



# Keystone Health

## REGISTRO DEL PACIENTE

### INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre:	_____	_____	_____
	(Primer)	(Segundo)	(Apellido)
Dirección:	_____		
Número de seguro social:	_____	Teléfono de casa: (____) _____	
Fecha de nacimiento:	_____	Estado civil: _____	Sexo: ____ Raza: _____
Lugar de empleo:	_____	Teléfono de empleo : (____) _____	
¿Usted es indigente?	____ Sí	____ No	¿Usted es veterano/a? ____ Sí ____ No
Seguro médico:	____ Sí	-- ____ No.	Si no tiene seguro médico, ¿le gustaría obtener información acerca de nuestro programa de reducción de pagos? ____ Sí ____ No

### PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

_____	_____
(Nombre)	(Relación al paciente)
_____	_____
( Dirección)	(Teléfono)

### PERSONA RESPONSABLE POR EL PAGO:

*(Complete solo si el paciente tiene menos de 18 años)*

Nombre:	_____	Relación al paciente:	_____
Número de seguro social:	_____	Fecha de nacimiento:	_____
Dirección:	_____		
Teléfono de casa:	_____	Teléfono celular:	_____
Lugar de empleo:	_____		

Verifico que la información anterior es correcta y exacta al mejor de mi conocimiento. También entiendo que cualquier cobro(s) no cubierto(s) por mi seguro médico(s) será mi responsabilidad.

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



**CENTRO DE SALUD KEYSTONE  
CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES PASADAS DE LOS ADOLESCENTES**

**ENFERMEDADES PASADAS**

Por favor circule todas las enfermedades que ha tenido.

Asma	Fiebre de alergias	Eczema	Tuberculosis	Problemas con los riñones	Murmuro en el corazón
Colesterol alto		Fiebre reumática		Célula Sickle	Ataques
Hiperactividad (ADD)		Pérdida del oído		Infección del sistema urinario	Hepatitis
Paperas		Neumonía		Otro _____	Varicela

**PARA MUJERES**

Edad en el primer período menstrual \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido usted relaciones sexuales? SI NO  
 Si la respuesta es "si", por favor conteste las siguientes preguntas:  
 Número de veces embarazada \_\_\_\_\_  
 Número de niños viviendo \_\_\_\_\_  
 Fecha del último examen del papanicolaou \_\_\_\_\_  
 Método anticonceptivo \_\_\_\_\_

**PARA VARONES**

¿Ha tenido relaciones sexuales? SI NO  
 Si la respuesta es "si" por favor conteste las siguientes preguntas:  
 ¿Usa usted condones? SI NO  
 Número de niños viviendo \_\_\_\_\_  
 Usted se considera ser:  
 \_\_\_\_\_ heterosexual  
 \_\_\_\_\_ homosexual  
 \_\_\_\_\_ bisexual

Usted se considera:  
 \_\_\_\_\_ heterosexual  
 \_\_\_\_\_ homosexual  
 \_\_\_\_\_ bisexual

**MEDICINAS /ALERGIAS**

Por favor haga una lista de las medicinas que usted toma y las alergias que usted tiene:

Medicinas que actualmente está tomando:	Alergias:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**HOSPITALIZACIONES/CIRUGÍAS/  
HERIDAS**

Por favor haga una lista de todas las hospitalizaciones, cirugías, y heridas que usted ha tenido:

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

**HISTORIA FAMILIAR**

Nombre madre: _____	Fecha de nac. _____	¿Viviendo en la casa? SI NO
Salud de la madre: _____	Ocupación: _____	
Nombre padre: _____	Fecha de nac. _____	¿Viviendo en la casa? SI NO
Salud del padre: _____	Ocupación: _____	

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CENTRO DE SALUD KEYSTONE**  
**CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES PASADAS DE LOS ADOLESCENTES**

Continuación de la historia familiar:

NOMBRES	CUMPLEAÑOS	PROBLEMAS DE SALUD

Por favor circule cualquiera de estas enfermedades de que los abuelos, padres, tíos, tías, hermanos o hermanas que tienen y han tenido:

Asma	Fiebre de las alergias	Derrame	Problemas de riñones	Depresión
Colesterol alto	Diabetes	Ataques	Ataque al corazón	Otro _____
Polipos	Presión alta	Alcoholismo	Cáncer	

