



Community Health Connections

We take great care of you!

FORMULARIO DE REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

Fecha de Hoy: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? Sitio web Anuncio de autobús Evento Familia / amigo Por boca de otros
 Otro _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código de Área: _____

Número de Seguro Social: _____ Teléfono de Casa: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

PREFERENCIA DE PROVEEDOR PRIMARIO TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS DOCTOR DE CABEZERA:

Yo prefiero Hombre Mujer Yo no tengo preferencia. _____

(Opcional) Explicar otras preferencias como la edad del proveedor, la experiencia con ciertas condiciones, etc.

UBICACIÓN Me gustaría ser atendido en:

- | | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fitchburg CHC | 326 Nichols Rd., Fitchburg | <input type="checkbox"/> Gardner CHC | 175 Connors St., Gardner |
| <input type="checkbox"/> Leominster CHC | 165 Mill St., Leominster | <input type="checkbox"/> ACTION CHC | 130 Water St., Fitchburg |

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

¿Usted tiene seguro médico? Sí No

Nombre de la compañía de seguro médico: _____

Suscriptor: _____ Id#: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Relación: _____

¿Tiene un poder de atención médica? Sí (Complete el formulario adjunto de Poder de Atención Médica) No

¿Regularmente reciben atención médica o psiquiátrica de otro proveedor? Sí No

Si sí, con quien: _____

Yo he completado este formulario y certifico que soy el paciente o el representante del paciente debidamente autorizado. Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios que mi seguro no cubre.

FIRMA: _____ FECHA: _____

CUESTIONARIO DE SALUD

Por favor llenar por completo

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ALÉRGIAS A MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	REACCIÓN AL MEDICAMENTO	AÑO

IMUNIZACIONES (Por favor presente copias del registro de vacunas)

SI HA TENIDO VARICELA, ¿CUANDO?	
FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA CONTRA EL TÉTANO	
FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA CONTRA LA PULMONÍA:	
FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA CONTRA LA GRIPE DE INFLUENZA:	

POR FAVOR ENLISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA (incluya medicamentos sin recetas)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

POR FAVOR ENLISTAR CUALQUIER CIRUJÍAS Y ENFERMEDADES GRAVES

CIRUJÍAS / ENFERMEDADES	AÑO	HOSPITAL Y ESTADO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

POR FAVOR MARQUE SI USTED HA TENIDO CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

ANEMIA	CÁNCER DE MAMA
FIBRILACIÓN ARTERIAL	ACV (DERRAME)
HIPERTENSIÓN (PRESIÓN ALTA)	HIPERCOLESTEROLEMIA (COLESTEROL ALTO)
INFARTO	PROBLEMAS DE VÁLVULA CARDÍACA
HIPOTIROIDISMO (TIROIDES LENTA)	DIABETES TIPO 1 (JUVENIL)
DIABETES TIPO 2 (NO USA INSULINA)	DIABETES TIPO 2 (USA INSULINA)
ASMA	COPD (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
ENFISEMA	TRANSTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (PTSD)
TRASTORNO BIPOLAR	DEPRESIÓN
RINITIS ALÉRGICA (ALÉRGIAS)	HEPATITIS C
VIH	

POR FAVOR ENLISTAR HISTORIAL DE ENFERMEDADES EN SU FAMILIA

MIEMBRO DE SU FAMILIA	ENFERMEDAD	VIVO O MUERTO

HÁBITOS

Nunca fumo Fumador Fuma # de cigarrillos por día _____

No bebe alcohol Bebe alcohol ¿Cuan frecuente? Diario Semanal Mensual Algunas veces por año

¿Cuál es la cantidad promedio que consume usted cuando bebe? _____

No uso drogas callejeras Uso drogas callejeras Tipo/Cuan frecuente _____