



**Neighborhood
Health Services**

REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Numero de Seguro Social: _____

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____ Estado Civil: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Teléfono Alternativo: _____

Nombre de la persona responsable de la casa: _____

Nombre de un contacto en Caso de Emergencia: _____ Número de Teléfono: _____

Empleador/Empleo: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Dirección del Trabajo: _____

Total de ingresos en su casa: \$ _____ Números de personas que viven en su casa: _____

Cabeza de Familia: MASCULINO o FEMENINO (por favor seleccione una opción)

Ingreso Adicional: AFDC: \$ _____ Seguro Social: \$ _____

SSI: \$ _____ Manutención de Menores: \$ _____

Pensiones: \$ _____ Trabajo por cuenta propia: \$ _____

Necesita alguna ayuda con traducción? SI o NO Necesita ayuda con transporte? SI o NO

SEGURO DE SALUD (Si no tiene seguro, firme al final de este formulario)

Empresa de Seguro: _____ Medicare #: _____ Medicaid #: _____

Número del Contrato: _____ # del Grupo: _____ # del Subscriber: _____

Nombre de la Persona en el Seguro: _____ Empleados por: _____



Neighborhood Health Services

Relación con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Dirección (si es diferente a la anterior): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

SEGURO DE SALUD ADDICIONAL

Empresa de Seguro: _____ Medicare #: _____ Medicaid #: _____

Número del Contrato: _____ # del Grupo: _____ # del Subscriptor: _____

Nombre de la Persona en el Seguro: _____ Empleados por: _____

Relación con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Dirección (si es diferente a la anterior): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

Yo, certifico que la información provisionada es exacta. Yo entiendo que soy responsable por los costos que no sean cubiertos por mi seguro o el programa en el que califiqué. Yo autorizo Neighborhood Health Services a compartir esta información con las agencias de colección. Yo autorizo el uso de esta firma en todos los pagos y sumisiones al seguro.

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

Por favor continúe en la siguiente página.



Neighborhood Health Services

HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre Del Paciente: _____ Fecha: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

MANTENIMIENTO DE LA SALUD:

Cuando fue la última vez que fue vacunado en contra de 10 siguiente:

Gripa: _____ Tétanos (Tetanus): _____ Neumonía (Pneumonia): _____

Examen de Tuberculosis: _____ Otro (Other): _____

Cuando fue su último:

Examen de Ojos: _____ Examen de seno: _____

Citología cérvico-vaginal (Pap smear): _____ Sigmoidoscopia (Sigmoidoscopy): _____

Examen Físico Completo: _____

Alguna vez has tenido alguno de los siguientes:

_____ Varicela _____ Sarampión _____ Rubeola _____ Paperas

_____ Escarlatina _____ Fiebre Reumática _____ Tuberculosis _____ Tos Ferina (Whooping Cough)

HABITOS PERSONALES

Por favor indique si consume alguno de los siguientes y en qué cantidad:

Café/Te/Gaseosa: _____ # de Vasos/Día: _____ Tabaco: _____ # de Paquetes/Día: _____

Es sexualmente activo/a)? _____ # de Parejas: _____ Sus parejas son: M o F o AMBOS



Neighborhood Health Services

MUJERES SOLAMENTE

Edad del primer periodo de Menstruación: _____ Edad de la Menopausia: _____ Método Anticonceptivo: _____

De Embarazos: _____ # De Nacimientos: _____ # of Abortos Involuntarios (Miscarriages): _____

Por favor liste las razones por las que necesita ver al doctor: _____

DE HISTORIA FAMILIAR

Por favor indique si algún pariente cercano ha sufrido de lo siguiente:

Alcoholismo: _____ Artritis: _____ Asma: _____

Cáncer: _____ Diabetes: _____ Epilepsia/Convulsiones: _____

Glaucoma: _____ Gota: _____ Hipertensión: _____

Infarto: _____ Enfermedad renal: _____ Enfermedad Mental: _____

Migraña: _____ Accidente cerebrovascular: _____ Suicidio: _____

Tuberculosis: _____

Por favor continúe en la siguiente página.



Historia de Salud

Por favor indique si ha tenido de las siguientes condiciones:

CONDICION	SI	NO
Fiebre		
Problemas de peso		
Moretones o sangrar con facilidad		
Glándulas Inflamadas		
Debilidad general		
Dolores		
Transfusiones de sangre		
Cambio en Visión		
Dolor de Oído		
Zumbido en los oídos		
Problemas de sinusitis		
Ronquera persistente		
Fuertes dolores de cabeza		
Erupción/colmenas		
Cambio de lunares		
Cáncer de piel		
Otros problemas de la piel		
Latido del corazón irregular		
Falta de aliento		
Baja tolerancia al ejercicio		
Dolores en el pecho		
Tos frecuentes		
Toser sangre		
Sibilancias		
Tobillos hinchados		
Exposición a la tuberculosis		
Presión alta		

CONDICION	SI	NO
Pasaje de sangre por el recto		
Cambios de hábito intestinal		
Negro tipo alquitrán de los movimientos del intestino		
Hernia		
La hepatitis/ ictericia		
Noches a orinar con frecuencia		
Sangre en la orina		
Problemas para orinar		
Piedras en el riñón		
Debilidad de brazos o piernas		
Problemas de Equilibrio/Mareos		
Desmayos		
Convulsiones o ataques		
Perdida de la memoria		
Dolores en las articulaciones		
Inflamación en las articulaciones		
Pérdida de fuerza muscular		
Gota		
Dolores de espalda		
Flebitis		
Calambres en las piernas		
Su vida es satisfactoria?		
Ansiedad		
Depresión		
Enfermedad bipolar		
Ha considerado suicidarse?		

