



PATIENT REGISTRATION

Información del paciente

Nombre: _____
Primer Segundo Apellido

Dirección: _____

Número de seguro social: _____ Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Sexo: M F

Raza: Nativo Americano/Nativo de Alaska Asiático Afro-Americano Blanco Nativo Hawaiano Islas del Pacifico Otro

Origen étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino

¿Tiene seguro médico? Sí No

Si no tiene seguro medico, ¿le gustaría obtener información acerca de nuestro programa de reducción de pagos? Sí No

¿Es usted US veteran/a? Sí No ¿Esta usted sin hogar? Sí No

Información de los padres (Complete solo si el paciente tiene menos de 18 años)

Nombre de la Madre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Primer Segundo Apellido

Nombre del Padre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Primer Segundo Apellido

¿Existe un acuerdo legal de custodia de menores? Sí No

(En caso afirmativo, ¿existen restricciones legales que impidan que el padre sin custodia dé su consentimiento para el tratamiento médico / dental para el niño o que obtenga información sobre el tratamiento médico / dental del niño?) Sí No

***** Por favor proporcione prueba de órdenes de custodia de los padres u otros acuerdos legales *****

Persona de contacto en caso de emergencia

Nombre: _____ / _____
Primer Segundo Apellido Relación al paciente

_____ / _____
Dirección Teléfono

Persona responsable por el pago (Complete solo si el paciente tiene menos de 18 años)

Nombre: _____ / _____
Primer Segundo Apellido Relación al paciente

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

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 medico(s) será mi responsabilidad.

Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Chart #:

Insurance scanned: yes/no

Date:

Initials:



PERMISSION TO SHARE PROTECTED HEALTH INFORMATION
PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre completo del/de la paciente con letras de imprenta: _____

Fecha de nacimiento del/de la paciente: _____ Teléfono: _____

Keystone Health [Salud Keystone] comparte un expediente electrónico. Cualquier persona a quien usted otorgue autorización podrá acceder a su información financiera/médica/dental y de salud mental.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Keystone Health utiliza un sistema de recordatorios y/o un portal de pacientes para comunicar con nuestros pacientes. Favor de completar la información a continuación, para que podamos comunicarnos con usted respecto a su salud.

Teléfono celular: _____ (recibirá un mensaje de texto)

Correo electrónico: _____ (recibirá un correo electrónico)

Al firmar, doy mi permiso a Keystone Health para compartir mi información médica protegida con los individuos enumerados. Este permiso permanece vigente hasta que sea revocado por escrito.

Firma paciente o representante autorizado

Fecha

Keystone Internal Medicine / Medicina Interna Keystone
Adult Health History Form / Formulario adulto para historial médico

HISTORIAL MÉDICO: Favor de circular cualquier enfermedad que tenga o que haya tenido en el pasado.

Alergias	Arritmia cardíaca	Trastorno de la válvula del corazón
Anemia	COPD (siglas en inglés por "Enfermedad pulmonar obstructiva crónica")	Hepatitis/ Enfermedad del hígado
Angina/Dolores en el pecho	Enfermedad de la arteria coronaria	Hipertensión / Presión sanguínea
Ansiedad	Depresión	Enfermedad del intestino irritable
Artritis	Diabetes / Azúcar	Infarto de miocardio / Ataque al corazón
Asma	Lípidos elevados/colesterol	Osteoporosis
Fibrilación auricular / Ritmo cardíaco anormal	Enfermedad de la vejiga	Enfermedad renal / Enfermedad de los riñones
Hipertrofia prostática benigna	GERD (Enfermedad por reflujo Gastroesofágico) / Reflujo ácido)	Trastorno convulsivo
Coágulos sanguíneos	Dolor de cabeza / Migrañas	Derrame cerebral
Cáncer	Enfermedad del corazón	Enfermedad de la tiroides

Otro: _____

HISTORIAL FAMILIAR: Favor de circular cualquier enfermedad que tengan o hayan tenido sus padres, abuelos, hermanos, tíos. Favor de indicar qué pariente la tiene / tuvo.

