



Datos Demograficos del Paciente				
Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento: / /	Edad:
Direccion:		Apt #	Ciudad	Estado Codigo Postal
Direccion postal/ Casilla postal		Apt #	Ciudad	Estado Codigo Postal
Correo Electronico:		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Telefono Celular ()		Telefono de Casa ()		Telefono Alternativo ()
Language de preferencia: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español	A cual de estos grupos cree que pertenece? <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> De las islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Se nego a informar			
Numero De Seguro Social:	Identidad de Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgenero masculino/ de femenino a masculino <input type="checkbox"/> Transgenero femenino. De masculino a femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Opta por no revelarlo		Orientacion Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual (no es lesbiana ni gay) <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo Mas <input type="checkbox"/> Opta por no revelarlo	
Sexo de nacimiento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
Contacto de Emergencia (OBLIGATORIO)				
Nombre:		Relacion:		Telefono Celular: ()
Informacion de Farmacia (OBLIGATORIO)				
Nombre de farmacia:				
Direccion:				
Telefono:				
Para Pacientes Menores de Edad- Informacion de Padres/Guardian				
Nombre de Padre/Madre/Guardian:			Seguro Social:	
Relacion al Paciente: Otro: _____		Fecha de Nacimiento: / /		Sexo de Nacimiento:
Direccion (si es diferente que al de arriba)		Apt #	Ciudad	Estado Codigo Postal
Telefono Celuar (si es diferente al de arriba) ()				
Seguro Medico				
1- Seguro Principal	# De Identificacion	# De Grupo	Direccion	
Nombre del Asegurado	Fecha de Nacimiento	Empleador del Asegurado	Relacion con el paciente: <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro	
2- Seguro Secundario	# De Identificacion	# De Grupo	Direccion	
Nombre del Asegurado	Fecha de Nacimiento	Empleador del Asegurado	Relacion con el paciente <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro	
Yo _____ CERTIFICO QUE TODO LO DICHO ARRIBA ES VERDAD DE ACUERDO A MIS CONOCIMIENTOS. (Escriba Nombre)				
Firma (Paciente o Padre/Guardian) _____			Fecha: _____	



Medicamentos (SI NO TOMA ESCRIBA "NO")

Haga una lista de los medicamentos (con receta y de venta libre), suplementos o vitaminas que toma:
(Si hoy trajo su lista de medicamentos, entreguela al personal de recepcion para obtener una copia)

Nombre del medicamento	Dosis	Con que frecuencia lo toma?

Alergias (SI NO TIENE ESCRIBA "NO")

Alergia	Reaccion

Historial Medica (SI NO TIENE ESCRIBA "NO")

Marque con una (x) cualquier condicion medica que tenga actualmente o haya tenido en el pasado:

<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cuagulos de Sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica	<input type="checkbox"/> Depresion
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazon	<input type="checkbox"/> Hepatitis/Enfermedad del Hgado	<input type="checkbox"/> Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
<input type="checkbox"/> Presion Alta	<input type="checkbox"/> Ataque de Corazon	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los Rinones	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides
<input type="checkbox"/> Cancer:				
<input type="checkbox"/> Otro:				

Historial de Sirugias (SI NO TIENE ESCRIBA "NO")

Haga una lista de las operaciones que ha tenido en el pasado:

Operacion	Año aproximado

Historial Medica de Familia (SI NO TIENE ESCRIBA "NO")

Familiar	Vive?	Condiciones Medicas
Madre	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Padre	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Hermana(s)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Hermano(s)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	



POR FAVOR LEA Y FIRME TODOS LOS CONSENTIMIENTOS

FORMA DE RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE (HIPAA)

Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de los derechos de privacidad de nuestros pacientes; y cómo podemos utilizar y divulgar información de salud (PHI) SOBRE NUESTROS PACIENTES. Reglamento Federal requiere que nos dan nuestros pacientes o su representante la oportunidad de revisar nuestro aviso notificación estará disponible para usted en su petición. Firmando esta forma conocimiento solo que le hemos proporcionado con acceso inmediato a nuestro aviso de prácticas de privacidad.

Firma Autorizada:

Fecha:

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTE MAYOR DE EDAD O DE UN MENOR DE EDAD

Al firmar abajo, declaro que soy el paciente o padre natural, tutor, tener custodia legal del menor. Yo doy permiso para Complete Family Care, para realizar o administrar rayos x, examen, diagnostico anestésico, medico o quirúrgico o tratamiento cuando es clara la necesidad de dicho tratamiento, y cuando son infructuosos esfuerzos para ponerse en contacto conmigo. Esta autorización será efectiva para un año desde la fecha de la firma a menos que tarde revocada por escrito y entregada a Complete Family Care.

