

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):** _____ / / _____

2. **Sexo al Nacer:** Hombre Mujer **¿Completó un Poder de Cuidado de Salud?** Sí No N/A

3. **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): _____

4. **Métodos de Contacto:** (Es importante para nosotros tener un número de teléfono activo para que nos podamos comunicar con usted sobre citas y cualquier cosa pertinente a su salud)

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

(Todos los números de teléfono celular son registrados (OPT-IN) automáticamente para recibir recordatorios de citas; por favor notifique a la recepción si desea remover (OPT-OUT) esta opción)

d. **Correo Electrónico:** _____

5. **Información de Seguro**

Por favor, informe al personal de la recepción si esta visita está relacionada con un Accidente de Auto, Indemnización Laboral o Reclamo por Discapacidad

Seguro primario: _____ Núm. de póliza: _____

Núm. de Grupo: _____ Teléfono del seguro: _____

Dirección del seguro: _____

Nombre de la persona suscrita a la póliza: _____

Relación con el Paciente: _____ Fecha de nacimiento de la persona suscrita: _____

***Si no hay un seguro secundario, marque con un círculo: NINGUNO**

Seguro secundario: _____ Núm. de póliza: _____
Núm. de Grupo: _____ Teléfono del seguro: _____
Dirección del seguro: _____
Nombre de la persona suscrita a la póliza: _____
Relación con el Paciente: _____ Fecha de nacimiento de la persona suscrita: _____

He presentado evidencia de cobertura de seguro válida desde la fecha a continuación al Holyoke Health.
Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos incurridos por los servicios prestados.
Entiendo que el pago se debe en el momento en que se presten los servicios.

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: (No tienes que responder para niños menores de 13 años)

- Hombre
- Mujer
- Transgénero Hombre ⇨ Mujer
- Transgénero Mujer ⇨ Hombre
- No se identifica con un género
- Se niega a especificar
- Otro: _____

10. Orientación Sexual: (No tienes que responder para niños menores de 13 años)

- Heterosexual (no lesbiana o gay)
- Lesbiana o Gay
- Bisexual
- Se niega a especificar
- No sabe
- 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

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. Proceso para Quejas y Reclamos

Entiendo que Holyoke Health Center, Inc. (HHC) desea brindarme el mejor cuidado posible. En caso de no estar estar satisfecho/a con los servicios que se me brindan, se lo haré saber a mi proveedor. Se me ha entregado un documento que describe cómo presentar una queja o reclamo con respecto a cualquiera de los servicios que he recibido del Holyoke Health Center, Inc.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

En caso de un menor, la firma es de:

Padre/Madre Guardián Legal Menor Emancipado Poder Legal

19. 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: _____



Building healthy communities

HOLYOKE HEALTH

Holyoke Health Center, Inc.

230 Maple Street ❖ P.O. Box 6260

Holyoke, MA 01041-6260

PHONE: 413-420-2200 ❖ TTY: 413-534-9472 FAX: 413-420-2280

Se requiere por ley que obtengamos su permiso por escrito para solicitar o obtener su información médica/dental

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Apellido Nombre Inicial

Otro(s) nombre(s) utilizados por el paciente: _____

Teléfono: (____) _____ - _____ Correo electrónico _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

- Yo autorizo al Holyoke Health Center Inc., para **ENVIAR** las porciones indicadas de mi record médico/dental al siguiente Proveedor o facilidad:
- Yo autorizo al Holyoke Health Center Inc., para **OBTENER** las porciones indicadas de mi record médico/dental del siguiente Proveedor o facilidad:

Nombre y/o Facilidad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono: (____) _____ - _____ Fax: (____) _____ - _____

Razón de la Solicitud:

- Uso Personal Para transferir el cuidado Referido/Especialista Asunto Legal Empleo
- Relacionado al Gobierno Otro: _____

Indique los documentos médicos/dentales que acepta divulgar marcando la casilla y poniendo sus iniciales:

- _____ Solo el examen físico reciente _____ Vacunas solamente
- _____ Solo resultados de laboratorio recientes _____ Otro: (especifique) _____
- _____ **El Record Médico completo**
- _____ El **Record** Dental _____ Solo **Radiografías** Dentales _____ **Record** Dental con **Radiografías**

Fecha de los Servicios: Desde ____/____/____ **hasta** ____/____/____ **o** **Todas las Fechas de Servicio**

Entiendo que si mis records contienen alguna de las siguientes informaciones, estos NO SE PUEDEN divulgar.

