



Formulario de registro de un paciente nuevo

Nombre (primer nombre, apellido, inicial del segundo nombre): _____ Apellido de soltera/ otro nombre: _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Trabajo: _____ Extensión: _____

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Sexo: Masculino Femenino

Sexo asignado al nacer: Masculino Femenino

Orientación sexual: Heterosexual Lesbiana, gay u homosexual
 Bisexual Otra opción
 No lo sé

Identidad de género: Masculino Femenino Masculino transgénero Otra
 Femenino transgénero

Pronombre preferido: Él Ella Elle Ellx Otro

Raza: (Marque todas las opciones que correspondan) Blanco Negro/afroamericano
 Asiático Indio estadounidense/nativo de Alaska
 Nativo de Hawái Nativo de otra isla del Pacífico

Origen étnico: Hispano/latino No hispano/no latino

Idioma materno: _____ ¿Necesita los servicios de un intérprete? Sí No

Farmacia principal: _____ Farmacia secundaria: _____

Información sobre el seguro: *Complete la siguiente información sobre el seguro y entregue una copia de las tarjetas de seguro*

Seguro médico principal <input type="checkbox"/> El mismo que el paciente
Compañía de seguro: _____
N.º de ID: _____ N.º de grupo: _____
Nombre del titular de la póliza: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Seguro dental principal <input type="checkbox"/> El mismo que el paciente
Compañía de seguro: _____
N.º de ID: _____ N.º de grupo: _____
Nombre del titular de la póliza: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Seguro médico secundario <input type="checkbox"/> El mismo que el paciente
Compañía de seguro: _____
N.º de ID: _____ N.º de grupo: _____
Nombre del titular de la póliza: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Seguro dental secundario <input type="checkbox"/> El mismo que el paciente
Compañía de seguro: _____
N.º de ID: _____ N.º de grupo: _____
Nombre del titular de la póliza: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____



Tengo más de dos prestadores de seguro médico.

Debido a que somos un centro de salud que recibe financiamiento federal, debemos obtener esta información. Todas las respuestas son confidenciales.

Estado civil: Matrimonio nulo Divorciado Con pareja Separado legalmente Casado
 Nunca se ha casado Viudo Ninguno

Situación laboral: Tiempo completo Medio tiempo Jubilado. Fecha de jubilación: _____
 Trabaja por cuenta propia Militar activo Estudiante No tiene empleo

Características de población:

- Soy un trabajador migrante de la industria lechera.
- Soy un trabajador migrante temporal (no trabajo en la industria lechera).
- Actualmente rento o tengo una casa (o vivo con mi padre/madre/tutor).
- Actualmente vivo en un refugio.
- Actualmente vivo en una vivienda de transición.
- Dependo de familiares/amigos para conseguir vivienda.
- Actualmente vivo en la calle.
- Vivo en un hotel o en una casa rodante.
- Soy un veterano de los EE. UU.

Persona con responsabilidad económica si no es el paciente, por ejemplo, padre o madre de un menor de edad:

Nombre: _____ Dirección: _____
 Teléfono _____ Casa/trabajo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la persona que completa este formulario (si es distinta del paciente): _____

Marque esta casilla si la persona que completa este formulario tiene autoridad legal para dar el consentimiento para el tratamiento de la persona inscrita (se requiere documentación de respaldo si no es el padre o la madre de un menor de edad).

Información sobre ingresos: *Encierre en un círculo el tamaño adecuado de la familia y el rango de ingreso familiar correspondiente. Todas las respuestas son confidenciales.*

Rango del ingreso familiar 2022 según el tamaño de la familia				
Tamaño de la familia	Del 0 al 100 %	Del 101 al 150 %	Del 151 al 200 %	Más del 200 %
1	<input type="checkbox"/> Entre \$0 y \$14,580	<input type="checkbox"/> Entre \$14,581 y \$21,870	<input type="checkbox"/> Entre \$21,871 y \$29,160	<input type="checkbox"/> \$29,161 o más
2	<input type="checkbox"/> Entre \$0 y \$19,720	<input type="checkbox"/> Entre \$19,721 y \$29,580	<input type="checkbox"/> Entre \$29,581 y \$39,440	<input type="checkbox"/> \$39,441 o más
3	<input type="checkbox"/> Entre \$0 y \$24,860	<input type="checkbox"/> Entre \$24,861 y \$37,290	<input type="checkbox"/> Entre \$37,291 y \$49,720	<input type="checkbox"/> \$49,721 o más
4	<input type="checkbox"/> Entre \$0 y \$30,000	<input type="checkbox"/> Entre \$30,001 y \$45,000	<input type="checkbox"/> Entre \$45,001 y \$60,000	<input type="checkbox"/> \$60,001 o más
5	<input type="checkbox"/> Entre \$0 y \$35,140	<input type="checkbox"/> Entre \$35,141 y \$52,710	<input type="checkbox"/> Entre \$52,711 y \$70,280	<input type="checkbox"/> \$70,281 o más
6	<input type="checkbox"/> Entre \$0 y \$40,280	<input type="checkbox"/> Entre \$40,281 y \$60,420	<input type="checkbox"/> Entre \$60,421 y \$80,560	<input type="checkbox"/> \$80,561 o más
7 y más	Añada \$4,540 adicionales a cada categoría			



