



Santa Ynez Tribal Health Clinic

REGISTRO DEL PACIENTE

Por favor presente su tarjeta de seguro médico y una identificación válida



INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	APODO
NUMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE (SERA UTILIZADO PARA EL REGISTRO DE INMUNIZACION)	
DIRECCION POSTAL DEL PACIENTE			DOMICILIO DONDE RESIDE EL PACIENTE (SI ES DIFERENTE)		
CALLE O APARTADO POSTAL (PO BOX)			NUMERO Y CALLE		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
INFORMACION DE CONTACTO DEL PACIENTE					
# DE TELEFONO EN CASA	# DE TELEFONO EN EL DIA	# DE TELEFONO ALTERNATIVO	CORREO ELECTRONICO		
Método Preferido de Comunicación (Marque todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de Voz					
CONTACTO DE EMERGENCIA DEL PACIENTE					
NOMBRE DEL CONTACTO		DIRECCION	RELACION	NUMERO DE TELEFONO	
INFORMACION ADICIONAL DEL PACIENTE – Para Fines de Ayuda Financiera					
RAZA <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NEGRO/AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIIANO <input type="checkbox"/> OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA RAZA		SI ES INDIO NATIVO AMERICANO: AFILIACION TRIBAL: _____ CANTIDAD: _____ NOMBRE DE PAPA: _____ NOMBRE DE MAMA: _____		IDIOMA <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO _____ ES USTED DE ORIGEN HISPANO O LATINO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) LEGALMENTE <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> OTRO _____	Tamaño de Familia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> OTRO _____	Ingreso Familiar Aproximado \$ _____ <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> ANUAL	¿ES USTED VETERANO DE LAS FUERZAS ARMADAS DE LOS ESTADOS UNIDOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES SI, POR FAVOR PROPORCIONE LA TARJETA DD-214 A LA RECEPCIONISTA.		
INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (Si es diferente del paciente)					
NOMBRE Y APELLIDO			OTRO APELLIDO USADO EN EL PASADO	APODO	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	RELACIÓN CON EL PACIENTE		
DIRECCION POSTAL DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE					
CALLE O APARTADO POSTAL (PO BOX)					
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NUMERO DE TELÉFONO		

DATOS DEL EMPLEADOR		
NOMBRE DEL EMPLEADOR		
TIPO DE NEGOCIO	OCUPACIÓN	
EMPLEO <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> RETIRADO(A) <input type="checkbox"/> INCAPACITADO(A)		
SEGURO PRIMARIO		
TIPO DE COBERTURA PRIMARIA <input type="checkbox"/> MEDI-CAL <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> SEGURO PRIVADO <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> OTRO		
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE LA PÓLIZA	NÚMERO DEL GRUPO
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS (Calle, Ciudad, Estado y Código Postal)	EFFECTIVA DESDE	FECHA DE EXPIRACIÓN
SEGURO SECUNDARIO (Si lo tiene)		
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE LA PÓLIZA	NÚMERO DEL GRUPO
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS (Calle, Ciudad, Estado y Código Postal)	EFFECTIVA DESDE	FECHA DE EXPIRACIÓN

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO	
<p>Yo, el abajo firmante, certifico que la información contenida en este formulario es correcta en mi mejor conocimiento. Además, autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar la solicitud de pago de tratamientos u operaciones. Yo autorizo el pago de beneficios médicos para Santa Ynez Tribal Health Clinic (SYTHC), el proveedor o proveedores de servicios. Por la presente autorizo al proveedor y cualquiera con el que él pueda designar como su asistente(s), para administrar dichos tratamientos y procedimientos que en su opinión se consideren necesarias. Por la presente acuerdo, independientemente de la cobertura del seguro, que soy responsable de todos los gastos incurridos. El pago se espera en el momento del servicio. Como una cortesía enviaremos, la factura a su seguro médico. Autorizo que SYTHC me contacte por teléfono móvil. <i>(Se aplican tarifas por mensaje)</i></p>	
Firma del Paciente _____	Fecha _____
Firma del Responsable del Pacient _____	Fecha _____
Testigo _____	



Santa Ynez Tribal Health Clinic

Historial De Salud

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

I. CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (Marque Sí o No y Conteste con Detalle):

#	Sí	No	Preguntas
1			¿Tiene usted un médico de atención primaria? Nombre: _____ Fecha de su último examen: _____
2			¿Tiene un dentista? Nombre: _____ Fecha de su último examen: _____
3			¿Ha estado Hospitalizado/a o tuvo una enfermedad grave/herida en los últimos tres años? ¿ Por qué?
4			¿Tiene dolor crónico? ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____
5			Anote sus recetas médicas (incluya vitaminas, hierbas y suplementos): _____