**HISTORIA PERSONAL**

Marque

¿Tiene intereses o pasatiempos especiales? Haga lista _____	SI	NO
¿Hace ejercicio 3 veces por semana?	SI	NO
¿Tiene exámenes dentales regularmente?	SI	NO
¿Limita las grasas, azúcares, en su dieta?	SI	NO
¿Usa siempre el cinturón de seguridad?	SI	NO
¿Usa usted un casco protector cuando maneja bicicleta o motocicleta?	SI	NO
¿Se limita usted a exponerse al sol o usa loción protectora al sol nº 15 o más alta cuando se asolea?	SI	NO
¿Tienen problemas leyendo?	SI	NO
¿Ha sido abusado(a) física o sexualmente alguna vez?	SI	NO
¿Ha sido abusado (a) verbalmente?	SI	NO
¿Fuma cigarros? Paquetes al día _____ años _____	SI	NO
¿Mastica tabaco?	SI	NO
¿Fuma marihuana?	SI	NO
¿Ha tomado esteroides alguna vez?	SI	NO
¿Ha usado alcohol o drogas para sentirse mejor?	SI	NO
¿Usan sus amigos drogas o alcohol en fiestas?	SI	NO
¿Usa usted drogas o alcohol en fiestas?	SI	NO
¿Ha estado borracho más de 10 veces?	SI	NO
¿Han sus calificaciones de la escuela bajado recientemente?	SI	NO
¿Ha sido usted arrestado alguna vez?	SI	NO

Estas son unas preocupaciones comunes de adolescentes. Por favor marque SI o NO, para indicarnos que usted tiene alguna de estas preocupaciones.

Se siente deprimido(a)	SI	NO
Problemas para dormir	SI	NO
Cansado durante el día	SI	NO

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CENTRO DE SALUD KEYSTONE  
CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES PASADAS DE LOS ADOLESCENTES**

Dolor con los períodos menstruales		SI	NO
Vértigo		SI	NO
Dolores de cabeza frecuente		SI	NO
Dolores de estomago		SI	NO
Preocupaciones en la escuela	SI	NO	
Preocupaciones acerca de sexo		SI	NO
Preocupado (a) por mi peso		SI	NO
Preocupado (a) por mi altura	SI	NO	
Preocupado por la relación personal de mis padres		SI	NO
Otras preocupaciones			

el resto de estas preguntas es para determinar si usted está a riesgo de poder contraer el SIDA. No tiene que escribir su respuesta, pero si alguna respuesta es "si" usted puede estar en riesgo de contraer el SIDA y debería hablar acerca de esto con su doctor.

¿Ha tenido usted más de un compañero sexual en el transcurso del año pasado?	SI	NO	
¿Ha tenido su compañero relaciones sexuales con alguien que no sea usted, desde que empezaron a tener relaciones sexuales?	SI	NO	
¿Ha usado usted o su compañero drogas intravenosas?		SI	NO
¿Ha tenido alguno de sus compañeros SIDA o VIH positivo?		SI	NO
¿Ha tenido usted alguna enfermedad venerea?		SI	NO
¿Tuvo alguna transfusión de sangre entre 1979 al 1985?		SI	NO
¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección?		SI	NO
PARA HOMBRES:			
¿Ha tenido relaciones sexuales con otro hombre?	SI	NO	
PARA MUJERES:			
¿Ha tenido compañeros que son bisexuales, o que hayan tenido relaciones sexuales con otros hombres?	SI	NO	

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA- SOLO PARA USO DE LA OFICINA!!**

---

PARENTAL/GUARDIAN CONSENT FOR TREATMENT AND PROCEDURES  
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O TUTORES PARA TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS

*Keystone Health / Salud Keystone*

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

COMPLETE UNO:

Padre o madre:

Yo, \_\_\_\_\_ soy el padre/madre del niño(a) enumerado(a) arriba y no hay órdenes judiciales vigentes que me prohíben dar consentimiento para tratamientos y procedimientos. Yo doy a la persona o las personas enumerada(s) a continuación el poder de dar consentimiento para tratamientos y procedimientos médicos/dentales o servicios de salud mental para el niño(a) enumerada arriba.

Tutor/a o custodio legal

Yo, \_\_\_\_\_ soy el tutor/la tutora o custodio legal del niño(a) enumerada arriba, conforme a una orden judicial (copia adjunta si es disponible) y no hay órdenes judiciales vigentes que me prohíben dar consentimiento para tratamientos y procedimientos. Yo doy a la persona o las personas enumerada(s) a continuación el poder de dar consentimiento para tratamientos y procedimientos médicos/dentales o servicios de salud mental para el niño(a) enumerada arriba.