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Proveedor de atención primaria anterior: _____

Otro proveedor del equipo de atención (por ejemplo, especialistas, proveedores fuera del estado, etc.): _____

Voluntades anticipadas:

¿Cuenta usted con una declaración de voluntades anticipadas? (Si la respuesta es sí, entregue una copia) Sí No No lo sé

¿Le gustaría que el centro de salud lo ayude a redactar su declaración de voluntades anticipadas? Sí No No lo sé

Responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Sus respuestas son confidenciales.

¿Ha habido algún cambio importante en su salud en el último año? Sí No No lo sé

Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Tiene alguna articulación artificial, válvula cardíaca artificial, implante o prótesis? Sí No No lo sé

¿Se le ha realizado una cirugía o ha recibido radioterapia o quimioterapia para un tumor, una neoplasia u otra afección? Sí No No lo sé

Si la respuesta es sí, explique: _____

Solo para mujeres:

¿Actualmente está embarazada? Sí No No lo sé

Si la respuesta es sí, escriba la fecha del parto: _____

¿Actualmente está amamantando? Sí No No lo sé

Antecedentes de salud: ¿Actualmente presenta alguna de las siguientes afecciones o ha tenido alguna? (Marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adicción | <input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/trastorno de angustia/PTSD | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas en las articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Asma o falta de aliento | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda o en el cuello | <input type="checkbox"/> Problemas ginecológicos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre o anemia | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición/zumbido en los oídos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal o úlceras | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca o dolor en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Problema de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática o hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis o tos crónica | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer o tumor Ubicación: _____ | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Fracturas, deformidades en los huesos/las articulaciones | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas o lesiones en los ojos, ceguera | <input type="checkbox"/> _____ |



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Evaluación del estado de salud: *Escriba la fecha de la última evaluación/realización de lo siguiente:*

- Colonoscopia Fecha: _____ PSA
- Mamografía Fecha: _____ Prueba de Papanicolaou

Fecha del último periodo menstrual: _____

Antecedentes quirúrgicos:

- Fecha: _____ Cirugía: _____
- Fecha: _____ Cirugía: _____
- Fecha: _____ Cirugía: _____
- Fecha: _____ Cirugía: _____
- Fecha: _____ Cirugía: _____

Antecedentes familiares: *¿Alguno de sus familiares inmediatos ha tenido las siguientes afecciones?*

	Padre	Madre	Hermano o hermana	Hijo o hija	
Cáncer o tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Soy adoptado y no conozco mis antecedentes familiares
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad cardíaca/ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otra: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- El padre ha fallecido Fecha de la muerte: _____ Causa de la muerte: _____
- La madre ha fallecido Fecha de la muerte: _____ Causa de la muerte: _____

Antecedentes sociales *(marque todas las opciones que correspondan)*

- Consumo de alcohol Cantidad: _____
- Consumo de drogas
- Consumo de tabaco
- Antes fumaba Fecha estimada en la que dejó de fumar: _____
- Masticar tabaco
- Abuso/negligencia
- Empleado Ocupación: _____
- Lesión ocupacional Detalles: _____
- Jubilado
- Vive con su cónyuge
- Vive solo



Alergias:

Alergias/reacción a los medicamentos <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Alergias/reacción a los alimentos, al medio ambiente, a los animales <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	--

Medicamentos actuales:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Motivo de uso del medicamento

Inmunizaciones:

	Sí	No	No lo sé
Fecha de la última inyección contra el tétanos: _____ Si no lo sabe, ¿fue en los últimos 10 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha recibido la vacuna contra la neumonía Pneumovax?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, escriba la fecha en la que recibió la vacuna: _____			

Entiendo que, a mi leal saber y entender, todas las respuestas de arriba son verdaderas y correctas. Le informaré de inmediato a mi proveedor de atención médica si en algún momento hay un cambio en mi salud o en los medicamentos que uso. Por medio del presente, doy mi consentimiento a Northern Tier Center for Health para que se me brinde tratamiento a mí o al paciente nombrado (de quien soy el padre, la madre, el tutor legal, el padre adoptivo o la madre adoptiva).

Reservamos tiempo solo para usted. Si viene con retraso o tiene que cambiar una cita, llámenos lo más pronto posible. Si llega tarde, es posible que su proveedor deba reprogramar la visita para disponer de tiempo suficiente para atenderlo. Si falta a una cita, quizá tenga que esperar a que haya un espacio libre. Si nos llama cuando no pueda acudir a su cita programada, podremos atender a otros pacientes que esperan una cita.

Firma del paciente o del tutor	Fecha
--------------------------------	-------