

**EDWARD-ELMHURST HEALTH**

**FORMATO DE REGISTRO**

POR FAVOR, LLENE TODA LA INFORMACIÓN CON LETRA DE MOLDE CLARA

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre **Legal** del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

¿Está actualizada la dirección en su ID?  Sí  No Si no, por favor, escribe la dirección actual a continuación

Dirección actual

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Código Postal

Teléfono de casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Dirección de email** \_\_\_\_\_

**Sexo**

- Hombre
- Mujer

**Estado civil**

- Soltero(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viudo(a)
- Separado(a)

**Etnia**

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino
- Prefiero no responder

(Tanto el gobierno local como el estatal pueden usar los datos para ayudar a planificar y administrar programas bilingües para personas de origen Hispano.)

Idioma preferido \_\_\_\_\_

**Raza**

- Blanco/Caucásico
- Negro o Afroamericano
- Nativo americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Otra raza
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- Multiracial
- Prefiero no responder

PCP (Médico principal) Dr. \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_

(requerido para el acceso a nuestro portal de pacientes MyChart)

**Nombre del empleador:** \_\_\_\_\_

**Estado de empleo**

- Tiempo completo  Retirado(a)
- Medio tiempo  Servicio militar
- Sin empleo
- Trabajador independiente

**Consentimiento para la divulgación verbal de información**

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué teléfono es mejor usar durante el día (8 a.m.-4 p.m.)?  Casa  Celular  Trabajo

2. ¿Qué teléfono es mejor usar durante la tarde (4 p.m.-7 p.m.)?  Casa  Celular  Trabajo

3. Si es posible que dejemos un mensaje detallado, por favor, marque la casilla de su correo de voz preferido\*.

Casa  Celular  Trabajo

**\*Las contestadoras y el correo de voz deben tener un mensaje de identificación para confirmar que son sus números por ejemplo: “Está llamando a Juan Pérez” o “Está llamando al 630-555-1212”**

4. Por favor, enumere los **CONTACTOS DE EMERGENCIA** y cualquier persona adicional con la que podamos compartir estos detalles acerca de su salud.

En caso de emergencia podemos comunicarnos con	Nombre	Parentesco	Número de Teléfono	Divulgar información de rutina	Divulgar información sensible
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Comprendo que este consentimiento es válido hasta que lo revoque. Comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento entregando al médico un aviso por escrito con mi deseo de hacerlo así. También comprendo que no podré revocar este consentimiento en los casos en que el médico los haya utilizado para usar o divulgar la información de mi salud. La revocación por escrito del consentimiento debe ser enviada al consultorio del médico.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Firma si es el padre o tutor

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### ACUERDOS Y AUTORIZACIÓN

#### CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD

- Yo, (el Paciente que firma a continuación, o la persona que firma a continuación quien es responsable por otorgar consentimiento en nombre del Paciente) solicito y doy consentimiento para toda atención, tratamiento y otros servicios que puedan ordenarse, solicitarse, dirigirse y proporcionarse por médicos, o sus asociados, asistentes o designados y llevados a cabo por médicos o personal en el Edward/Elmhurst Healthcare.
- Comprendo que tengo el derecho a rechazar esta atención, tratamiento u otros servicios, siempre que la negativa esté permitida en el marco de la ley.
- Comprendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. Comprendo y acepto que no se han realizado garantías, ni pueden realizarse, en cuanto al resultado de diagnósticos, tratamientos y medicamentos, pruebas o exámenes proporcionados en Edward/Elmhurst Healthcare.

#### GARANTÍA DE PAGO

- Considerando los servicios proporcionados por Edward/Elmhurst Healthcare al Paciente, acepto: i) garantizar el pago de todos los cargos relacionados a los servicios proporcionados al Paciente; ii) para cualquier asignación y transferencia al Edward Medical Group de todos los derechos, títulos e intereses del Paciente a beneficios de reembolso que están disponibles para pagar por esos cargos; y iii) autorizar el pago de estos beneficios directamente a Edward/Elmhurst Healthcare.
- Acepto que el Edward/Elmhurst Healthcare no es responsable por averiguar si el Paciente cuenta con algún seguro u otros beneficios que puedan pagar por la atención o servicios proporcionados al Paciente, o la extensión de los beneficios del Paciente.
- Acepto ser plenamente responsable por el pago de todos y cualquier cargo, en el caso que estos cargos no sean cubiertos por los beneficios asignados.
- El Edward/Elmhurst Healthcare proporciona muchos servicios para brindar asistencia a pacientes sin seguro así como pacientes que no pueden costear la atención. Comprendo que en caso de tener preguntas sobre la política de asistencia financiera de Edward, puedo hacerlas al supervisor de oficina durante el proceso de registro.

#### PARA PACIENTES DE MEDICARE

- Certifico que cualquier información proporcionada por mí como el Paciente o Representante del Paciente en la solicitud de pago de Medicare es correcta.
- Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre el Paciente divulgar a Medicare o sus agentes cualquier información necesaria para este reclamo o cualquier reclamo medico relacionado.
- Autorizo el pago de beneficios al Edward/Elmhurst Healthcare en nombre del Paciente.

#### RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Reconozco que he sido ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Edward/Elmhurst . El Aviso de Prácticas de Privacidad describe las formas en que el Edward/Elmhurst Healthcare puede usar y divulgar la información médica del Paciente y describe los derechos del Paciente con respecto a su información médica.

**Edward/Elmhurst Healthcare no aceptará revisiones o cambios en este formulario realizados por usted.**

Este acuerdo y formulario de autorización cubre los servicios que he recibido del Edward/Elmhurst Healthcare durante un periodo de 365 días a partir de la fecha de mi firma a continuación, salvo que sea revocado por mí por escrito con anticipación, o restringido a un periodo de tiempo menor por la ley aplicable.

