

MOUNTAIN HEALTH AND COMMUNITY SERVICES, INC.

Patient Chart Number _____ Registered by _____ Date _____

INFORMACION DEL PACIENTE:

Apellido Paterno: _____ Nombre: _____
Teléfono de la casa: () _____ Teléfono celular : () _____
Domicilio: _____
Domicilio Físico si proporciona Apartado Postal _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
No. de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Hombre _____ Mujer
Nombre de la Madre : _____ Apellido de Soltera _____ Lugar de Nacimiento: _____

Iniciales del Paciente : _____ Con sus iniciales nos indica que podemos dejar mensaje en su grabadora.

Estado Civil: _____ Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ Legalmente Seperado

Origen (Subraye Uno): Hispano o Latino

Raza (círcule todo lo que aplique): Blanco Afro-Americano Asiatico Nativo de Hawaii
Nativo Americano/Nativo de Alaska me niego a mencionarlo
Lo Desconoce Otra isla del Pacifico

Necesita Intérprete : ____ Si ____ No El Paciente es Veterano ____ Si ____ No

Como se entero de nosotros: _____ Anuncios _____ Plan de Seguros _____ Buscada de Internet
_____ Sitio Web _____ Un referido de un paciente o amigo _____ Otro

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Apellido : _____ Nombre: _____
Teléfono: (en casa) _____ (trabajo) _____ (celular) _____
Relación con el Paciente: _____

INFORMACIÓN DE LA ASEGURANZA

Nombre de la Aseguranza : _____ Políza a Nombre de: _____
Relación con el Paciente: (Si no esta a su Nombre) _____
Numero de Políza : _____ Numero de Grupo #: _____ Cuota de Pago: _____

Mountain Health & Community Services es un Centro Médico federal calificado 501 (c) 3, No lucrativa. Nuestros honorarios reflejan nuestro costo. A fin de proveerle con asistencia médica de bajo costo , el pago debere efectuarse al recibir el servicio.

C ABEZA DE FAMILIA (CUENTA A)

Apellido : _____ Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

ESTA TRABAJANDO COMO

____ Empleado: (T/C o M/T) _____ Por Mí Cuenta _____ Desempleado _____ Estudiante: (T/C o M/T)
Nombre del Patrón del Paciente _____ Telefono: (_____) _____
Fuente de Ingreso: _____ Empleado _____ Desempleado _____ Discapacitado _____ Retirado _____ Otro
Tipo de Empleo: _____ Administrativo _____ Producción _____ Ventas/Servicio _____ Agricultura _____ Otro
Ingresos Mensuales : \$ _____ Numero de Miembros en la Familia: _____

EDUCACIÓN

Círcule el nivel mas alto de Educación del Paciente:

Primaria: K 1 2 3 4 5 6 Secundaria: 7 8 9 Preparatoria : 10 11 12
Universidad: 13 14 15 16 17 Escuela Profesional Otro

CASA ESTADO

____ No Sin Hogar ____ Calle ____ Vivienda ____ Dupliquen ____ Transición ____ Desconocido/No Reglamentada

Entiendo y estoy de acuerdo que, (sin tomar en cuenta mi aseguranza); soy responsable del pago de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. He leído toda la información y completado la información requerida en esta hoja . Certifico que esta información es real y verdadera de acuerdo a mi conocimiento. Les notificaré de cualquier cambio en los cuidados de salud o cualquier otra información.

Adjudico todas las ventajas médicas y/o quirúrgicas a las cuales tengo derecho, incluso los beneficios de Asistencia médica , a Mountain Health & Community Services, sin exceder el total de gastos medicos validos. Esta asignación permanecerá en vigor hasta que sea cancelada por mi, por escrito. Una fotocopia de esta asignación es considerada tan válida como el original. Entiendo que ciertos servicios pueden ser considerados no cubiertos o médicamente no necesarios por mi portador (es) de seguros y que la cobertura puede ser negada. Entiendo que soy responsable del pago de estos servicios. Autorizo la liberación de información médica u otra, para tratar reclamaciones de la aseguranza para la forma de pago.

