

**ANN SILVERMAN COMMUNITY HEALTH CLINIC**  
**POR FAVOR IMPRESIÓN**

FECHA: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ RAZA: \_\_\_\_\_

NO. DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ IDIOMA: Inglés Español Otro: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA CASA: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ TRABAJO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ APARTAMENTO NUMERO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL: \_\_\_\_\_

**Dirección de correspondencia o Casilla Postal, si es diferente de la dirección:**

DIRECCIÓN DE CORREO: \_\_\_\_\_ APARTAMENTO NUMERO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL: \_\_\_\_\_

**Si el paciente tiene menor de 18 años de edad:**

NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE: \_\_\_\_\_

FECHA DEL NACIMIENTO DEL PADRE: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

# DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL PADRE (si es diferente que arriba): \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL: \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia notifique a:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN A USTED: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ APT. \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL: \_\_\_\_\_ PAÍS: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ ¿Si no le contactamos a Usted, podemos hablar con esta persona de su información médica personal? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Por favor respuesta:**

1. ¿Tenemos su permiso para dejarle un mensaje en su maquina contestador acerca de su información medica personal? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene actualmente seguros de salud? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de compañía de seguros: \_\_\_\_\_

3. ¿Es usted un veterano? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4. ¿Su problema de salud se relaciona de alguna manera con? su empleo Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
un accidente automovilístico Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ otro tipo de accidente Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuales son? \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es el nombre de la farmacia que prefiere? Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Ann Silverman Community Health Clinic**  
**Autorización para Tratamiento/Servicios**

**Por favor, escribo:** Nombre y apellido del paciente \_\_\_\_\_

**Edad del paciente:** \_\_\_\_\_

Favor de leer con cuidado lo siguiente y firmar en el lugar indicado.

- 1) Por este medio, autorizo el tratamiento médico y dental proporcionado por la Ann Silverman Community Health Clinic.
- 2) Entiendo que los servicios que recibo podrán ser prestados por médicos voluntarios, enfermeras, practicantes de enfermería, odontólogos y los higienistas dentales y que todos los profesionales médicos con licencia para practicar, según proceda, en Pennsylvania.
- 3) Estoy de acuerdo en seguir las recomendaciones que me han dado por los proveedores de atención médica y/o al personal de Ann Silverman Community Health Clinic.
- 4) Voy a hacer preguntas si no entiendo algo.
- 5) Tengo el derecho a buscar tratamiento en otro lugar, en cualquier momento, a mi propia costa.
- 6) Estoy de acuerdo en proporcionar a Ann Silverman Community Health Clinic con todos los seguros de salud o información financiera, conforme a lo solicitado.
- 7) Voy a notificar al personal de cualquier cambio en mis circunstancias de vida, situación financiera o de seguros, o cualquier cambio en mi condición médica o dental.
- 8) Yo entiendo que el fin de proporcionar servicios de calidad, el personal se comunicará con y plantear mí a otros recursos. Yo entiendo que el personal puede pedirme que firma un formulario de la autorización por escrito de la entrega de información de salud. Tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento mediante notificación a Ann Silverman Community Health Clinic ya sea verbalmente o por escrito.
- 9) Entiendo que soy responsable de todas mis pertenencias personales.
- 10) Yo entiendo que si tengo alguna pregunta o inquietud sobre esta o cualquier otra forma o cualquier servicio, puedo solicitar una reunión con el Director Ejecutivo de Ann Silverman Community Health Clinic.
- 11) Entiendo que si no estoy satisfecho con las decisiones del personal yo puedo apelar la decisión ante el Comité de Servicios Clínicos de Ann Silverman Community Health Clinic

---

**Si el paciente tiene 18 años de edad o más:**

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Si el paciente tiene menor de 18 años de edad, o si el paciente no puede dar su consentimiento uno de sus padres o el acudiente debe firmar.**

Firma del padre/acudiente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (madre/padre, etc.): \_\_\_\_\_

---

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## HIPPA- Aviso para las Prácticas de Privacidad y la Red Clínica de Doylestown (DCN)

La DCN es una base de datos creada por los médicos de la comunidad de Doylestown que tienen alguna categoría de membresía en el personal médico del hospital de Doylestown. Esta base de datos consiste en registros médicos de los pacientes de los médicos incluyendo el suyo si usted quiere participar. Los únicos médicos a quienes se les permite acceso a sus registros médicos son los médicos que actualmente lo tratan a usted. La DCN debe mejorar la calidad de la atención médica proporcionada a usted y disminuir el riesgo de que se le indicaran medicamentos inadecuados o excesivos.

