



Registración de Paciente Nuevo				
Apellido(s):		Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Domicillio:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
# de Telefono Casa:	# de Telefono Trabajo:		# de Telefono Celular:	
# de Licensia de Manejar:	# de Seguro Social:			
Otro Nombre que ha usado:			Correo Electrónico:	
<b>Genero:</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgenero <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Deseó no contestar	<b>Orientación sexual:</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No quiero revelar	<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a		<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan <input type="checkbox"/> Native Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other
<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		<b>Método Preferido de Comunicación:</b> <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> # de Celular <input type="checkbox"/> # de Casa <input type="checkbox"/> Correo Electrónico		
Nombre del Médico Primario Anterior:		# Médico Primario Anterior:		
Personal Responsable (Paciente o Padres del Menor)				
Apellido(s):		Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Domicillio:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
# de Telefono Casa:	# de Telefono Trabajo:		# de Celular	
#SS:	Relacion al Paciente:	Lenguaje:	# de Licencia:	
Contacto de Emergencia (Alguien fuera del hogar para Adulto y Padre/Madre del Menor)				
Apellido(s):		Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Domicillio:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
# de telefono Casa:	# de Telefono Trabajo:	# de Telefono Celular:	Relacion con Paciente:	
Informacion de Aseguranza				
1. Aseguranza Primaria:		Subscriber ID #:	Group #:	
Persona Responsable:		Relacion al Paciente:		
2. Aseguranza Secundaria:		Subscriber ID #:	Group #:	
Persona Responsable:		Relacion: al Paciente:		
Directiz Anticipada:				
Usted tiene Directiz Anticipada		Le gustaría mas información?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si respondió Si, favor de entregar Copia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		



Informacion de Farmacia			
Farmacia Primaria		Farmacia Secundaria	
Nombre de Farmacia:		Nombre de Farmacia:	
Domicilio:		Domicilio:	
# de Telefono:		# de Telefono:	
# de Fax:		# de Fax:	
Medicamentos: Escribe nombre de medicamentos recetadas y compradas con la dosis			
<input type="checkbox"/> No tomo medicamentos			
Nombre de Medicamento		Dosis	
Necesidad de Interprete:			
Requiere servicios de interprete? SI / NO Que			
Que Lenguaje?			
Alergias a Medicamento o Comida/Substancias:			
<input type="checkbox"/> No Tengo Alergias			
Historial Medico: Le han diagnosticado enfermedades, y cuando.			
Condicion		Fecha	
<input type="checkbox"/> Nada		<input type="checkbox"/> Enfermedad de Vesicula	
<input type="checkbox"/> Alergias: _____		<input type="checkbox"/> Reflujo/Acidez	
<input type="checkbox"/> Anemia		<input type="checkbox"/> Hepatitis C	
<input type="checkbox"/> Angina		<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	
<input type="checkbox"/> Ansiedad		<input type="checkbox"/> Hipertension/Alta Presion	
<input type="checkbox"/> Artritis		<input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal irritable	
<input type="checkbox"/> Asthma		<input type="checkbox"/> Enfermedad de Hgado	
<input type="checkbox"/> Fibrilacion Auricular		<input type="checkbox"/> Migranias	
<input type="checkbox"/> Hipertrofia prostática benigna		<input type="checkbox"/> Infarto/Ataque cardíaco	
<input type="checkbox"/> Coagulos		<input type="checkbox"/> Osteoartritis	
<input type="checkbox"/> Cancer - Tipo:		<input type="checkbox"/> Osteoporosis	
<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular		<input type="checkbox"/> Enfermedad de la úlcera péptica	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria		<input type="checkbox"/> Enfermedad del Rinon	
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (En		<input type="checkbox"/> Epilepsia /Trastorno Convulsivo	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn		<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroide	
<input type="checkbox"/> Depression		<input type="checkbox"/> VIH/Virus de la inmunodeficiencia humana	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> SIDA/ Trastorno de la enfermedad por deficiencia inmune adquirida	
<input type="checkbox"/> Otra Enfermedad: _____		<input type="checkbox"/> Otra Enfermedad: _____	



