

**Secoyas Centro de Salud Rural Paciente Historia de Salud  
Clínica Médica (707) 923-2783 Clínica Dental (707) 923-4313**

Por favor responda las siguientes preguntas. Para preguntas Sí / No, por favor marque cada pregunta individual. Si no está seguro acerca de una pregunta, por favor marque el número o la letra que corresponda a la pregunta.

**Nombre del paciente:** Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

**Nombres utilizado anteriormente:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Género:**  Masculino  Hembra **Email:** \_\_\_\_\_

**1. ¿Por qué estás aquí hoy?** \_\_\_\_\_

**2. ¿Cuándo fue su último examen de salud?** \_\_\_\_\_ **3. ¿Quién es su médico?** \_\_\_\_\_

**4. ¿Cuándo fue tu última visita al dentista?** \_\_\_\_\_ **5. ¿Quién es su dentista?** \_\_\_\_\_

**6. Historia Médica: Alguna vez has tenido...**

	No	Sí/Año
A. Accidentado o válvula de corazón artificial		
B. Lesión cardíaca congénita o soplo		
C. Enfermedad del corazón Cardiovascular		
1. Dolor en el pecho durante/ después del esfuerzo		
2. Dificultad para respirar		
3. Hinchazón de los tobillos y los pies		
4. <b>Marcapasos cardíaco</b>		
D. La presión arterial anormal (alta o baja)		
E. Problemas de pulmón, Asma, Tuberculosis, COPD		
F. Los problemas del seno		
G. La urticaria o erupciones en la piel		
H. Alergia		
I. Diabetes		
1. Micción Frecuente		

(más de 6x pro día)	No	Sí/Año
2. Sed frecuente/boca seca		
J. Hepatitis A, B, o C		
K. Artritis		
L. Reumatismo o inflamación en las articulaciones dolorosas		
M. <b>Prótesis de articulación</b>		
N. Trastorno endocrino, tiroides		
O. Úlcera estomacal		
P. Problemas de riñón		
Q. Tos persistente o con sangre		
R. <b>Desmayos o convulsiones</b>		
S. <b>Cáncer / Radiación</b>		
T. VIH o SIDA		
U. <b>Trastorno de la sangre, anemia o la hemofilia</b>		
1. Sangrando anormal con cirugía o trauma		
2. fácil aparición de moretones		
3. Transfusión de sangre		
V. Miembro de la familia con/trastorno hemorrágico		

**7. Medicamentos:**  Marque aquí si usted no toma ningún medicamento (Por favor proporcione la lista de medicamentos completa en la página siguiente)

Estas tomando...	No	Sí
A. Antibióticos o sulfamidas		
B. Anticoagulantes (diluyentes de la sangre)		
C. Medicina para la presión arterial alta		
D. Esteroides de cortisona u otros		
E. Medicamentos para dormir		
F. Los Antihistamínicos		
G. Aspirina		

	No	Sí
H. La insulina o diabetes drogas		
I. Medicamentos para el corazón, la nitroglicerina, la digital		
J. Anticonceptivos orales		
K. Otros medicamentos		
L. Bifosfonatos (para la osteoporosis)		
M. La quimioterapia (o previamente)		

Numero del paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

**8. Medicamentos**  No hay Medicamentos

Nombre de la marca	Nombre Generico	Fecha de inicio	Direcciones
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

**9. Alergia**  Sin Alergias

Nombre	Reacción	Nombre	Reacción
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

**10. Antecedentes médicos**  Antecedentes médicos no conocida

Condición	Comenzó el año
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

6. \_\_\_\_\_

**11. Cirugías pasadas**  No hay cirugías pasadas

Cirugía	Año
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

**12. Lista de hospitalizaciones en los últimos 5 años:**

Razón	què hospital	fecha

**13. Pacientes del sexo femenino:**

LMP: \_\_/\_\_/\_\_ Actualmente Embarazada: Sí/No Amamantamiento: Sí/No

Por favor indique el número de: Embarazos: \_\_\_\_\_ Nacidos Vivos: \_\_\_\_ Ectópico: \_\_\_\_ Abortos involuntarios: \_\_\_\_  
 Abortos: \_\_\_\_\_

**14. Historia de familia**  Sin antecedentes familiares de interés  Soy adoptado/fomentado

Diagnóstico	Miembro de la familia	Comentarios
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Numero del paciente: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_

