

# Holyoke Health Center, Inc.

Affix label here

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Medical Record #: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE REGISTRO

Bienvenido al Holyoke Health Center, Inc. Nos complace el que nos haya elegido como su hogar médico. Por favor, responda las siguientes preguntas sobre usted y su familia para que podamos servirle. Si necesita ayuda con cualquiera de las preguntas, por favor pregúntenos y estaremos encantados en ayudarle.

1. Nombre Preferido (si es diferente al nombre legal): \_\_\_\_\_  
Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

2. ¿Completó un Poder de Cuidado de Salud?  Sí  No  N/A

3. Sexo al Nacer:  Hombre  Mujer

### 4. Datos Demográficos:

Dirección: \_\_\_\_\_ Núm. de Apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ (Relación) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Teléfono del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ (Relación) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ (Relación) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Trabaja a tiempo completo  Trabaja tiempo Parcial  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_  Estudia a tiempo completo  Tiempo Parcial  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

### 5. Métodos de Contacto:

Mejor Modo de Contacto

Ok dejar mensaje confidencial

a. Teléfono en el día: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_   Sí  No

b. Teléfono del Hogar: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_   Sí  No

c. Número de Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_   Sí  No

d. Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Para poder servirle mejor, favor de contestar las siguientes preguntas.

(La información que usted provea se mantendrá confidencial y privada. La información que usted comparta no afectará su elegibilidad para asistencia, vivienda u otros programas. Aún puede obtener servicios si decide no proporcionar la siguiente información).

6. ¿Cuál es su estado actual de hogar/ sin hogar?

- En un Refugio
- Vive con amigos/familiares
- En Vivienda de Transición
- En las calles
- No está sin Hogar
- Se niega a especificar

7. ¿Qué idioma prefiere hablar? \_\_\_\_\_

8. ¿Qué idioma prefiere por escrito? \_\_\_\_\_

9. Género:

- Hombre
- Mujer
- Transgénero Hombre ⇌ Mujer
- Transgénero Mujer ⇌ Hombre
- No se identifica con un género
- Se niega a especificar / Otro: \_\_\_\_\_

10. Orientación Sexual:

- Heterosexual (no lesbiana o gay)
- Lesbiana o Gay
- Bisexual
- Otro
- No sabe
- Se niega a especificar/ Otro: \_\_\_\_\_

11. ¿Con qué raza(s) se identifica?

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Nativo de Hawaii u otras Islas del Pacífico
- Blanco
- Se niega a especificar

12. ¿Con qué origen étnico se identifica?

- Hispano/ Latino
- No Hispano/ Latino
- Se niega a especificar

13. ¿Cuál es el ingreso total anual de su hogar? \_\_\_\_\_

14. ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyéndose a usted? \_\_\_\_\_

15. ¿Ha servido usted alguna vez en el ejército?  Sí  No

# Holyoke Health Center, Inc.

Affix label here

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Medical Record #: \_\_\_\_\_

## 16. Consentimiento para atención/tratamiento:

Por la presente autorizo al personal y a estudiantes profesionales de la salud supervisados del Holyoke Health Center, Inc. (HHC) a que me presenten los servicios médicos que estimen necesarios para mí. He leído y entiendo mis derechos y responsabilidades, y le asigno a HHC la autoridad para reclamar y cobrar los beneficios del seguro médico y pagos en mi nombre. Entiendo que soy responsable de pagar por mi cuidado si mi seguro no lo paga completo.

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

En caso de un menor, la firma es de:

Padre/Madre  Guardián Legal  Menor Emancipado  Poder Legal

## 17. Aviso de Prácticas de Privacidad

Entiendo que Holyoke Health Center, Inc. (HHC) utilizará mi información para tratamiento, pagos y operaciones de atención médica. Se me ha dado una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de HHC, la cual brinda una descripción completa de cómo será utilizada mi información de salud. Entiendo que esta organización se reserva el derecho de cambiar sus avisos y prácticas y que yo tengo el derecho de obtener copia de los avisos revisados.

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

En caso de un menor, la firma es de:

Padre/Madre  Guardián Legal  Menor Emancipado  Poder Legal

## 18. Personas adicionales autorizadas para hacer uso o revelación de Información Privada de Salud:

(Los usos y divulgaciones pueden ser permitidos sin consentimiento previo en una emergencia y de acuerdo con nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.)

El Holyoke Health Center, Inc. (HHC) valora y hace todo lo posible por proteger su privacidad. Su información médica no se le dará a ningún individuo (incluyendo esposos, padres, hijos o a cualquier otra persona significativa en su vida sin su consentimiento escrito). Si usted quisiera que HHC se comunique con otra persona además de usted por teléfono, en persona y que acompañe a algún niño a la oficina, favor de escribir el nombre, fecha de nacimiento y relación con usted. Es necesario llenar un formulario para divulgar información por separado para cualquier comunicación con las siguientes personas u otros además de los que están enlistados aquí. Esto incluye cualquier y toda la información confidencial.

