



FORMULARIO DE REGISTRO

- 1. Nombre: _____ Iniciales _____ Fecha de Nacimiento: _____
2. Dirección: _____
Apartamento: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono (Casa): _____ Celular: _____ Trabajo: _____
3. Correo electrónico: _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____
4. Género: Femenino Masculino Hombre transgénero Mujer transgénero
Genderqueer (ninguno) Otro Negarse a revelar
5. Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual Otro No sabe No prefiero revelar
6. Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
7. Raza/Origen Étnico: (Marque todo lo que corresponda):
Asiático Negro Blanco
Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawái Isleño del Pacífico
Origen Étnico (Escoja una): Hispano/Latino NO Hispano/Latino
8. Idioma:
Armenio Inglés Hmong Laosiano Lenguaje de signos
Árabe Francés Japonés Portugués Vietnamita
Camboyano (Khmer) Alemán Coreano Ruso Tagalo
Chino Griego Kreyól Español Otro
9. ¿Es el paciente ciudadano de Estados Unidos? Sí No
10. Estado de empleo*: Empleado Empleado propio Discapacitado Retirado Estudiante (tiempo parcial o completo)
11. Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____
12. Relación: _____ Apellido de madre soltera: _____

Información de los Padres/Apoderado (completar sólo si el paciente es un menor)
Padre (Nombre y Apellido): _____
Madre (Nombre y Apellido): _____
Apoderado (Nombre y Apellido): _____
Relación al paciente: Padre/Madre Abuelo/a Padre/Madre de crianza Otro: _____
Seguro Social: _____ - _____ - _____ Identificación: _____

- 13. Ingreso Mensual (antes de impuestos): _____ Personas mantenida con este ingreso: _____
14. ¿Usted tiene seguro médico? Sí No Si es así, que tipo de seguro médico? _____
Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____
15. ¿Eres veterano militar? Sí No
16. ¿Está usted sin hogar? Sí No Si es así, marque uno: Refugio Vivienda de transición Duplicado Calle Otros

- *Estado de Empleado:
• Empleado – usted se gana la vida sea trabajando a tiempo parcial o tiempo completo para otra persona, empresa u organización.
• Empleado por cuenta propia – usted se gana la vida trabajando desde su propia profesión y/o negocio y no gana comisión o sueldo de otro individuo.
• Discapacitado – usted recibe pagos mensuales de parte del gobierno para discapacidad.
• Retirado – usted se ha retirado de trabajar y recibe un cheque mensual del Seguro Social.
• Estudiante de tiempo completo o parcial – esta inscrito en una escuela acreditada en tiempo parcial (menos de 12 horas por créditos) o a tiempo completo (12 horas o más).

- Estado sin hogar:
• Refugio – Usted vive en un refugio para personas sin hogar organizado.
• Vivienda de transición – Usted reside en una pequeña unidad que ayuda a personas en transición, sin hogar a vivienda permanente.
• Duplicado – Usted esta viviendo con otras personas en su casa y/o apartamento.
• Calle – Usted vive al aire libre, en un coche, en un campamento, en una vivienda precaria/refugio o en otro lugar.
• Otros – usted vive en una sola habitación de ocupación en un hotel o motel o cualquier otra vivienda pagando día a día.

Firma del Paciente/Apoderado Legal _____



Nombre del Paciente:: _____

Fecha de Nacimiento: _____

AUTORIZACIONES Y DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN RECIBIDA