**Historia Social**

**15. El consumo de alcohol**  sí  no  Ex Consumo

Que Tipo	
Bebidas por día	
Año de renunció	

**16. El Consumo de tabaco**  sí  no  Ex Consumo

Tipo de tabaco	
# utilizado por día	
Años utilizan	
Año de renunció	

**17. Mantenimiento de la salud** última fecha de la prueba:

Chequeo de colesterol	
PSA	
Colonoscopia	
Densitometría ósea	
Ultrasonido del hígado	
Vacuna contra el tétanos	
Prueba de la hepatitis	
Prueba del VIH	
Prueba de la anemia	

**18. Manejo de enfermedades** última fecha de la prueba:

HgbA1C	
Ultrasonido abdominal	
Prueba de esfuerzo cardíaco	
Radiografía de pecho	
Ecocardiograma	
EKG	
Examen de la vista	

**19. Enumerar otras enfermedades o problemas que puedan ser de interés:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**20. Directivas Anticipadas (Resucitación Deseos)**

Fecha de Reseña: \_\_\_\_\_  Ninguna  DNR  Testamento en vida  El poder duradero del abogado  HC Apoderado

**\*He completado esta historia de salud completa y exacta al mayor de mi conocimiento.**

\_\_\_\_\_  
Firma (Partido del paciente o responsable)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Impreso Numero del Responsable

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

-----Uso en oficina -----

Fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_

SECOYAS CENTRO DE SALUD RURAL  
101 WEST COAST ROAD/PO BOX 769 REDWAY, CA 95560  
**PACIENTE FORMULARIO DE INFORMACIÓN**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE ENVÍO: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL : \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: M  F   
ESTÁTUS MARITAL: SOLT  CASAD  DIV  VIUDO   
NOMBRE DE ESPOSO(A): \_\_\_\_\_  
EMPLEADOR: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

**EN ORDEN PARA NOSOTROS (PARA SATISFACER) LAS NECESIDADES DE FINANCIACIÓN FEDERAL, POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

¿ES USTED UN VETERANO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA? Sí  No

¿ES USTED UN TRABAJADOR DE TEMPORADA AGRÍCOLA? Sí  No

¿ES USTED SIN HOGAR (VIVIENDA FALTA O VIVIR EN VIVIENDA DE TRANSICIÓN) Sí  No

RAZA/ETNIA: BLANCO  HISPANO  AFROAMERICANO  NATIVO AMERICANO   
CHINO  JAPONÉS  FILIPINO  OTRAS ASIÁTICO  NEGARSE A RESPONDER

**INGRESO MENSUAL**

ENCIERRA EN UN CÍRCULO EL NIVEL DE INGRESOS BRUTOS MENSUALES DE SU FAMILIA QUE SE CORRESPONDE CON EL TAMAÑO DE SU HOGAR					
TAMAÑO DEL HOGAR	EN O POR DEBAJO	ENTRE	ENTRE	ENTRE	MÁS DE
1	\$981	\$982-\$1354	\$1355-\$1471	\$1472-\$1962	\$1963
2	\$1328	\$1329-\$1832	\$1833-\$1991	\$1992-\$2655	\$2656
3	\$1674	\$1675-\$2310	\$2311-\$2511	\$2512-\$3348	\$3349
4	\$2021	\$2022-\$2789	\$2790-\$3031	\$3032-\$4042	\$4043
5	\$2368	\$2369-\$3267	\$3268-\$3551	\$3552-\$4735	\$4736

**PARTE RESPONSABLE (SI ES DIFERENTE DE PACIENTE)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE ENVÍO: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: M  F   
ESTÁTUS MARITAL: SOLT  CASAD  DIV  VIUDO   
NOMBRE DE ESPOSO(A): \_\_\_\_\_  
EMPLEADOR: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

**SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS**

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE ENVÍO: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE ENVÍO: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

PARIENTE MÁS CERCANO (FUERA DEL HOGAR)

CIUDAD Y ESTADO

NÚMERO DE TELÉFONO

## Forma De Pago

Pago Privado  CMSP/Fecha de asunto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Seguro medico del estado : \_\_\_\_\_

Seguro Médico  MediCal/Fecha de asunto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

**Si usted está cubierto por el Seguro, Medi-Cal o Medicare, por favor presente su tarjeta a al recepcionista.**

**Tenemos una escala móvil para los pacientes de bajos ingresos. Por favor, dígame a la recepcionista si usted está interesado en este programa.**

**El pago se requiere para los exámenes y el tratamiento de la oficina, en el momento que se dan los servicios. Al menos que se hayan hecho otros arreglos.**

**El abajo firmante, doy mi permiso para que el Centro de Salud de las Secoyas Rural administre mi atención médica Y estoy de acuerdo ser responsable del pago de todos los servicios del Centro de Salud.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, Padre o Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

De conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Edad

Ley contra la Discriminación de 1975, secoyas Centro de Salud Rural no discrimina por motivos de raza, color, nacional origen, discapacidad o edad.