**Historial quirúrgico – Verifique si usted ha recibido los siguientes procedimientos, y en qué año fue realizado.**

Procedimiento quirúrgico	Año	Procedimiento quirúrgico	Año
<input type="checkbox"/> Ninguna		<b>HOMBRES</b>	
<input type="checkbox"/> Angioplastia		<input type="checkbox"/> Biopsia prostática	
<input type="checkbox"/> Angioplastia con Stent		<input type="checkbox"/> TURP (resección trans-uretral de la próstata)	
<input type="checkbox"/> Appendectomía			
<input type="checkbox"/> Artroscopia de la Rodilla		<input type="checkbox"/> Vasectomía	
<input type="checkbox"/> Cirugía de Espalda: _____		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Bypass cardíaco		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Liberación del túnel carpiano			
<input type="checkbox"/> Extracción de cataratas		<b>MUJERES</b>	
<input type="checkbox"/> Colectectomía		<input type="checkbox"/> Mamoplastia de aumento	
<input type="checkbox"/> Colectomía		<input type="checkbox"/> Tubaligation bilateral	
<input type="checkbox"/> Colostomía		<input type="checkbox"/> Biopsia de mama	
<input type="checkbox"/> Bypass gástrico		<input type="checkbox"/> Cesárea	
<input type="checkbox"/> Reparación de hernia		<input type="checkbox"/> D&C	
<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera		<input type="checkbox"/> Histerectomía	
<input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla		<input type="checkbox"/> Mastectomía	
<input type="checkbox"/> LASIK (corrección de vista laser)		<input type="checkbox"/> Myomectomía	
<input type="checkbox"/> Biopsia hepática		<input type="checkbox"/> Mamoplastia de reducción	
<input type="checkbox"/> Marcapasos		<input type="checkbox"/> TAH/BSO	
<input type="checkbox"/> Resección intestinal pequeña		<input type="checkbox"/> Histerectomía vaginal	
<input type="checkbox"/> Tiroidectomía		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Amigdalectomía (anginas)		<input type="checkbox"/> Otro: _____	

**Mantenimiento de la salud – Verifique si usted ha recibido lo siguiente, y la fecha del examen más reciente.**

Examen	Fecha	Examen	Fecha
<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Exam ginecológico	
<input type="checkbox"/> Examen de mama		<input type="checkbox"/> Vacuna para la Influenza	
<input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo cardíaco		<input type="checkbox"/> Panel lipídico	
<input type="checkbox"/> Colonoscopia		<input type="checkbox"/> Mammograma	
<input type="checkbox"/> DEXA Scan (Análisis de densidad mineral ósea)		<input type="checkbox"/> Papanicolaou	
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma		<input type="checkbox"/> Examen Fisico	
<input type="checkbox"/> EKG (Electrocardiograma)		<input type="checkbox"/> Vacuna antineumocócica	
<input type="checkbox"/> Examen de los ojos		<input type="checkbox"/> Prueba de función pulmonar	
<input type="checkbox"/> FOBT (tarjeta de heces para la sangre oculta)		<input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia	
<input type="checkbox"/> Examen de los pies		<input type="checkbox"/> Vacuna contra el tétanos	

**Antecedentes familiares – Verifique si algún miembro de la familia ha tenido alguna de las siguientes condiciones.**

<input type="checkbox"/> Adoptado (historia familiar desconocida)						
	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Otro Familiar	Quien?
Alcoholismo						
Alergias						
Enfermedad de Alzheimer						
Asma						
Enfermedad Sanguinea						
CAD (Ataque Cardíaco)						
Cancer – Tipo: _____						
CVA (Embolio)						
Depresion						
Retraso del desarrollo						
Diabetes						



# BENEVOLENCE HEALTH CENTERS

Caring for the Quality Health Needs of our Community

Antecedentes familiares-continuado						
	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Otro Familiar	Quien?
Eczema						
Deficiencia auditiva						
Hyperlipidemia (Colesterol Alto)						
Hypertension (Alta Presion)						
Incapacidad de aprendizaje						
Enfermedad Psciatica						
Tuberculosis						
Obesidad						
Osteoartritis						
Osteoporosis						
Enfermedad renal						
Otro Enfermedad: _____						
Historial Social del Paciente-						
Ocupación:			Ultimo grado de escuela:			
Veterano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Homeless/Si Hogar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Imigrante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Vivienda pública: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Tienes hijos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Cuantos?		# of Mujeres:		# of Hombres:
Usa Tobacco? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Menos <input type="checkbox"/> Anterior/Año que paro: _____		<input type="checkbox"/> Masticado <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarro/Puro <input type="checkbox"/> Cigarillos <input type="checkbox"/> Electronico			
Toma Alcohol <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Menos Anterior/Año que paro: _____		<input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Licor <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Ejercicio/Actividad <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Vigoroso <input type="checkbox"/> Minimo Cuantos días a la semana: _____		Patrón de sueño: <input type="checkbox"/> Ha tendio cambios <input type="checkbox"/> No hay cambios			
Usa Cafeina <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Menos Anterior/Año que paro: _____		Come/Toma: <input type="checkbox"/> Chocolate <input type="checkbox"/> Cafe <input type="checkbox"/> Soda <input type="checkbox"/> Te <input type="checkbox"/> Bebidas Energeticas <input type="checkbox"/> Otra: _____			
Para Pacientes Pedriaticos:						
Menor vive con:	Primario	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Ambos Padres	<input type="checkbox"/> Guardian: _____	
	Secundario	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Guardian: _____		
Ocupación de la madre:			Ocupación de la padre:			
Estado civil de padres: <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Viudo/a			Quien lo Cuida <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niñero/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Guardería			
Expuesto al tabaco: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alguien fuma en la casa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Ve a un Dentista? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			



**Historia dental e información- Adultos y Menores**

Está interesado en alguna de las siguientes citas dentales?:  Examen  Emergencia  Consulta