	INICIALES												
<p>I. Autorización para tratamiento médico Por este medio, yo como paciente, autorizo y doy mi permiso a CHCP a que se haga cargo de mi tratamiento médico.</p>													
<p>II. Autorización para tratamiento médico a un menor Por este medio, yo como Padre o Tutor legal del paciente doy mi permiso y autorizo su tratamiento médico. Además, doy permiso a _____ para que autorice en mi ausencia cualquier tratamiento médico necesario.</p>													
<p>III. Residentes y Estudiantes Yo entiendo que Community Health Centes of Pinellas, Inc. respalda la educación de profesionales médicos y cuenta con Residentes y Estudiantes que podrían asistir y colaborar con mi tratamiento.</p>													
<p>IV. Aviso de Privacidad Declaro que he recibido una copia del Aviso de Privacidad el cual describe las formas en que la Práctica podría utilizar y divulgar mi información médica con el fin de llevar mi tratamiento, pago o el plan de atención médica. Yo entiendo que puedo comunicarme con el Representante Encargado de la Conformidad "Compliance Officer" en caso de tener alguna pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi permiso para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de la Privacidad de esta Práctica Médica.</p>													
<p>V. Envío de la información</p> <ul style="list-style-type: none"> La información médica puede ser enviada a cualquier persona o entidad responsable por el pago a nombre del paciente con el fin de verificar la cobertura, preguntas o para cualquier otro propósito relacionado con el pago. Si estoy cubierto por Medicaid o Medicare, autorizo a que mi información médica sea enviada a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o transportistas para el pago de la reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. La información a enviar puede incluir, sin ningún tipo de limitación, el historial médico, examen físico, los expedientes de la sala de emergencia, resultados de laboratorios, tratamiento de alcoholismo y de abuso de drogas y el informe de alta. Las Leyes Federales y Estatales podrían permitir que esta Oficina participe en organizaciones, con otros proveedores médicos, aseguradoras y/u otros participantes de la industria médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades puedan compartir entre ellos mi información médica para alcanzar los objetivos que incluyan pero que no estén limitados a; mejorar la precisión y disponibilidad de mi información médica; reducir el tiempo necesario para tener disponible la información; manejar y comparar mi información para propósitos de mejorar la calidad, y cualquier otro propósito que sea permitido por ley. Entiendo que esta Oficina puede ser miembro de una de estas organizaciones. Esta autorización específicamente incluye información concerniente a: condiciones psicológicas, psiquiátricas, incapacidad intelectual, información genética, dependencia a sustancias químicas y/o enfermedades infecciosas, incluyendo, pero no limitado a, enfermedades transmitidas por la sangre como el SIDA (AIDS) y el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV). <p>Por este medio autorizo a esta organización, a los médicos u otros profesionales médicos que estén involucrados en mi tratamiento médico a proveer mi información médica para fines de tratamiento, pagos y /u otras operaciones de atención médica.</p>													
<p>VI. Divulgación de Información a Familiares y/o Amigos Doy permiso para que se les provea mi información médica confidencial a los familiares y/o amigos que aparecen en el siguiente listado para propósitos de coordinar tratamiento médico, comunicar resultados, condiciones encontradas y decisiones:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Nombre</th> <th style="width: 33%;">Relación</th> <th style="width: 33%;">Número de Teléfono</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>**Usted tiene el derecho de revocar la persona a la cual nosotros le podemos proveer su información médico en cualquier momento. Por favor llene una nueva autorización.</p>	Nombre	Relación	Número de Teléfono										
Nombre	Relación	Número de Teléfono											

NEW PATIENT HEALTH RISK ASSESSMENT



**COMMUNITY HEALTH CENTERS
OF PINELLAS, INC.**

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Hoy: _____

1. ¿Quién fue su médico? _____
2. ¿Cuándo fue la última vez que vio a su previo médico? _____
3. ¿Qué idiomas habla? _____ ¿Qué idiomas se lee? _____
4. ¿Cuál es su nivel de educación? Grados 1-6 Grados 7-12 Colegio/Universidad No educación formal
5. ¿Cómo prefiere aprender? En persona Folletos Vídeos/Audio
6. ¿Tienes algunas necesidades educativas especiales que debemos tener en cuenta en las siguientes áreas?
 Audición Visión Lenguaje Espirituales Creencia culturales Ninguno
7. En este momento, ¿tiene limitaciones o barreras emocionales que podrían afectar su capacidad para aprender? Sí No
8. ¿Cuándo se le da instrucciones de su médico o a su farmacéutico, ¿con qué frecuencia se necesita a alguien para ayudarle?
 Jamás Raramente A veces Mucho Siempre
9. ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, etc.? Sí No En caso afirmativo, explique: _____
10. ¿Está usted tomando alguna medicina (recetado, de venta libre, o de hierbas) nueva desde su última cita? Sí No

En caso afirmativo enumere los:

Nombre de la medicina, vitamina, o suplemento	Dosis – ¿Cuánto toma?	¿Con que frecuencia lo toma?	¿Necesita un recambio?