Firma _____

Fecha _____

CONSENT FOR TREATMENT

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Paciente responsable otorga la autorizacion a MOUNTAIN HEALTH AND COMMUNITY SERVICES y a sus Medicos asignados y a el personal ancilar para que administren cualquier examen medico, tratamiento, diagnostiquen y administren cualquier procedimiento quirurgico, Servicios de Salud y Comportamiento u otros servicios que pudieran ser necesarios o recomendados durante el curso de el tratamiento de el/los pacientes.

Yo entiendo que el personal anciliar incluye Asistentes de Medicos, Enfermeras Practicantes, Enfermeras graduadas, y Asistentes Medicos.

Esta por demas entendido que si el paciente o la persona responsable en nombre de el paciente; rechaza cualquier tratamiento sugerido, libera automaticamente a la Clinica/Oficina de cualquier responsabilidad por danos que pudieran ocurrir, debido a el rechazo. El rechazo a el tratamiento sera documentado y sera testificado por no menos de dos (2) personas incluyendo a el medico tratante.

Consentimeinto para la iniciativa de Salud oral (OHD):

Este proyecto esta fundado por las commision de First 5 de San Diego. Datos y informacion concerniente al crecimiento y aprendizaje del niño/niña seran compartidos con el programa de First 5. Esta informacion es combinada con informacion de otros niños/niñas para asistir el programa de First 5 y las demas familias.

Nombre de el Paciente/Persona Responsable

Firma de el Paciente/Persona Responsable

_____ Fecha: _____

Testigos: _____ Fecha: _____

Por favor proporcione nombres de individuos con quienes pudieramos discutir su cuidado, nos proporcione documentacion en su nombre, y quien pueda recoger sus recetas. Gracias.

Nombre: _____ Parentesco: _____ No. de Telefono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ No. de Telefono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ No. de Telefono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ No. de Telefono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ No. de Telefono: _____



I _____ reconozco que he revisado y entiendo lo siguiente Montaña Salud y Servicios Comunitarios, Inc. (MHC) con respecto a mis derechos y responsabilidades:

1. Yo entiendo mis derechos y responsabilidades del paciente que se registran en la sala de espera. También entiendo que puedo solicitar una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de la recepcionista.
2. Entiendo que en el marco del Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:
 - Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en el tratamiento que directa e indirectamente.
 - Obtener el pago de los pagadores de terceros.
 - Llevar a cabo operaciones normales de salud, tales como evaluaciones de la calidad y las certificaciones médico.
 - Reconozco que he recibido una copia de Montaña Salud y Servicios Comunitarios, Inc. (MHC), Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información sobre mi salud, y doy mi consentimiento para el uso de mi Información de Salud Protegida (PHI) para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica de la práctica.
 - Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puede comunicarse con esta organización en cualquier momento para obtener una copia actual del aviso de prácticas de privacidad.
 - Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja la cantidad de información privada es usada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También entiendo que no estamos obligados a acceder a mi solicitud de restricciones, pero si usted está de acuerdo que están obligados a cumplir con tales restricciones.
3. Entiendo que todos los co-pagos son debidos en el momento de los servicios. En el evento, no poder pagar mi co-pago en el momento del servicio, Me cobrará mi co-pago y en adicional \$ 10.00 de procesamiento.
4. Entiendo y reconozco que tengo la capacidad para recibir o rechazar anticipadas ofrecidas por la recepcionista de mi primera visita y en cualquier momento tengo acceso a cambio de directivas anticipadas por hablar con la recepcionista en la recepción.

Nombre del Paciente

Firma

Fecha

** Si desea una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente, HIPAA Aviso de privacidad y / o directivas anticipadas, por favor, solicitar copias de la recepcionista.**

PARA USO DE LA OFICINA:

I attempted to obtain the patient's signature regarding MHCS' Patient Rights and Responsibilities, HIPAA Privacy Notice and/or Advance Directives Acknowledgement and, \$10.00 co-pay processing fee, but was unable to do so as documented below:

Date

Staff Member Signature

Reason: _____

HISTORIA PEDIATRICA

ALERGIAS

HISTORIA DE SU NACIMIENTO

Lugar de Nacimiento- _____
 Fecha de Nacimiento- _____
 El Embarazo fue normal? _____
 El Parto fue normal? _____

