ido a urgencias varias veces por el mismo problema? Sí o No

En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____

¿Tienes osteoporosis? Sí o No

¿Tienes antecedentes de tomar Bisphosphonates? (Bisphosphonates son medicamentos recetados que se usan habitualmente para tratar Osteoporosis, como Boniva or Fosamax) Sí o No

¿Necesita pre-medicación con antibióticos antes del trabajo dental? Sí o No

¿Tiene sensibilidad dental al:

Calor Frío Dulce Molestia al morder

Llagas o ampollas recurrentes en la boca, Lengua, Labios, Etc.