Estás contenta con la apariencia de tus dientes?	Si	No
Tiene exámenes dentales en la base de rutina? Fecha de su último examen de dentista: _____ Nombre y número de telefono de su dentista (opcional): _____	Si	No
Cree usted que tiene un decaimiento activo o enfermedad de las encías?	Si	No
Se cepilla y utiliza hilo dental con frecuencia?	Si	No
Tus encías sangran alguna vez?	Si	No
Tiene chasquido, estallido o malestar en la articulación de la mandíbula?	Si	No
Te muelas/ los dientes?	Si	No
Tener su experiencia pasada en el consultorio dental siempre ha sido positiva?	Si	No
Quieres hablar con el dentista en privado?	Si	No
Está bajo el cuidado de un médico? Nombre de su médico: _____ # de teléfono de su médico: _____ Para qué estás siendo tratado: _____	Si	No

**Confirmación del paciente de la recepción de los materiales dentales hoja informativa**

Yo, \_\_\_\_\_ (escribe nombre de paciente), reconozco que me proporcionó una copia de la hoja informativa de materiales dentales en la fecha escrita abajo

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de Padres de menor/ Guardián legal:  
\_\_\_\_\_

Firma de Paciente/Padre de menor/Guardian:  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Consentimiento para el tratamiento y asignación de beneficios

Consentimiento para el tratamiento:

Yo \_\_\_\_\_ (nombre del paciente) por lo presente, consiento y autorizo el cumplimiento de todas las pruebas médicas y/o dentales, tratamientos y/o cirugías, considerados aconsejables por los médicos y/o el personal de la Centros de salud de Benevolence Health Centers (BHC) para mí o para el menor nombrado de quien soy el padre o guardian legal. Por la presente Certifico que, al mejor de mis conocimientos, todas las declaraciones aquí contenidas son ciertas. Entiendo que soy directamente responsable de todos los cargos incurridos por servicios médicos y/o dentales para mí y mis dependientes, independientemente de la cobertura de seguro, excluyendo sólo los servicios autorizados proporcionados bajo un contrato de HMO prepagado válido. Además, acepto pagar intereses legales, gastos de cobro y honorarios de abogados incurridos para cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar. También autorizo a Benevolence Health Center (BHC) que liberen información solicitada por la compañía de seguros y/o sus representantes. Entiendo perfectamente este acuerdo y el consentimiento continuará hasta que yo lo cancele por escrito.

Firma del paciente/ padre o madre del menor: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente/parte responsable: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Asignación de beneficios:**

Yo \_\_\_\_\_ (nombre del paciente) asigno todos los beneficios médicos, dentales y/o quirúrgicos para incluir los principales beneficios médicos y/o dentales a los que tengo derecho, seguro privado, y cualquier otro plan de salud para el médico y/o la instalación en el registro. Entiendo que mi compañía de seguros dentales puede pagar menos que la cuenta de servicios dentales real; Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en mis dependientes. Una fotocopia de esta cesión debe ser considerada tan válida como la original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que sean o no pagados por mi seguro. Por la presente autorizo a dicho cesionario y/o a Benevolence Health Centers (BHC) a que liberen toda la información necesaria para asegurar el pago.

Firma del paciente/ padre o madre del menor: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente/parte responsable: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**HIPPA la regla de privacidad del acuerdo de autorización del paciente**

Autorización para la divulgación de información de salud protegida para tratamiento, pago y operaciones de salud (164.508(a))

Yo \_\_\_\_\_(nombre del paciente) entiendo que como parte de mi salud, los centros de salud de benevolencia se originan y mantienen registros de salud que describen mi historial de salud, los síntomas, el examen, los resultados de las pruebas, el diagnóstico, el tratamiento y cualquier plan para el cuidado futuro del tratamiento..

Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planificar mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que puedan contribuir a mi atención médica.
- Un medio seguro para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta.
- Un medio por el cual un pagador de terceras partes puede verificar que los servicios facturados fueron realmente proveídos.
- Una herramienta para las operaciones rutinarias de atención de la salud, como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud.

Puedo solicitar una copia del aviso de prácticas de privacidad que proporcione una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información.

Entiendo que como parte de mi cuidado y tratamiento, puede ser necesario proporcionar mi información protegida de salud a otra entidad cubierta. Tengo derecho a revisar el aviso de los centros de salud de benevolencia antes de firmar esta autorización. Autorizo la divulgación de mi información de salud protegida como se especifica a continuación para los propósitos y para las partes designadas por mí.

---

**Regla de privacidad del acuerdo de consentimiento del paciente**

Consentimiento para el uso y divulgación de información de salud protegida para tratamiento, pago o operaciones de salud (164.506 (a))

Entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar la benevolencia centros de salud aviso de prácticas de información antes de firmar este consentimiento.
- Benevolencia centro de salud se reserva el derecho de cambiar el aviso y las prácticas y que antes de la implementación enviará por correo copia de cualquier notificación revisada a la dirección que he proporcionado, si he solicitado
- Tengo el derecho de objetar el uso de mi información de salud protegida para propósitos de directorio
- Tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud protegida puede ser usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, el pago, o las operaciones de cuidado de la salud y que la benevolencia no está obligada por la ley a aceptar las restricciones solicitadas.
- Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que los centros de salud de la benevolencia ya hayan tomado medidas en su confianza.

Firma del paciente/ padre o madre del menor: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente/parte responsable: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_