ADD/ADHD (Trastorno por déficit de atención / Trastorno de hiperactividad con déficit de atención)	Depresión	Enfermedad mental
Alcoholismo	Retraso en el desarrollo	Migrañas
Alergias	Diabetes	Obesidad
Enfermedad de Alzheimer	Eczema	Osteoporosis
Artritis	Lípidos elevados	Enfermedad vascular periférica
Asma	Deficiencia genética	Enfermedad renal
Trastorno de la sangre	Deficiencia auditiva	Trastorno convulsivo
Cáncer	Hipertensión	Derrame cerebral
Enfermedad cardiovascular / Ataque al corazón	Enfermedad intestinal irritable	Trastorno de tiroides
Enfermedad de la arteria coronaria	Discapacidad de aprendizaje	

Otro: _____

HISTORIA QUIRÚRGICA: Favor de circular cualquier cirugía que haya tenido.

Angioplastia	CABG (Injerto de derivación de arteria coronaria)	Colectomía	Reemplazo de rodilla
Apendectomía	Marcapasos cardíaco	Colostomía	LASIK
Artroscopia	Liberación del túnel carpiano	Bypass gástrico	ORIF (siglas en inglés de "Cirugía de reducción abierta y fijación interna")
Cirugía de la espalda	Extracción de catarata	Reparación de hernia	Tiroidectomía
Transfusión de sangre	Colecistectomía	Reemplazo de cadera	Amigdalectomía

Medicamentos: medicamentos con y sin receta médica (puede ajuntar una lista de medicamentos)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alergias o reacciones a medicamentos: indique la reacción específica que sufrió

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma paciente: _____

Fecha: _____

Iniciales proveedor/a: _____

Fecha: _____

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

Tamaño de Familia	Ingresos Familiares Anuales		
1	<input type="checkbox"/> \$12,140 o menor	<input type="checkbox"/> \$18,210 o menor	<input type="checkbox"/> \$24,280 o menor
	<input type="checkbox"/> \$24,281 o mayor		
2	<input type="checkbox"/> \$16,460 o menor	<input type="checkbox"/> \$24,690 o menor	<input type="checkbox"/> \$32,920 o menor
	<input type="checkbox"/> \$32,921 o mayor		
3	<input type="checkbox"/> \$20,780 o menor	<input type="checkbox"/> \$31,170 o menor	<input type="checkbox"/> \$41,560 o menor
	<input type="checkbox"/> \$41,561 o mayor		
4	<input type="checkbox"/> \$25,100 o menor	<input type="checkbox"/> \$37,650 o menor	<input type="checkbox"/> \$50,200 o menor
	<input type="checkbox"/> \$50,201 o mayor		
5	<input type="checkbox"/> \$29,420 o menor	<input type="checkbox"/> \$44,130 o menor	<input type="checkbox"/> \$58,840 o menor
	<input type="checkbox"/> \$58,841 o mayor		
6	<input type="checkbox"/> \$33,740 o menor	<input type="checkbox"/> \$50,610 o menor	<input type="checkbox"/> \$67,480 o menor
	<input type="checkbox"/> \$67,481 o mayor		
7	<input type="checkbox"/> \$38,060 o menor	<input type="checkbox"/> \$57,090 o menor	<input type="checkbox"/> \$76,120 o menor
	<input type="checkbox"/> \$76,121 o mayor		
8	<input type="checkbox"/> \$42,380 o menor	<input type="checkbox"/> \$63,570 o menor	<input type="checkbox"/> \$84,760 o menor
	<input type="checkbox"/> \$84,761 o mayor		
9	<input type="checkbox"/> \$46,700 o menor	<input type="checkbox"/> \$70,050 o menor	<input type="checkbox"/> \$93,400 o menor
	<input type="checkbox"/> \$93,401 o mayor		
10	<input type="checkbox"/> \$51,020 o menor	<input type="checkbox"/> \$76,530 o menor	<input type="checkbox"/> \$102,040 o menor
	<input type="checkbox"/> \$102,041 o mayor		