### Información Del Seguro O Medicare Secundaria de Seguros

**Estamos encantados de ayudarle en la presentación de sus reclamaciones de seguros; Sin embargo, por favor recuerde que usted es responsable de asegurando que secoyas Centro de Salud Rural se paga por los servicios prestados a usted. Si su compañía de seguros no nos paga dentro de los 60 días, se convierte en su responsabilidad de hacerlo y ponerse en contacto con su compañía de seguros para averiguar por qué el pago no tiene ha hecho. Vamos a reembolsar a usted cuando su portador insuance remite un pago..**

Su compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Número de ID \_\_\_\_\_ Número de Group \_\_\_\_\_

Tenedor de una póliza:  Yo  Esposo(a)  Padre  Otro Tenedor de una póliza: \_\_\_\_\_

Dirección de correo para Reclamaciones: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Autorización para liberación

**Autorizo la liberación de cualquier y toda la información adquirida en el curso de un examen / tratamiento, para mi compañía de seguro.**

**AUTORIZO y solicito el pago de los beneficios médicos directamente a secoyas Centro de Salud Rural para médicos servicios prestados a mí. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia o escaneo de este acuerdo es la misma validez que el original**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, Padre o Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# FIRMA PARA CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

He Tenido la oportunidad de leer los siguientes consentimientos informados:

Por Favor sus **iniciales** y **el signo**.

\_\_\_\_ 1) El Centro de Salud de las Secoyas Rural “Política de No Arribo”

\_\_\_\_ 2) Aviso de las Políticas de Privacidad

\_\_\_\_ 3) El Consentimiento para la anestesia local (para Dental Solamente)

\_\_\_\_ 4) El material dental Datos Hoja (para Dental Solamente)

Paciente/Guardián: Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre Impreso del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Con el fin de ahorrar papel, estos materiales pueden ser vistos en nuestra clínica a su llegada o descargar y ver desde nuestro sitio web.

Dirección Web: <http://www.rrhc.org/forward/>

Busque en la sección Forma Descargar.

**Secoyas Centro de Salud Rural  
Aplicación de Escala**

**Persona responsable del hogar:**

Nombre: (Nombre, Inicial segundo nombre, Apellido):	Número de Seguro Social:	FDN:	Condado:
Dirección de envío:	Ciudad/Estado/Código:	Teléfono de casa:	Teléfono del trabajo
Sin hogar/ Vivienda de Transición: Si/No	Estátus Marital: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>		
Número de personas que viven en la casa que comparten los gastos del hogar:			

**Información de Ingresos: Por favor complete para todos los miembros adultos del hogar que están empleados: PRUEBA DE INGRESOS BRUTOS se facilitará a RRHC (talón de cheque RECIENTE, declaración de impuestos, DECLARACIÓN DE FEDERAL O DEPÓSITOS DEL ESTADO). PERSONAS QUE NECESITAN PARA DECLARAR MISMO SE REQUIEREN PARA CUMPLIR CON UN PACIENTE SERVICIOS Asistente de lo contrario, los servicios serán prestados en la carga completa.**

Persona Empleada	Nombre de empresa	Ingresos (Antes de)	¿Pagado?¿Con qué frecuencia? Marque uno
		\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas
		\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas
Otra fuente de ingresos:	Pensión alimenticia \$	TANF \$	Pensión/Jubilación \$
Manutención de los hijos \$	Discapacidad \$	S.S.I. \$	Seguro Social \$
Desempleo\$	Otro \$	Otro \$	Otro\$

**Información del Hogar: Listar todos los individuos en el hogar, incluyendo la persona responsable de la familia.**

Nombre	FDN	Relación	Edad	Ingresos	Employed
1.					Sí/No
2.					Sí/No
3.					Sí/No
4.					Sí/No

**\*\* Usted puede enumerar personas adicionales el la parte posterior de la aplicación.**

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Sólo para uso de oficina**

- El paciente ha sido aprobado para su escala móvil: A  B  C  D  E
- El paciente aplico para Medi-Cal or Covered CA (cícule el programa) Día de la cita: \_\_\_\_\_
- El paciente fue negado cobertura de Medi-Cal (copia de la negación adjunta)
- El paciente ha cumplido con la cuota de costo O deducible y no es elegible para el programa de escala móvil.
- Ingreso del paciente es demasiado alto para calificar para el programa de escala móvil.
- Paciente se negó a proporcionar información sobre los ingresos o se negó a completar el formulario de elegibilidad.
- El paciente ha disminuido el programa de escala móvil.

Firma del personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_