II. ¿TIENE O HA TENIDO USTED ALGUNO DE LO SIGUIENTE (Marque Sí o No):

#	Sí	No	Preguntas	#	Sí	No	Preguntas
6			Alergias a medicamentos:	16			Alergias a los alimentos ó otras cosas:
7			Hepatitis	17			Alta presión/ hipertensión
8			Anemia	18			Enfermedad de riñón o vejiga
9			Artritis	19			Enfermedad psiquiátrica _____
10			Asma o Enfisema	20			Enfermedad sexual: La clamidia, herpes, etc. _____
11			¿Cáncer? ¿Donde? _____	21			Enfermedad de la piel o salpullido
12			La diabetes o la diabetes gestacional (de embarazo)	22			Problemas del estómago, gastritis, úlcera, otros
13			Enfermedades de los ojos: glaucoma, cataratas _____	23			Derrame cerebral
14			Problemas de oído, nariz o garganta	24			Enfermedad de la tiroides o suprarrenales
15			Enfermedad del corazón				

III. ¿TIENE O HA TENIDO USTED ALGUNO DE LO SIGUIENTE? (Marque Sí o No):

#	Sí	No	Preguntas	#	Sí	No	Preguntas
25			Articulación artificial	29			Válvula del corazón o marcapasos
26			Transfusiones de sangre	30			Cirugías (incluyendo esterilización) _____
27			Quimioterapia / radiación	31			Abuso doméstico
28			Lentes o lentes de contacto				

IV. SOLO PARA MUJERES (Marque Sí o No):							
#	Sí	No	Preguntas	#	Sí	No	Preguntas
32			¿Está embarazada o lactando?	38			¿Cuándo fue su último examen Papanicolau?
33			¿Está tomando píldoras anticonceptivas o inyecciones?	39			¿Ha tenido resultados anormales del examen Papanicolau?
34			¿Tiene la menstruación difícil?	40			¿Cuándo fue su última mamografía?
35			¿Ha tenido abortos o malpartos?	41			¿Ha tenido resultados anormal de mamografía?
36			¿Ha tenido más de una pareja sexual recientemente?	42			¿Ha tenido una histerectomía? Completo o parcial?
37			¿Siente dolor durante el coito?	43			¿A qué edad comenzó su regla? _____

V. ¿HA SENTIDO/TENIDO ALGUNO DE LO SIGUIENTE? (Marque Sí o No):

#	Sí	No	Preguntas	#	Sí	No	Preguntas
44			Tobillos hinchados	55			Boca seca
45			Sangra o moretea fácilmente	56			Náusea y vómito
46			Dolor de pecho (angina)	57			Salpullidos
47			Tos: persistente o con sangre	58			Ataque/Convulsión
48			Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces	59			Dificultad para respirar
49			Mareo	60			Problema de sinusitis
50			Fiebre	61			Dificultad en pasar saliva, (tragar)
51			Desmayo	62			¿Tiene sed excesiva?
52			Dolor de cabeza	63			Orinar con frecuencia o sangriento
53			Ictericia, Piel amarilla	64			Visión borrosa
54			Dolor en las articulaciones o rigidez	65			Aumento o pérdida de peso recientemente

VI. OTRO (Marque Sí o No y Conteste con Detalle):

#	Sí	No	Preguntas
66			¿Tiene alguna otra enfermedad o condición médica que NO está incluida en esta forma? Favor de explicar:
67			Por favor anote alguna condición médica que corre en su familia, y nombre de quien y la condición:
68			¿Es capaz de completar las actividades de cada día? Si su respuesta es No, favor de explicar:
69			¿Tiene algún factor religioso, cultural, o físico que pueda afectar su cuidado de salud? Favor de explicar:

VII. ¿USA CUALQUIER DE LO SIGUIENTE? (Marque Sí o No y Conteste con Detalle):

#	Sí	No	Preguntas	#	Sí	No	Preguntas
70			Frecuencia del Alcohol _____	72			Frecuencia del tabaco(fumar o mascada)
71			Frecuencia de la cafeína _____	73			Frecuencia de la droga recreativa

A lo mejor de mi conocimiento, he contestado cada pregunta completamente y con precisión. Yo le informaré a mi proveedor/doctor(a) sobre cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Firma de paciente _____

