


**REGISTRO DEL PACIENTE y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**  
*Si tiene síntomas que amenazan su vida, avise a la recepción de inmediato.*
 **Nuevo paciente**
*Por favor complete el formulario completo y firmar la parte de atrás.*
 **Paciente establecido**
*Por favor complete el nombre y fecha de nacimiento y firmar la parte de atrás.*

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Sexo preferido: \_\_\_\_\_

 Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Asociación doméstica

Habla a: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Ubicación de la farmacia y número de teléfono \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**SEGURO PRIMARIO**

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Política # \_\_\_\_\_

Grupo# \_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO**

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Política # \_\_\_\_\_

Grupo# \_\_\_\_\_

**PATIENT MEDICAL HISTORY**

Indique cualquier medicamento o suplemento dietético que esté tomando.

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

**Allergies**

 Tipo de alergia  Food (list foods) \_\_\_\_\_

 Picadura de insecto (list insects) \_\_\_\_\_

Reacciones: Indique la fecha de la última aparición de cualquiera.

 Toser \_\_\_\_\_  Urticaria \_\_\_\_\_  Erupción \_\_\_\_\_

 Respiración dificultosa \_\_\_\_\_  Hinchazón local \_\_\_\_\_

 Sibilancias \_\_\_\_\_  Hinchazón generalizada \_\_\_\_\_

 Náusea \_\_\_\_\_  Otra \_\_\_\_\_

Enumere cualquier dispositivo de asistencia que este utilizando (aparatos ortopedicos, muletas plantillas para zapatos):

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

¿Tiene dificultades con? (marque todo lo que corresponda)

 Comunicación  Visión

 Habla  Escuchando

 **Asma. Marque los desencadenantes:**
 Ambiental (tabaco, polvo, polen, etc.)  Otro: \_\_\_\_\_

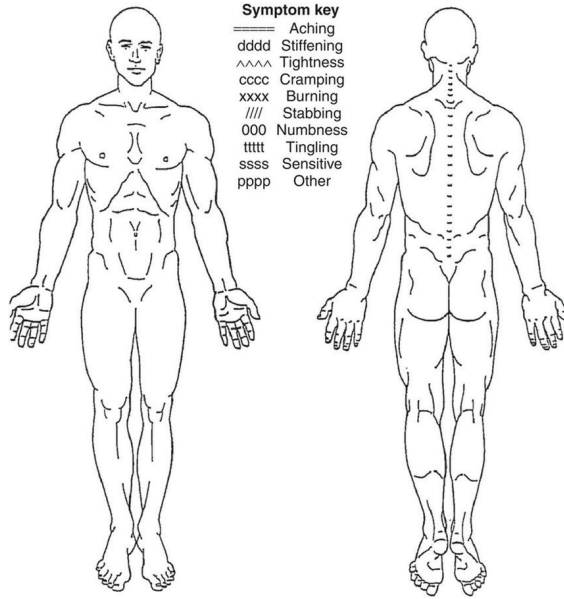
 **Trastorno convulsivo. Marque el tipo de convulsión:**
 Ausencia (mirando fijamente, sin responder)  Parcial Complejo

 Tónico-Clónico Generalizado (Grand Mal / Convulsivo)

 Restricciones de educación física:  Si  No

 Discapacidad física (explique) \_\_\_\_\_

**Encierre en un círculo la ubicación del dolor en la tabla y enumere el tipo a continuación:**



Type of pain: \_\_\_\_\_

Califique su nivel de dolor en las últimas 72 horas. Un círculo.

