

**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 MEDICAL GROUP**  
**Historial Clínico de Paciente Pediátrico**

Para pacientes menores de 18 años.

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

**H / M**

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

**Por favor complete el siguiente Historial Clínico Anual lo mejor que pueda.**

**NOTA:** ESTE ES UN REGISTRO CONFIDENCIAL DE SU HISTORIAL CLÍNICO Y SE CONSERVARÁ EN ESTA OFICINA. LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA NO SERÁ DIVULGADA A TERCEROS, EXCEPTO CUANDO TENGAMOS SU AUTORIZACIÓN PARA HACERLO.

**IMPORTANTE:** Si usted es el Padre o Tutor, responda a **TODAS** las respuestas de este formulario en nombre del **MENOR**.

**HISTORIAL DE NACIMIENTO**

Peso al nacer \_\_\_\_\_ lbs. \_\_\_\_\_ oz. Hospital, ciudad y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

Tipo de parto  nacimiento vaginal  Cesárea/ Motivo de la cesárea: \_\_\_\_\_

Complicaciones del embarazo: \_\_\_\_\_

Complicaciones del parto: \_\_\_\_\_

Complicaciones en cueros: \_\_\_\_\_

¿Se inició el cuidado prenatal en el 1<sup>er</sup> trimestre del embarazo?  Sí  No Si la respuesta es no, ¿cuándo inició? \_\_\_\_\_

Otras complicaciones prenatales: \_\_\_\_\_

¿Eres adoptado?  Sí  No

**HISTORIAL MÉDICO**

**Enfermedades graves/Enfermedades en la infancia**

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

Diagnóstico de asma pasado o actual  Sí  No

**Lesiones**

Huesos rotos o fracturados  Sí  No Si es sí, ¿cuáles huesos? \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Esguinces  Sí  No Si es sí, ¿en dónde? \_\_\_\_\_

Laceraciones  Sí  No Si es sí, ¿en dónde? \_\_\_\_\_

Dislocaciones  Sí  No Si es sí, ¿en dónde? \_\_\_\_\_

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

Ha quedado inconsciente  Sí  No Si es sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones anteriores (indique el motivo)** **¿Cuándo?** **Hospital, ciudad, estado**

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

**Cirugías y/o procedimientos invasivos** **¿Cuándo?** **Hospital, ciudad, estado**

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

**ALERGIAS**

Indique sus alergias y reacciones. Ejemplo: Penicilina - Sarpullido

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

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

Entorno: \_\_\_\_\_

**OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE**

1. ¿Tiene un historial de tuberculosis? \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no

2. ¿Ha estado en contacto con alguien con tuberculosis? \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no

3. ¿Ha tenido una prueba cutánea de TB positiva? \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no

4. ¿En qué país nació? \_\_\_\_\_

**POR FAVOR PROPORCIONE UNA COPIA DEL REGISTRO DE INMUNIZACIONES DEL PACIENTE**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_ **H / M**

**MUJERES SOLAMENTE - HISTORIAL MENSTRUAL COMO SE INDICA**

Edad del inicio de la menstruación \_\_\_\_\_  
 Regular?  Sí  No  Variante  
 Ciclo \_\_\_\_\_ Días (de inicio a inicio)  
 Flujo  Abundante  Medio  Ligero  
 Dolores o espasmos  Sí  No

¿Toma anticonceptivos?  Yes  No  
 Si la respuesta es sí, cuánto tiempo los ha tomado \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez ha estado embarazada?  Yes  No

**HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR:**

	Edad	Enfermedades o afecciones graves	Si está fallecido, causa de la muerte	Edad al momento de la muerte
Padre				
Madre				
Abuelo paterno				
Abuela paterna				
Abuelo materno				
Abuela materna				
Hermanos	Sexo			

**HISTORIAL SOCIAL**

Escuela \_\_\_\_\_

Uso de alcohol:  Nunca  Lo ha dejado  Diario Cantidad actual/por semana: \_\_\_\_\_  
 Uso de tabaco:  Nunca  Lo ha dejado Tipo \_\_\_\_\_ Cantidad por día: \_\_\_\_\_  
 Uso de drogas:  Nunca  Lo ha dejado Tipo/Frecuencia: \_\_\_\_\_  
 Uso de cafeína:  Nunca  Menos de 1-2 tazas/latas diarias  3-4 tazas/latas diarias  más de 5 tazas/latas diarias  
 Ejercicio:  Ninguno  Sin régimen regular  Sí, frecuencia \_\_\_\_\_  
 Exposición excesiva, en el hogar o en casa, a:  Polvo  Humores  Ruido  Humo de segunda mano  Solventes  Otros  
 Usa el cinturón de seguridad con regularidad:  Sí  No  
 ¿Ha tenido caídas recientes?  Sí  No  
 ¿Hay armas de fuego en el hogar?  Sí  No

**OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE**

¿Desea ser donador de órganos?  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, por favor comente con sus familiares.  
 ¿Tiene alguna creencia religiosa o cultural que pueda afectar su elección de tratamiento médico?  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

Las preguntas en este formulario se han respondido correctamente a mi leal saber y entender. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede poner en riesgo mi salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina de mi doctor sobre cualquier cambio en mi estado médico. También autorizo a mi personal médico llevar a cabo los servicios necesarios que pudiese necesitar.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Fecha de revisión/actualización Iniciales del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha de revisión/actualización Iniciales del Padre/Tutor

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

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