Fecha: _____



Santa Ynez Tribal Health Clinic

Aviso de Prácticas de Privacidad

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud en el cumplimiento de la ley federal. Podemos usar o divulgar su información médica personal para estos fines:

Para tratamiento, pago, operaciones del cuidado médico, recordatorios de citas, servicios de salud relacionados y alternativas de tratamiento, las actividades de recaudación de fondos, las personas involucradas en su cuidado o pago de su atención, investigación, órganos y la donación de tejidos, como lo exige la ley, para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad militar y veteranos, compensación de trabajadores, Actividades de Salud Pública, Actividades de vigilancia, Demandas y disputas, hacer cumplir la ley, Médicos Forenses, Examinadores de Salud y Directores de Funerarias., Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia. Servicios de Protección para el Presidente y otros, y los reclusos salud:.

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información personal:

Derecho a inspeccionar y solicitar una copia, derecho de modificar, Derecho a recibir un informe de divulgaciones, Derecho a solicitar restricciones, el derecho a recibir comunicaciones confidenciales, el derecho a recibir una copia impresa de este Aviso de aviso:.

Cambios a este Noticia:

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de hacer el aviso cambiante eficaz para toda la información de salud que mantenemos sobre usted, si se trata de información que hemos recibido con anterioridad acerca de usted o la información que podamos recibir de usted en el futuro. Nos tendrá a su disposición una copia de nuestro aviso actual en nuestras instalaciones. Nuestro aviso indicará la fecha de vigencia en la primera página, en el centro de la página. También le dará una copia de nuestro aviso actual a petición

Quejas:

Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Usted puede presentar una queja por correo nos una descripción escrita de su queja o diciéndonos acerca de su queja en persona o por teléfono:

Ron Sisson, Executive Director
Santa Ynez Tribal Health Clinic
90 Via Juana Lane
Santa Ynez, CA 93460
(805) 688-7070



Santa Ynez Tribal Health Clinic

Reconocimiento de Practica de Privacidad y Información de Directivo de Cuidado Medico



Yo entiendo que la información que e proporcionado y que se encuentra en mi expediente es necesaria para la Clínica Tribal de Santa Ynez y sus empleados, en conjunción con Indian Health Services (IHS), para proporcionarme cuidado para mi salud y bien estar. Yo entiendo que la información de mi expediente médico es almacenada seguramente sea electrónicamente o físicamente, y mi expediente médico no será divulgado a otra agencia o personas, a menos que se especifique como uso rutinario, sin mi consentimiento firmado.

Yo, _____, reconozco lo siguiente:

- Se me ha proporcionado una copia de *HIPAA Privacy Act Notice* para leer.
- Se me ha proporcionado una copia de *Derechos y Responsabilidades del Paciente* pare leer.
- Se me ha proporcionado una copia de Información de Directivo de Cuidado Médico.

**** A cualquier hora puedo pedirle una copia de estas formas a la recepcionista si es lo que elijo.**

La clínica Tribal de Santa Ynez (SYTHC) es considerada una facilidad de entrenamiento, y tiene, de tiempo a tiempo, a gente no empleada (estudiantes, internos, doctores interesados en empleo, representantes de cuidado medico, topógrafos, etc.) en nuestras premisas. Normalmente, estas personas no empleadas, son permitidas en areas de cuidado al paciente para poder observar y/o asistir al doctor.

Yo entiendo que tengo la opción de, a cualquier momento, pedir que cualquier persona no empleada (estudiantes, internos, y/o otros profesionales) sea excusada mientras yo esté recibiendo cuidado y servicios medicos.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre, Guardian o Representativo

Fecha



Santa Ynez Tribal Health Clinic

Forma de Reconocimiento de Citas Perdidas



Si llega a su cita mas de 9 minutos tarde, sera sujeto a los siguientes terminos:

Si puede esperar, trataremos de hacerle un campo pero no ay garantia.

Tambien se le dara la opcion de esperar para una cita de "espera" con algun otro doctor ese mismo dia- posiblemente tendra que esperar hasta 4 horas.

Si a llegado tarde a su cita en 3 ocasiones o mas durante los ultimos 6 meses se contrara como una cita perdida/no acudida y sera sujeto a los terminos de Citas Perdidas (disponible a peticion).

He leido y entiendo los terminus de Citas Perdidas de la Clinica Tribal de Santa Ynez y estoy de acuerdo en seguir los terminos.

Nombre (Escriba)

Fecha

Firma de Paciente