Firma Autorizada:

Fecha:

AUTORIZACION DE LIBERACION

Autorizo a Complete Family Care total o parcial de cargos de expediente y/ o clínica médicos del paciente (incluyendo información sobre abuso de alcohol o drogas, enfermedad psiquiátrica o enfermedades transmisibles relacionado con información, incluyendo el VIH) a ninguna persona o Corporación (i) que sea o puede ser responsable o bajo contrato para Complete Family Care para el reembolso, subrogación, y recuperación directa y coordinación de beneficios para esta y todas las reclamaciones futuras incluyendo pero no limitado a hospital/servicio médico empresas, portadas de compensación, fondos de bienestar, agencias gubernamentales y (ii) cualquier proveedor de atención médica para paciente continuo cuidado. Puede revelar también en forma anónima cualquier información sobre el caso del paciente, que es necesario o apropiado Complete Family Care para el avance de la ciencia médica, investigación médica, para la recogida de datos estadísticos o en virtud de la ley estatal o Federal, estatuto o reglamento. Salvo, como arriba, Complete Family Care requerirá el paciente. También estoy de acuerdo que en todos los casos, los registros médicos originales (incluyendo muestras de laboratorio y rayos x) seguirán siendo propiedad de Complete Family Care

Firma Autorizada:

Fecha:

ASIGNACION DE BENEFICIOS

En el caso de la paciente, su representante o el garante que firma abajo, tiene derecho a beneficios de cualquier tipo que surja de cualquier póliza de seguro, asegurando al paciente o cualquier otra persona responsable del paciente, esos beneficios por la presente se asignan a Complete Family Care para un uso contra la cuenta del paciente. Dicho pago ejercerá esa compañía de seguros de cualquier obligación bajo la política en la medida de que el pago ha sido hecho correctamente según los términos de la política. El que suscribe seguirá siendo responsable de cualquier y todos los cargos no son pagados por la compañía de seguros o no cubiertos por esta asignación. Para cualquier cobertura elegible y todos los cargos no son pagados por la organización de los servicios de objetos de decoración o autorizar tal medico u organización para presentar una reclamación para el pago. Beneficios de cualquier tipo bajo cualquier póliza de seguros asegurar al paciente, o cualquier otra persona responsable del paciente, por la presente se asigna a Complete Family Care o al proveedor grupo representación de aplicación a la cuenta del paciente. Una fotocopia de esta tarea debe ser considerada tan válida como el original

Firma Autorizada:

Fecha:

RESPONSIBILIDAD FINANCIERA

Estoy de acuerdo que a cambio de los servicios prestados al paciente por Complete Family Care u otros proveedores de salud, voy a pagar la cuenta del paciente antes de la descarga o hacer arreglos financieros satisfactorio Complete Family Care o cualquier otros proveedores de pago. Si una cuenta es enviada a un abogado para la colección, estoy de acuerdo en pagar los gastos de recogida y razonables honorarios según lo establecido por el Tribunal y no por un jurado en cualquier acción judicial. Una cuenta de morosa puede cobrar intereses a la tasa legal. SE ENTIENDE QUE PUEDE HABER CARGOS ADICIONALES PARA RAYOS X, PRUEBAS DE LABORATORIO U OTROS SERVICIOS Y SIMINISTROS REALIZAN O PROPORACIONAN POR LOS PROVEEDORES U ORGANICACIONES DE Complete Family Care QUE SE FACURARAN POR SEPARADO

Firma Autorizada:

Fecha:



Patient Name:	Date of Birth:
---------------	----------------

Que es Telesalud y Como Funciona?

La telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes lugares compartan información médica de pacientes individuales con el fin de mejorar la atención al paciente. Uno de nuestros asistentes médicos estará con usted durante su visita y estará conectado con un proveedor a través de tecnología de videoconferencia. El asistente médico administrará el equipo y las herramientas de diagnóstico, como un estetoscopio para escuchar su corazón y un otoscopio para ver en sus oídos. También ayudará al proveedor con su examen físico. El proveedor hará recomendaciones para su cuidado, ordenará recetas si es necesario y hará referencias para atención especializada si es necesario.

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

1. Por la presente autorizo a Complete Family Care a utilizar la plataforma de práctica de telesalud para las telecomunicaciones para evaluar, hacer exámenes y diagnosticar mi condición médica.
2. Entiendo que pueden surgir dificultades técnicas antes o durante las sesiones de telesalud y que mi cita no se puede iniciar ni finalizar según lo previsto.
3. Acepto que los profesionales puedan contactar sesiones interactivas con videollamada, sin embargo me informan que las sesiones se pueden realizar mediante comunicación de voz regular si no se pueden cumplir los requisitos técnicos como la velocidad de Internet.
4. Estoy de acuerdo en que mis registros médicos sobre telesalud pueden conservarse para su posterior evaluación, análisis y documentación, y en todos estos mi información se mantendrá privada.

Consentimiento Del paciente Para el uso de Telesalud

He leído y entiendo completamente la información proporcionada anteriormente con respecto a la telesalud, la he discutido con mi médico o los asistentes que puedan ser designados, y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de telesalud en mi cuidado.

Firma del paciente (*o persona autorizado a firmar por el paciente*): _____ Date: _____

Persona autorizado a firmar, relación a paciente: _____ Date: _____