11. ¿Tiene o ha tenido usted alguno de los siguientes?

<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Tuberculosis / prueba cutánea positiva
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones / cálculos renales
<input type="checkbox"/> Altos niveles de lípidos o de colesterol	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado / hepatitis
<input type="checkbox"/> Programa de ejercicio	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Uso de alcohol (presente): Cantidad y Frecuencia: _____	<input type="checkbox"/> Transfusión sanguínea
<input type="checkbox"/> Uso de alcohol en el pasado	<input type="checkbox"/> SIDA / VIH
<input type="checkbox"/> Uso de tabaco (presente): Cantidad y Frecuencia: _____	<input type="checkbox"/> Convulsiones / epilepsia
<input type="checkbox"/> Uso de tabaco en el pasado	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental / depresión / ansiedad
<input type="checkbox"/> Uso de drogas ilícitas (presente): Tipo, Cantidad y Frecuencia: _____	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Uso de drogas ilícitas en el pasado	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda crónico
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Migraña / Jaquecas
<input type="checkbox"/> Reflujo/Úlcera	<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Otro(s) enfermedad(es): _____	<input type="checkbox"/> EPOC
 12. ¿Alguna vez ha sido víctima de maltrato o descuido? Sí No
 13. ¿Ha tenido algunos caídos, traumatismos u otras lesiones? Sí No
 14. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado? Sí No
 15. ¿Alguna vez ha tenido algunas cirugías? Sí No
- ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____ ¿Por qué? _____

NEW PATIENT HEALTH RISK ASSESSMENT

ESTILO DE VIDA:

16. ¿Cuál es su dieta normal? Regular Baja en sal Dieta Atkins Baja en Colesterol Vegetariano Otro
17. ¿Sus actividades diarias necesitan que usted se quede en el sol mucho? Sí No
18. ¿Se le ha expuesto al asbesto, la radiación, productos químicos y/o humos? Sí No
19. ¿Tiene dificultad para hacer cualquier de las siguientes por usted mismo? Bañarse Vestirse Compra Comiendo

Su médico le gustaría preguntarle sobre su historial sexual y espera que se sentirá cómodo discutiendo lo siguiente:

20. ¿Está usted sexualmente activa? Sí No 21. ¿Cuál es su método de anticonceptivo? _____
22. ¿A qué edad empezó a tener relaciones sexuales? _____ 23. Numero de pareja(s) sexual(es) en las últimos 5 años _____
24. ¿Ha tenido sexo con un hombre que ha tenido sexo con otro hombre? Sí No
25. ¿Ha tenido sexo con una persona con SIDA/VIH? Sí No
26. ¿Ha tenido sexo con un usuario de drogas inyectables? Sí No

HISTORIA SOCIAL:

27. ¿Esta trabajando actualmente? Sí No 29. Ocupación/Empleador _____
30. ¿Vives solo? Sí No
31. Estado de vivienda: Situado Refugio de Emergencia Vivienda de Transición Duplicado Sin refugio

SEGURIDAD:

32. ¿Usa cinturones de seguridad? Sí No 33. ¿Tiene un detector de humo? Sí No

SÓLO MUJERES:

34. Último Papanicolaou: Sí No Fecha: _____ 35. Mamografía: Sí No Fecha: _____
36. Último periodo menstrual _____ 37. ¿Problemas menstruales o cambios recientes? Sí No
38. ¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____ 39. ¿Cuántos embarazos a término completo ha tenido? _____
40. ¿Cuántos embarazos prematuros ha tenido? _____ 41. ¿Cuántos abortos ha tenido? _____
42. ¿Cuántos abortos involuntarios ha tenido? _____ 43. ¿Cuántos embarazos ectópicos (tubárico) ha tenido? _____
44. ¿Cuántos de sus hijos están viviendo? _____

HISTORIA FAMILIAR:

45. ¿Algún familiar consanguíneo (padres, hermanos) ha tenido...?