Cuando usted está registrado como paciente en la Clínica para la Salud Comunitaria Ann Silverman usted está automáticamente incluido en la DCN. La clínica incluirá su información clínica como alergias, las medicinas, los problemas, los resultados, etcétera en la DCN para que esté a la disposición de cualquier médico que sea miembro de la DCN y que le está tratando (Se están incluyendo todos los médicos y clínicos que le han proporcionado cuidado médico por referencia o en el caso de una visita de emergencia).

Si usted decide que no quiere participar en la DCN pregunte al personal de registro por el formulario por "no optar"; una vez que ya haya completado y firmado el formulario su información no será compartida en la DCN. Por favor, informe a cualquiera de nuestros miembros del personal de su decisión de "no optar" en cualquier momento durante su visita. Su información clínica no estará distribuida a través de los datos electrónicos.

Por la presente entiendo y estoy de acuerdo con la distribución de mis datos clínicos para el propósito de mi tratamiento y cuidado en la DCN.

Estoy al tanto de las Prácticas de Privacidad (HIPAA) de la clínica y que puedo tener una copia de estas prácticas si yo las solicito o puedo obtenerlas en el sitio web [www.aschealthclinic.org/eligibility](http://www.aschealthclinic.org/eligibility).

Por Favor Firme:

---

Paciente o padre/guardián si el paciente es menor o no puede firmar.

Por favor nombre de impresión o el nombre del paciente y el nombre del padre/guardián del paciente si es menor o no puede firmar.

---

Nombre de impresión del paciente

---

Nombre de impresión del padre/guardián

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

## HISTORIA DE SALUD

NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ FECHA DE HOY \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mes / día / año

	SI	NO
¿Goza de buena salud?		
¿Cuándo era su examen físico pasado?		
¿Está usted bajo la atención de un(a) médico(a)? Si es sí, ¿nombre del médico?		
¿Ha cambiado su salud el pasado año?		
¿Ha perdido o ha ganado peso recientemente?		
¿Ha estado hospitalizado o ha estado alguna vez bajo atención médica o tenido alguna enfermedad seria?		
Tiene alguna enfermedad que podría interferir con su trabajo o con el cuidado de su familia? Si es afirmativo, cual es?		
<b><i>Tiene o ha tenido alguna de las siguientes?</i></b>		
Alergias de la clase? Si es sí, ¿qué alergias?		
Presión alta?		
Problemas del corazón?		
Problemas en los pulmones, asma, o tuberculosis?		
Ataque cerebral?		
Epilepsia o convulsiones?		
Depresión, problemas nerviosos, ansiedad, o otra enfermedad mental?		
Problemas de la tiroide?		
Problemas con la audición o la visión?		
Hepatitis, ictericia, o problemas con el hígado?		
Diabetes, azúcar alta o baja?		
Úlcera del estómago o acidez o agruras del estómago?		
Problemas de los riñones o calculos renales?		
Artritis, gota o reumatismo?		
Problemas en la espalda?		
¿Ha necesitado usted alguna vez una transfusión de sangre?		
Cáncer, leucemia, o infecciones VIH?		
¿Fuma usted tabaco? Si es sí, ¿cuánto fuma usted?		
Usa alguna droga ilegalmente o alguna prescripción médica para el dolor? Si es sí, ¿qué?		
¿Toma usted bebidas alcohólicas? Si es sí, ¿cuánto y con qué frecuencia?		
<b><i>MUJERES SOLAMENTE</i></b>		
Cuándo fue su último chequeo ginecológico?		
Cuándo fue su último chequeo del seno realizado por un doctor?		
Se ha realizado una mamografía? Si es afirmativo, cuándo?		
<b><i>HOMBRES SOLAMENTE</i></b>		
Cuándo fue su último chequeo testicular o examen de próstata?		