Indique cualquier **información adicional** que usted acepte que sea divulgada marcando la casilla y poniendo sus iniciales. ***¡Estos documentos no serán divulgados sin su consentimiento!***

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ___ Tratamiento del Alcohol o Drogas* | <input type="checkbox"/> ___ Tratamiento/Consejería de Violencia Doméstica |
| <input type="checkbox"/> ___ Enfermedades de Transmisión Sexual | <input type="checkbox"/> ___ Tratamiento/Consejería de Agresión Sexual |
| <input type="checkbox"/> ___ Información Genética | <input type="checkbox"/> ___ Psicoterapia/Salud del Comportamiento |
| <input type="checkbox"/> ___ Tratamiento/Consejería de VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> ___ Otro: _____ |

***Protegido por las Reglas Federales de Confidencialidad 42 CFR Parte 2** (LAS REGLAS FEDERALES PROHIBEN CUALQUIER DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN A MENOS QUE LA DIVULGACIÓN ADICIONAL SEA EXPRESAMENTE PERMITIDA O CON CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA PERSONA PERTINENTE O SEGÚN LO PERMITA LA REGLA 42 CFR PARTE 2)

MÉTODOS DE ENTREGA – Por Favor entregue mis records:

- Como papel impreso Por correo regular En una unidad USB Por Fax: () _____ - _____

Si está enviando esta información al Holyoke Health Center Inc., por favor envíela a la siguiente facilidad:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Holyoke Health Center
230 Maple St
Holyoke, MA 01040
T: (413)420-2200
Medical Fax:
(413)420-2280
Dental Fax:
(413)420-2250 | <input type="checkbox"/> Chicopee Health Center
505 Front St
Chicopee, MA 01013
T: (413)420-2222
Medical Fax:
(413)592-3382
Dental Fax:
(413)592-2324 | <input type="checkbox"/> Holyoke Health Dental Clinic
Holyoke Soldiers Home
110 Cherry St
Holyoke, MA 01040
T: (413)420-6270
F: (413)536-6272 | <input type="checkbox"/> Holyoke Health Dental Clinic
Western Massachusetts Hospital
91 East Mountain Rd
Westfield, MA 01085
T: (413)420-6260
F: (413)562-3380 |
|---|---|---|--|

Derechos del Individuo: Entiendo y estoy de acuerdo en que:

- Yo puedo rehusarme a firmar esta autorización.
- Yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito enviando una notificación al Oficial de Privacidad al 230 Maple St. Holyoke, MA 01040.
- Mi derecho de revocar no aplica a información que ya haya sido enviada en respuesta a esta solicitud.
- Mi tratamiento no depende de esta autorización.
- Yo tengo el derecho de inspeccionar u obtener una copia de este record médico/dental según lo estipulado en la regulación federal de la privacidad CFR 164.524
- Yo entiendo que la información usada o divulgada debido a esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y que ya no pueda estar protegida por la ley federal o estatal a menos que los records correspondan a los Records del Trastorno del Uso de Sustancias: 42 CFR parte 2 la cual prohíbe la divulgación no autorizada de estos records.

Con mi firma, la información especificada anteriormente se le solicitará al destinatario designado arriba.

La Autorización es válida por 365 días a partir de la fecha de la firma a menos que yo indique un momento diferente o una razón para su vencimiento. Vea las fechas en la otra página. Una vez que la información sea divulgada, el Centro de Salud no puede garantizar que el Destinatario no divulgará la información a otra parte que no esté obligada a cumplir con las leyes estatales y/o federales que regulan el uso y la divulgación de información médica protegida (PHI) y, en tal caso, la PHI descrita anteriormente puede volver a ser divulgada y ya no pueda estar protegida por tales leyes que regulan la privacidad de la información de salud.

El proceso puede tomar de 10-15 días laborables para procesar y divulgar los records. Yo seré notificado/a cuando los records estén listos para su divulgación. Estoy consciente de que puede haber un cargo por proveer copias de mi record médico/dental.

He leído cuidadosamente y entiendo los términos de esta Autorización. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi información de salud. Con mi firma a continuación, yo, con conocimiento y voluntariamente, autorizo la divulgación mencionada anteriormente de mi información de salud a la persona/entidad que se especifica arriba. Yo doy mi permiso para compartir mi información de salud protegida, la cual puede incluir información protegida o privilegiada, en forma escrita y/o guardada en otro formato.

Firma del Paciente/Guardián Legal: _____ **Fecha:** ____/____/____

Si no firmado por la persona servida, especifique su relación: · Padre · Guardián Legal / Designado

- Yo autorizo a la siguiente persona para recoger mis records:**
Nombre: _____ **Fecha:** ____/____/____
- Personal de HHC o Testigo: _____

Holyoke Health Center, Inc.