**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**  
**Sin dolor** **Peor dolor imaginable**

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**Medical History**

	Self		Family	
¿Cáncer?	Sí	No	Sí	No
¿Diabetes?	Sí	No	Sí	No
¿Hipertensión?	Sí	No	Sí	No
¿Cardiopatía?	Sí	No	Sí	No
¿Artritis reumatoide?	Sí	No	Sí	No
¿Dz neurológico (EM, Parkinson)?	Sí	No	Sí	No
¿Úlceras / ERGE / reflujo ácido?	Sí	No	Sí	No
¿Enfermedad renal / hepática?	Sí	No	Sí	No
Cirugías previas?	Sí	No	Sí	No
Otro: _____	Sí	No	Sí	No

**In the past 3 months have you had or do you experience:**

¿Cambiando su salud general?	Sí	No
¿Fiebre / escalofríos / sudores?	Sí	No
¿Cambio de peso inexplicable (> 10 libras)?	Sí	No
¿Entumecimiento u hormigueo?	Sí	No
¿Incontinencia de vejiga / intestino?	Sí	No
¿Dificultad para dormir debido al dolor?	Sí	No
¿Caídas inexplicables / disminución del equilibrio?	Sí	No

**Are you currently/do you have:**

¿Está embarazada/potencialmente embarazada /amamantando?	Sí	No
¿A menudo molesto por sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza?	Sí	No
¿Experimenta a menudo poco interés o placer al hacer cosas?	Sí	No
¿Bajo abuso físico / emocional?	Sí	No
¿Preocupaciones dietéticas o nutricionales?	Sí	No
¿Usa productos de tabaco?	Sí	No
¿Bebes bebidas alcohólicas?	Sí	No
¿Toma sustancias ilegales?	Sí	No

**Consent to Treatment & HIPPA Acknowledgement**

Al firmar este formulario, acepta lo siguiente:

- Recibí y acepto el documento de Aviso de Prácticas de Privacidad disponible tanto en copia impresa como en hipervínculo a través del sitio web de Care Eleven Health
- Autorizo a CEH a examinarme y tratarme a mí mismo oa mi hijo, y entiendo que no se han hecho garantías en cuanto a los resultados de dichos exámenes y tratamientos. Los servicios incluyen: a) procedimientos, tratamientos y procedimientos médicos, quirúrgicos y de diagnóstico (por ejemplo, incluidos, entre otros, radiografías, extracciones de sangre y análisis de laboratorio); (b) administración de inyecciones, medicamentos e inmunizaciones y (c) realización de pruebas médicamente apropiadas para enfermedades transmisibles y otras. CEH no asume ninguna responsabilidad por el tratamiento continuo o la gestión de la atención.
- Entiendo que, si bien mi seguro puede confirmar mis beneficios, la confirmación de los beneficios no garantiza el pago y soy responsable fiscalmente por cualquier saldo impago de todos los servicios prestados.
- Autorizo a los miembros del personal deLAHN a divulgar cualquier expediente médico requerido por la aseguradora u otro pagador para obtener el pago.
- Doy permiso a CEH para usar mi imagen en una fotografía, video u otro medio digital ("foto") en todas y cada una de sus publicaciones, incluidas las publicaciones basadas en la web, sin pago u otra consideración.
- Con el fin de mejorar la atención y la experiencia de los pacientes, CEH puede comunicarse con usted después de su visita para solicitar comentarios sobre su experiencia mediante una llamada telefónica, mensaje de texto SMS, correo electrónico, correo de voz o aplicación móvil, algunos de los cuales pueden ser a través de medios automatizados. Al firmar a continuación, usted comprende y acepta ser contactado de esta manera con comunicaciones relacionadas con esta visita y cualquier visita futura. En el futuro, puede optar por no recibir mensajes de texto notificándonos por escrito (incluida la respuesta por mensaje de texto). Es posible que se apliquen cargos estándar por minutos telefónicos y mensajes de texto si lo contactamos.

**Revocation**

Entiendo que este formulario de consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento y que la revocación entrará en vigencia el día en que sea recibido por LAHN. La revocación debe estar por escrito y firmada por el paciente indicado.

**Acknowledgment**

He leído detenidamente el Consentimiento para tratamiento médico anterior y entiendo completamente el significado de este formulario de consentimiento. Afirmo que he firmado esta autorización voluntariamente.

**Firma del paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma del padre o tutor (si es menor de edad)** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_