En este momento no deseo dar autorización a otra persona (Para niños, ambos padres tendrán autorización automáticamente a menos que se presenten documentos de la corte indicando que alguno no está autorizado).

Yo, el abajo firmante, autorizo al personal de HHC para comunicarse con las siguientes personas

a. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

b. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

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

En caso de un menor, la firma es de:

Padre  Encargado Legal  Menor Emancipado  Poder Legal

Personal de HHC: \_\_\_\_\_

# Antecedentes Médicos del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ No. de teléfono de la consulta \_\_\_\_\_

- |   | Sí                       | No                       |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se encuentra ahora bajo tratamiento? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Esta usando lentes de contacto? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizada por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años? .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos?  |                          |                          |
| Si la respuesta es sí, explique _____   |                          |                          | Anestesia Local (por ejemplo, Novocaina) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Toma algún medicamento(s) incluidos los medicamentos sin receta médica? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penicilina o cualquier otro antibiótico .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es sí, ¿qué medicamento(s) está tomando?  |                          |                          | Medicamentos con Sulfa .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Barbitúricos .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algún medicamento para el cáncer que contenga bisfosfonatos? .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sedantes .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis o Levitra en las últimas 24 horas? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yodo .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Consume tabaco? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirina .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Usa sustancias controladas? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algún Metal (por ejemplo, níquel, mercurio, etc.) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?   |                          |                          | Látex/Goma .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | Otro (pro favor enumere) _____  |                          |                          |
|   |                          |                          | 12. ¿Tiene tos o aclaración de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida (que haya durado más de 3 semanas)? .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 13. Sólo Mujeres:   |                          |                          |
|   |                          |                          | a) ¿Está actualmente embarazada o cree que pueda estarlo? ..  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | b) ¿Está amamantando? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | c) ¿Está tomando anticonceptivos orales? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Hipertensión Arterial .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque Cardíaco .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos Cardíaco .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quedar Fácilmente sin Aliento ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumática .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardíaco .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de Tobillos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del Heno/Alergias .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayo/Ataques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansancio Frecuente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Baja .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia/Convulsiones .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Peso Reciente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Hepática .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implante o Reemplazo de Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas al Corazón .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Ictericia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Respiratorios .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o Infección de VIH .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la Válvula Mitral .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de Tiroides .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Estomacales/Úlceras .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros .....		

# Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre y Ubicación del Dentista Anterior \_\_\_\_\_

- |   | Sí                       | No                       |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Sangran sus encías mientras se cepilla o usa la seda dental? .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos calientes o fríos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Aprieta o rechina los dientes? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos dulces o amargos?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Se muerde los labios o mejilla con frecuencia? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes? .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella? .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. ¿Ha tenido alguna vez alguna hemorragia prolongada después de una extracción? .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello o mandíbula? .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandíbula?    |                          |                          | 14. ¿Usa prótesis totales o parciales? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chasquido .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí, fecha de postura _____   |                          |                          |
| Dolor (articulación, oído, costado de la cara) .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal concerniente al cuidado de sus dientes y encías? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para abrirla o cerrarla .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. ¿Le gusta su sonrisa? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para mascar .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |

# Autorización y Entrega de Información

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi o a mi hijo durante el periodo de dicha atención dental a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

X  
 Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Comentarios del médico \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Holyoke Health Center & Administrative Offices**  
230 Maple Street • P.O. Box 6260 • Holyoke, MA 01041-6260  
P: 413-420-2220 • F: 413-420-2250 • TTY: 413-534-9472

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro médico #: \_\_\_\_\_

## LISTA DE MEDICAMENTOS

**ALERGIAS:**

MEDICAMENTOS Y DOSIS	CUANDO SE TOMA	PROPÓSITO



**Holyoke Health Center & Administrative Offices**  
230 Maple Street • P.O. Box 6260 • Holyoke, MA 01041-6260  
P: 413-420-2220 • F: 413-420-2250 • TTY: 413-534-9472

### Responsabilidades del Paciente

Los médicos de la clínica de salud de Holyoke (Holyoke Health Center) tienen la responsabilidad de proporcionar el más alto nivel de atención para su tratamiento.

Usted, el paciente:

1. Tiene la responsabilidad de avisarnos de cualquier cambio en su estado de salud que afectará su tratamiento dental.
2. Tiene la responsabilidad de mantener y llegar a tiempo a sus citas. Si llega más de 15 minutos tarde a una cita, el médico tiene el derecho de cambiar su cita para otro día, a menos que sea una visita de emergencia, donde le veremos tan pronto como el tiempo de tratamiento este disponible.

Por favor, cumpla con estas condiciones.

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo completamente mi responsabilidad de notificar a la clínica de salud de Holyoke (Holyoke Health Center) de los cambios en mi estado de salud y en el hacer citas y cumplir con mis citas.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_