He leído este formulario en pleno y cualquier pregunta sobre este formulario ha sido respondida a mi satisfacción. Comprendo y acepto su contenido.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante del Paciente  
(padre, tutor u otro representante)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo a la firma del formulario

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

Si el Paciente o Representante del Paciente no firmó este formulario, documente el motivo en la parte inversa y firme.

EDWARD/ELMHURST HEALTHCARE

Historia clínica de paciente adulto

Para pacientes de 18 años y mayores

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Fec. de Nac.: \_\_\_\_\_ M / F

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Por favor llene la siguiente Historia Anual de Salud a su mejor capacidad.

NOTA: ESTE ES UN REGISTRO CONFIDENCIAL DE SU HISTORIA CLÍNICA Y SE MANTENDRÁ EN ESTA OFICINA. LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO NO SE DIVULGARÁ A NADIE EXCEPTO CUANDO USTED LO HAYA AUTORIZADO.

HISTORIA CLÍNICA

Enfermedades/Lesiones graves

Four horizontal lines for recording medical conditions.

¿Conmoción cerebral o lesión de la cabeza?  Sí  No Si es afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha perdido el conocimiento?  Sí  No Si es afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Table with 3 columns: Hospitalizaciones anteriores (indique el motivo), ¿Cuándo?, Hospital, ciudad, estado. Includes four rows for data entry.

Table with 3 columns: Cirugías y/o procedimientos invasivos, ¿Cuándo?, Hospital, ciudad, estado. Includes four rows for data entry.

ALERGIAS

Indique todas las alergias y reacciones – (p. ej., Penicilina – sarpullido)

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Alimentos: \_\_\_\_\_

Medio Ambiente: \_\_\_\_\_

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

- 1. ¿Tiene un historial de tuberculosis? \_\_\_ Sí \_\_\_ No
2. ¿Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis? \_\_\_ Sí \_\_\_ No
3. ¿Alguna vez ha tenido una prueba cutánea de TB positiva? \_\_\_ Sí \_\_\_ No
4. ¿En qué país nació? \_\_\_\_\_

SÓLO MUJERES - HISTORIA MENSTRUAL

Edad de inicio de la menstruación \_\_\_\_\_

¿Regular?  Sí  No  Varía

Ciclo \_\_\_\_\_ días (de inicio a inicio)

Flujo  Intenso  Medio  Ligero

Posmenopáusica?  Sí  No

Si es así, edad de inicio? \_\_\_\_\_

Fecha del último examen pélvico/Pap. \_\_\_\_\_

Historia de Papanicolaou anormal  Sí  No

Fecha de última mamografía \_\_\_\_\_

¿Toma pastillas anticonceptivas?  Sí  No

Si es así ¿cuánto tiempo las ha tomado? \_\_\_\_\_

¿Utiliza la terapia de reemplazo hormonal  Sí  No

Embarazos

No. de hijos nacidos vivos \_\_\_ No. de muertes fetales \_\_\_

No. de nacimientos prematuros \_\_\_ No. de cesáreas \_\_\_

No. de abortos involuntarios \_\_\_\_\_

No. de abortos electivos \_\_\_\_\_

¿Algún hijo nacido de más de 9 lbs?  Sí  No

Historia de diabetes gestacional  Sí  No

Alguna complicación en el embarazo .....  Sí

No

Si es así, describa \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **Fec. de Nac.:** \_\_\_\_\_ **M / F**

**HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR:**

		Edad	Enfermedades o condiciones	Si falleció, causa de la muerte	Edad de fallecimiento
Padre					
Madre					
Abuelo paterno					
Abuela paterna					
Abuelo materno					
Abuela materna					
Hermano/a	Sexo				
Cónyuge/Pareja					
Hijos	Sexo				

**HISTORIA SOCIAL**

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Unión libre  Separado  Divorciado  Viudo

Consumo de alcohol:  Nunca  Lo dejé  Diariamente Cantidad actual/semana: \_\_\_\_\_

Consumo de tabaco:  Nunca  Lo dejé Tipo \_\_\_\_\_ Cantidad por día: \_\_\_\_\_

Consumo de drogas:  Nunca  Las dejé Tipo/Frecuencia: \_\_\_\_\_

Consumo de cafeína:  Ninguno  Menos de 1-2 tazas/botes al día  3-4 tazas/botes al día  Más de 5 tazas/botes al día

Ejercicio:  Ninguno  Sin régimen periódico  Sí; frecuencia: \_\_\_\_\_

Exposición excesiva en el hogar/trabajo a:  Polvo  Humos  Ruido  Humo de segunda mano  Solventes  Otro

Usa el cinturón de seguridad con regularidad:  Sí  No

¿Ha tenido caídas recientes?  Sí  No

**OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE**

¿Tiene alguno de los siguientes?

Carta poder para servicios médicos  Sí  No

Orden de no resucitar  Sí  No

Testamento en vida  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione una copia para su expediente médico.

¿Desea ser donante de órganos?  Sí  No

Si es así, por favor hable con sus familiares

¿Tiene una creencia religiosa o cultural que pueda afectar su elección de un tratamiento médico?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

A mi mejor saber, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad informar al consultorio del médico sobre cualquier cambio en mi estado de salud. También autorizo al personal de salud que realice los servicios necesarios que yo pueda necesitar.

Firma del paciente o tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha revisado/actualizado \_\_\_\_\_

Iniciales del paciente/tutor \_\_\_\_\_

Fecha revisado/actualizado \_\_\_\_\_

Iniciales del paciente/tutor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_