La(s) persona(s) que tiene(n) permiso para traer al niño(a) a las citas y para dar consentimientos para servicios médicos/dentales o de salud mental están a continuación.

Escriba el nombre y el apellido con letras mayúsculas:

Parentesco o relación

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

Padre \_\_\_\_\_  
Madre \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La(s) persona(s) nombrada(s) arriba puede(n) dar consentimiento para servicios, tratamientos y procedimientos médicos, dentales, quirúrgicos, de desarrollo o de salud mental del niño(a) (tache cualquiera que no corresponda)

Se puede proporcionar información médica/dental o de salud mental a las personas enumeradas arriba tal como está relacionada con la cita en que están involucradas.

Doy el poder de consentimiento por mi propia y libre voluntad para proveer por el niño(a) y no como resultado de presión, amenazas o pagos por cualquier persona o agencia. Este consentimiento está vigente hasta que se revoque por escrito.

Mi firma representa mi acuerdo con lo de arriba.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre con letras mayúsculas del padre o de la madre  
o del tutor o de la tutora o del custodio

\_\_\_\_\_  
Firma padre o madre o tutor(a) o custodio

Para el consentimiento verbal, tienen que atestiguar o dar fe dos (2) miembros del personal.

\_\_\_\_\_  
Firma testigo núm. 1

\_\_\_\_\_  
Firma testigo núm. 2

**Como un centro de salud de la comunidad nuestra misión es el cuidado de las personas, sin importar la raza, etnicidad o ingresos. Este cuestionario nos ayudara a entender si estamos ayudando a todo tipo de familias dentro de nuestra comunidad. Por favor completar el cuestionario para saber acerca de usted y de su familia.**

**Raza-** se refiere a las personas, un aspecto como el color de la piel:

- Blanco/Caucásico    Negro    Asiático/Oriental    Nativo Americano  
 Nativo de Hawaii    Otro isleño del pacifico    Multi-racial

**Etnicidad-** se refiere a la nacionalidad y la cultura:

- Latino/Hispano    No Latino

**Vive usted en una vivienda pública (public housing):**

- Si    No

<b>Tamaño de Familia</b>	<b>Ingresos Familiares Anuales</b>		
1	<input type="checkbox"/> \$15,075 o menor	<input type="checkbox"/> \$18,090 o menor	<input type="checkbox"/> \$21,105 o menor
	<input type="checkbox"/> \$24,120 o mayor		
2	<input type="checkbox"/> \$20,300 o menor	<input type="checkbox"/> \$24,360 o menor	<input type="checkbox"/> \$28,420 o menor
	<input type="checkbox"/> \$32,480 o mayor		
3	<input type="checkbox"/> \$25,525 o menor	<input type="checkbox"/> \$30,630 o menor	<input type="checkbox"/> \$35,735 o menor
	<input type="checkbox"/> \$40,840 o mayor		
4	<input type="checkbox"/> \$30,750 o menor	<input type="checkbox"/> \$36,900 o menor	<input type="checkbox"/> \$43,050 o menor
	<input type="checkbox"/> \$49,200 o mayor		
5	<input type="checkbox"/> \$35,975 o menor	<input type="checkbox"/> \$43,170 o menor	<input type="checkbox"/> \$50,365 o menor
	<input type="checkbox"/> \$57,560 o mayor		
6	<input type="checkbox"/> \$41,200 o menor	<input type="checkbox"/> \$49,440 o menor	<input type="checkbox"/> \$57,680 o menor
	<input type="checkbox"/> \$65,920 o mayor		
7	<input type="checkbox"/> \$46,425 o menor	<input type="checkbox"/> \$55,710 o menor	<input type="checkbox"/> \$64,995 o menor
	<input type="checkbox"/> \$74,280 o mayor		
8	<input type="checkbox"/> \$51,650 o menor	<input type="checkbox"/> \$61,980 o menor	<input type="checkbox"/> \$72,310 o menor
	<input type="checkbox"/> \$82,640 o mayor		
9	<input type="checkbox"/> \$56,875 o menor	<input type="checkbox"/> \$68,250 o menor	<input type="checkbox"/> \$79,625 o menor
	<input type="checkbox"/> \$91,000 o mayor		
10	<input type="checkbox"/> \$62,100 o menor	<input type="checkbox"/> \$74,520 o menor	<input type="checkbox"/> \$86,940 o menor
	<input type="checkbox"/> \$99,360 o mayor		