Fue un bebe a término? _____
 Peso al nacer- _____
 Tamano al nacer? _____
 Problemas al amamantarlo? _____

SU NINO/A TIENE O HA TENIDO CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE:(si la respuesta es si, a que edad)

Si	Edad	No

Alergias
 Anemia
 Asma
 Desordenes Sanguineos
 Bronquitis
 Cancer
 Diabetes
 Infecciones de los Oidos

Si	Edad	No

Fiebre del heno
 Enfermedades del Corazon
 Hepatitis
 Infecciones del Rinon o la Orina
 Neumonia
 Tuberculosis
 Convulsiones
 Amigdalitis (2 o mas)

HOSPITALIZACIONES

Edad	Razon

CIRUJIAS

Edad	Razon

ACCIDENTES O ENFERMEDADES SERIAS

Edad	Razon

HISTORIA FAMILIAR

EXISTE EN LA FAMILIA ALGUIEN CON LO SIGUIENTE?

NO	Si	QUIEN?	NO	Si	Quien?
		Alergias			Presion Alta
		Asma			Enfermedad del Rinon
		Desordenes Sanguineos			Convulsiones
		Diabetes			Enfermedad de la Tiroides
		Enfermedades del Corazon			Tuberculosis

NO CONTESTE ESTA PARTE, ES PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

CHRONIC MEDS: start date

Medication	Start Date	Med Changes	Stop Date

PROBLEM LIST/CHRONIC ILLNESS

NAME _____ DOB _____ CHART# _____



County of San Diego

Childhood Lead Poisoning Prevention Program

Risk Assessment for Childhood Lead Poisoning

Patient Name: _____ Birthdate: _____ ID No: _____

This questionnaire is no longer required by CHDP, however, because lead cases in San Diego County have been found to have multiple sources, CLPPP encourages health care providers to administer this risk assessment tool and ask questions about other sources of exposure. Test all children participating in a publicly funded program, at 1 and 2 years of age, and at any time up to 6 years of age if they have never been tested. Test children age 6 years and older whenever a "high risk" status is found. Test privately funded children at 1 and 2 years of age when "high risk" status is found.

1. ¿Usan ustedes remedios caseros que contengan plomo? (Azarcon, Greta, Maria Luisa, Rueda, Liga, Coral, Pay-loo-ah, Alkohol or Kohl)
 Sí No
2. ¿Usan ustedes ollas de barro para preparar o almacenar comida o bebida? (Tanques o latas soldadas con plomo, loza de barro, o vasos de vidrio que contengan plomo)
 Sí No
3. ¿Le gusta comer a su niño/a tierra o pedazos de pintura?
 Sí No
4. ¿Vive su niño/a en, o visita con frecuencia una casa que haya sido construida antes de 1978, u otro lugar donde se esté pelando o cayéndose la pintura? (Esto puede incluir una guardería infantil, preprimaria, escuela, casa de una niñera, pariente, amistad)
 Sí No
5. ¿Vive su niño/a en, o visita frecuentemente una casa construida antes de 1978, la cual ha sido recientemente renovada o reconstruida o la están revovando o reconstruyendo?
 Sí No
6. ¿Tiene su niño/a un padre/madre, hermano, hermana, compañero de casa o de juego que está recibiendo tratamiento para, o bajo observación por envenenamiento con plomo, o con un nivel de plomo más alto de 10 µg/dL?
 Sí No
7. ¿Vive su niño/a o visita con frecuencia a alguien en cuyo trabajo o pasatiempo se expone al plomo? (Por ejemplo: pintar, soldar, fabricar acumuladores, productos de vidrio o barro, reparar muebles, carros y plomería)
 Sí No
8. ¿Vive su niño/a cerca de una fundidora de plomo o planta de acumuladores u otra industria que posiblemente despidan o escape plomo?
 Sí No

County of San Diego • Health and Human Services Agency • Childhood Lead Poisoning Prevention Program • P.O. Box 85222 • MS: P611C-A
San Diego, CA 92110-8522 • Lead Education • Information • Case Management (619) 516-6694 • Fax: (619) 515-4285 www.sdlead.org

SDHHS/Epi/EpiGlobal/CLPPP/Theresa/provleda/Theresa (Updated May04)