	Madre	Padre	Hermano	Hermana
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿Algún familiar consanguíneo (abuelos, tíos, tías, etc.) ha tenido...?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Enfermedad genética | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes (Sickle Cell) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Ataque fulminante |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico/coagulación | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

46. ¿Usted tiene una Directiva Avanzada o Testamento de Vida? Sí No



**COMMUNITY HEALTH CENTERS
OF PINELLAS, INC.**

Divulgación de Enfermera Partera Certificada

Robyn Cox

Jodi McCauley

Sharon Turpin

Las mencionadas son las parteras en Community Health Centers of Pinellas, Inc. (CHCP). Las atenderán en los diversos centros y entregaran a su bebe en el "Baby Place" de Bayfront Medical Center. Estas parteras son educadas tanto en enfermería y obstétrica, y están autorizadas por el Estado de Florida como Practicante Avanzada de Enfermeras Registrada-Enfermera Parteras. Son miembros del personal de salud aliado con Bayfront Medical Center.

Debido a que no todos los partos no son de bajo riesgo, la enfermera partera tiene el apoyo de un medico para los casos que la partera no pueda manejar. Esto significa que si usted es pre-termino, tiene necesidad de una cesárea, o su parto se convierte en uno de "alto riesgo" durante su entrega o parto, la partera llamará a un medico para hacer la entrega. Los médicos de las parteras de CHCP, son Dra. Amy Gabriel, y Dra. Erica Schneider.

También es posible que los médicos residentes en formación de Bayfront Medical Center participen en su cuidado prenatal. Si usted tiene un embarazo de "alto riesgo", será trasladada a la clínica de alto riesgo CMS en Bayfront Medical Center, y los residentes en el Bayfront entregaran. Vamos a poner a los residentes a disposición de sus expedientes médicos al transferir su cuidado para que ellos puedan ofrecerle a usted la mejor atención.

Si usted llama después de las horas de oficina, la enfermera partera hablará con usted y decidirá si necesita ser atendida en el hospital.

Signature: _____

Date: _____



**COMMUNITY HEALTH CENTERS
OF PINELLAS, INC.**

ACUSE DE RECIBO DE AVISO PARA PACIENTE DE OBSTETRICIA
(Por favor, consulte la sección 766.316 de los Estatutos de la Florida.)

Se me ha dado información en forma de un Folleto preparado por la Florida Birth-Related Neurological Injury Compensation Association [Asociación de Compensación por Lesión Neurológica Relacionada con el Nacimiento (NICA)], de acuerdo con la Sección 766.316, Estatutos de la Florida, por "Community Health Center of Pinellas, Inc.", y se me ha informado que **Erica Schneider, D.O.** es participante en ese programa, en el cual cierta compensación limitada está disponible en caso de que ocurran ciertos tipos de lesiones neurológicas calificadoras durante el parto, al alumbramiento o la resucitación en un hospital. Para datos específicos acerca del programa, comprendo que puedo ponerme en contacto con la:

Florida Birth-Related Neurological Injury Compensation Association
PO Box 14567 Tallahassee, FL 32317 – 4567
1.800.398.2129

Reconozco específicamente que he recibido una copia del Folleto preparado por la NICA.

FECHADO este día: _____ de _____, 20_____.

Firma del Paciente

Nombre del Paciente (en letra de molde)

Seguro Social

ATTEST:

Nurse or Physician

Date

This form is informational only, and each person, participating physician or hospital should contact their own attorney to ensure compliance with Section 766.316, Florida Statutes.