Affix label here

Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____

Date of Birth: ___/___/___ Date: ___/___/___ Medical Record #: _____

Historial Médico/ Dental del Paciente

Historial Médico del Paciente:

Nombre del Médico _____ Teléfono de la Oficina _____ Fecha del Último Examen _____

Favor de contestar las siguientes preguntas:	Sí	No
1. ¿Está bajo tratamiento médico ahora?		
2. ¿Ha sido hospitalizado/a por alguna operación quirúrgica o enfermedad grave en los últimos cinco años? Si es así, explique: _____ _____ _____		
3. ¿Está tomando algún medicamento(s) incluyendo medicamentos sin receta? *por favor, escriba qué medicamentos en la página de listar los medicamentos		
4. ¿Alguna vez ha tomado Fen-Phen/ Redux?		
5. ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier medicamento contra el cáncer que contenga bisfosfonatos?		
6. ¿Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis o Levitra en las últimas 24 horas?		
7. ¿Usa tabaco?		
8. ¿Usa alguna sustancia controlada?		
9. ¿Está usando lentes de contacto?		
10. ¿Tiene una tos persistente o carraspeo en la garganta no asociado con una enfermedad padecida (que dura más de tres semanas)?		
11. ¿Tiene alergias a o ha tenido una reacción alérgica a alguno de los siguientes?		
▪ Anestésico Local		
▪ Penicilina o cualquier antibiótico		
▪ Sulfadiacina		
▪ Barbitúricos		
▪ Sedantes		
▪ Yodo		
▪ Metales (e.g níquel, mercurio, etc.)		
▪ Goma de látex		
▪ Aspirina		
▪ Ibuprofén		

▪ Otro *escriba en la lista

Alergias:

Lista Actual de Medicamentos:

Medicamento & Dosis	Frecuencia	Propósito/Razón

Favor de contestar las siguientes preguntas: Mujeres Solamente	Sí	No
1. ¿Está embarazada o piensa que puede estarlo?		
2. ¿Está lactando a su bebé?		
3. ¿Está tomando anticonceptivos orales?		

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?								
	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Presión Arterial Alta			Enfermedad Renal			Cáncer		
Ataque cardíaco			Infección de SIDA/VIH			Artritis		
Fiebre Reumática			Problema de la Tiroides			Reemplazo de articulación o Implante		
Tobillos Hinchados			Enfermedad Cardíaca			Hepatitis/Ictericia		
Desmayo/ Convulsiones			Marcapasos			Problemas Respiratorios		
Derrame Cerebral			Problemas Cardíacos			Prolapso Válvula Mitral		
Asma			Soplo Cardíaco			Problemas del Estómago		
Presión Arterial Baja			Angina			Úlceras		
Epilepsia/ Convulsiones			Cansancio Frecuente			Dolor de Pecho		
						Falta de Aire		
Infecciones de Transmisión Sexual								
Leucemia			Anemia			Otro (explique):		
Diabetes			Enfisema					
Fiebre de Heno/Alergias			Glaucoma					
Tuberculosis			Pérdida de Peso Reciente					
Terapia de Radiación			Enfermedad del Hígado					

Historial Dental del Paciente:

Nombre y Lugar del Dentista Anterior _____ Fecha del Último Examen _____

Favor de contestar las siguientes preguntas:	Sí	No
1. ¿Sangran sus encías al cepillarse/usar hilo dental?		
2. ¿Tiene dientes sensitivos a bebida/comida fría o caliente?		
3. ¿Tiene dolor en cualquiera de sus dientes?		
4. ¿Tiene llagas o abscesos en o cerca de la boca?		
5. ¿Ha sufrido daños en su cabeza, cuello o mandíbulas?		
6. ¿Ha experimentado cualquiera de los siguientes problemas?		
▪ Chasquido/Clic		
▪ Dolor (articulación, oído, lado de la cara)		
▪ Dificultad en abrir y cerrar la boca		
▪ Dificultad al masticar		
7. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		
8. ¿Usted aprieta o rechina sus dientes?		
9. ¿Se muerde los labios o cachetes?		
10. ¿Ha tenido alguna dificultades con extracciones anteriormente?		
11. ¿Ha tenido sangrado prolongado después de una extracción?		
12. ¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia?		
13. ¿Usa puentes o dentaduras postizas?		
14. ¿Le gusta su sonrisa?		

Autorización y Divulgación

Certifico que he leído y entiendo la información mencionada anteriormente en lo mejor de mi conocimiento. Las preguntas anteriores han sido contestadas con precisión. Entiendo que brindar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizo al dentista a divulgar cualquier información incluyendo el diagnóstico y los registros de tratamiento o examen prestados a mí o a mi hijo/a durante el período de dicha atención, a terceros pagadores y/u otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguro a que le pague directamente al Dentista o a los beneficios del seguro grupal del Dentista que de otro modo me pagarían a mí. Entiendo que mi compañía de seguro puede pagar menos de lo que indique la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o de mis dependientes.

X _____ Fecha: _____
 Firma del Paciente (o padre/ guardián legal, si es un menor)

Doctor's Comments:

Providers Signature: _____ **Date:** _____