**TERMINE POR FAVOR AMBOS LADOS**

## HISTORIA DE SALUD

1. Por favor describa algunos otros problemas o preocupaciones que usted tiene acerca de su salud.

---

---

---

2. Está usted tomando (o debe tomar) medicinas, suplementos o vitaminas en forma regular? Si es afirmativo, cuáles medicinas?

---

---

## HISTORIA DE LA SALUD DE LA FAMILIA

<p><i>Si alguno de sus familiares de sangre (su abuelo, abuela, padre, madre, tía, tío, hijo, hija) ha tenido lo siguiente, por favor indique la relación suya con esa persona.</i></p>
Presión alta?
Problemas del corazón?
Ataque cerebral?
Depresión, problemas nerviosos, ansiedad, o otra enfermedad mental?
Diabetes, azúcar alta o baja?
Cáncer o leucemia?
Problemas con alcohol o drogas?

**TERMINE POR FAVOR AMBOS LADOS**

**La Evaluación de la Conducta de la salud** NAME: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Cuando la parte de nuestra salud atiende a lo es importante revisar los asuntos que podrían afectar la salud de nuestros pacientes. Esta información nos ayudara lo proporcionamos con el mejor tratamiento y el estándar posible más alto del cuidado. Pedimos que usted complete este cuestionario que pregunta por su uso del uso alcohólico de bebidas porque alcohol puede afectar su salud y puede intervenir con cierto medications. Por favor respuesta como exactamente y tan honestamente como sea posible. Toda información se tratará en la confianza estricta.

En las preguntas siguientes, una bebida significa uno (12 onza) puede o embotella de cerveza, un (5 onza) vidrio de vino, de un vino más fresco, o de una bebida mixta con 1.5 oz. del licor duro. Cada cuenta como una bebida; una bebida mixta con disparos dobles o un martini cuenta como dos bebidas.

**Cada cuenta como 1 bebida:**



1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- |                                                        |                                                  |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 0 <input type="checkbox"/> Nunca (se salta a Ques. #4) | 3 <input type="checkbox"/> Semanal               |
| 1 <input type="checkbox"/> Menos que mensualmente      | 4 <input type="checkbox"/> Vez de 2-3 una semana |
| 2 <input type="checkbox"/> Mensualmente                | 5 <input type="checkbox"/> Vez de 4-6 una semana |
|                                                        | 6 <input type="checkbox"/> Diariamente           |

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- |                                      |                                        |
|--------------------------------------|----------------------------------------|
| 0 <input type="checkbox"/> 1 bebida  | 3 <input type="checkbox"/> 4 bebidas   |
| 1 <input type="checkbox"/> 2 bebidas | 4 <input type="checkbox"/> 5-6 bebidas |
| 2 <input type="checkbox"/> 3 bebidas | 5 <input type="checkbox"/> 7-9 bebidas |
|                                      | 6 <input type="checkbox"/> 10 o más    |

3. ¿Con qué frecuencia toma 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- |                                                        |                                                  |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 0 <input type="checkbox"/> Nunca (se salta a Ques. #4) | 3 <input type="checkbox"/> Semanal               |
| 1 <input type="checkbox"/> Menos que mensualmente      | 4 <input type="checkbox"/> Vez de 2-3 una semana |
| 2 <input type="checkbox"/> Mensualmente                | 5 <input type="checkbox"/> Vez de 4-6 una semana |
|                                                        | 6 <input type="checkbox"/> Diariamente           |

4. ¿En el ultimo año usted ha usado las drogas de otra manera que esos requirió para razones médicas?

Si  No

5. ¿En el ultimo año, usted ha usado la prescripción u otras drogas más que usted significó a?

Si  No

6. ¿Cuál endroga usa usted muymente frecuente? \_\_\_\_\_

Women = 7+, or yes

Men = 8+, or yes