Indigestión ácida		
Náuseas		
Vomitir Sangre		
Dolores abdominales		
Prueba de Papanicolaou anormal		
Diarrea o estreñimiento		
Problemas para tragar		
Disminución de la audición		
Problemas dental, de la boca, o de la lengua		

Bulto en los testículos		
La descarga del pene o dolor		
Enfermedad de transmisión sexual		
Preocupación sexual		
Del tumor de seno		
Secreción del pezón inusual		
Flujo vaginal		
Sofocos		
Irritabilidad distensión abdominal, con periodos		

HOSPITALIZACIONES

Por favor liste el año y la razón de cualquier hospitalización o cirugía:

AÑO	OPERACIÓN O ENFERMEDAD	AÑO	OPERACIÓN O ENFERMEDAD

ENFERMEDADES MÉDICAS

Por favor liste cualquier enfermedad crónica e indique por cuanto tiempo la he tenido:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

ALLERGIAS

Por favor liste cualquier medicina a la que sea alérgico:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |



MEDICAMENTOS

Por favor liste todos los medicamentos que está tomando actualmente incluyendo los que no requieren prescripción como medicinas para la gripa, antiácidos, laxantes, etc.:

1. _____

4. _____

2. _____

5. _____

3. _____

6. _____

Firma del Paciente Fecha

Firma del Recepcionista Fecha

Firma del Proveedor Fecha

Firma del Enfermero Fecha

Por favor continúe en la siguiente página.



**Neighborhood
Health Services**

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

Por medio de la presente otorgo el permiso para que yo o el menor de edad obtenga todas las pruebas, exámenes, tratamientos, y otros procedimientos requeridos en el curso de los estudios, diagnósticos, y en el tratamiento de enfermedades por médicos y otros empleados de Neighborhood Health Services, Inc.

Soy consciente de que la medicina y cirugías menores no son una ciencia exacta, y reconozco que no hay ninguna garantía considerando los resultados de tratamientos o exámenes por Neighborhood Health Services, Inc.

Autorizo la liberación de información médica al asegurador del paciente o a instituciones o agencias autorizadas que acepten al paciente para tratamiento médico, y además doy el permiso para liberar los datos (médicos y personales) a las agencias del gobierno que sean requeridas por Neighborhood Health Services, Inc.

Por la presente yo autorizo el pago a Neighborhood Health Services, Inc. de beneficios de otro modo pagadero a mí, incluyendo beneficios de Medicaid o Medicare, pero no exceder las cargas regulares por este periodo del tratamiento.

Nombre del Paciente

Número de Seguro Social

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Testigo

Fecha



**Neighborhood
Health Services**

Cliente De Acuerdo De Participación

Nombre del Solicitante: _____ Número de seguro social: _____

Esto es para certificar que el solicitante antes mencionados y los siguientes miembros de su familia pueden recibir servicios de Neighborhood Services, Inc. desde _____ hasta el _____

MIEMBROS ELEGIBLES DE LA FAMILIA

	NOMBRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____

Por favor continúe en la siguiente página.



Neighborhood Health Services

Neighborhood Health Services ofrece los siguientes servicios:

Exámenes físicos

Exámenes

Medicamentos con receta

Educación para la salud

Artículos de salud e higiene

Orientación nutricional

Servicios de salud mental

Bien y cuidado de enfermos

Médicos de seguimiento

Proyecciones de atención oftalmológica

Estos servicios se han explicado a mí. Yo certifico que toda la información que he dado con respecto a los ingresos y tamaño de la familia es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que aunque yo o los miembros de mi familia pueden ser referidos para atención especializada, hospitalización o cuidado de otros de nivel superior, no hay obligación para el proveedor a pagar por estos servicios. Yo entiendo que soy responsable de mi familia y yo voy a notificar a Neighborhood Health Services, Inc. cuando uno de los miembros de mi familia no puede asistir a una cita. Si yo no utilizan los servicios de Neighborhood Health Services, Inc. por un período de dos años, una carta será enviada aconsejarme de la necesidad de volver a determinar mi elegibilidad. Entiendo que si no respondo dentro de dos semanas, mi nombre será eliminado de la lista de clientes. Esto no me impide volver a inscribirse como un cliente activo en el futuro.

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Testigo

Fecha



**Neighborhood
Health Services**

Referencia Para Los Servicios De Los Socios De Carenet

Fecha: _____ Referido Por: _____

Nombre: _____

Condado: _____ Tipo de Seguro: _____

Dirección de Envío: _____

Dirección Física: _____

Explique brevemente la razón para ser referido: _____

**CONSENTIMIENTO PARA QUE MI INFORMACION DE ARCHIVO SEA ENTRADA EN LA BASE DE DATOS
DEL SISTEMA DE SOCIOS DE CARENET:**

Autorizo al Sistema de Socios de Carenet para que obtenga cualquier información necesaria o requerida de mi archivo para la base de datos de Sistema de Socios de CareNet, un sitio que es seguro y accesible solamente para los participantes del Sistema de Socios de CareNet. Entiendo que dando mi permiso para que mi información de archivo sea puesta en la base de datos del Sistema de Socios de CareNet (una lista de sitios es mantenida en la oficina de

administración del Sistema de Socios de CareNet) tendrán acceso a mi información de archivo cuando yo firme este consentimiento. Además, entiendo que mi información se mantendrá confidencial de acuerdo con todas las leyes estatutos, y regulaciones federales y estatales que sean aplicables. Yo entiendo que mi información se mantendrá en la base de datos aun después de que mis servicios hayan sido discontinuados y que el personal del Sistema de Socios de CareNet estará generando informes de todos los datos que se han entrado en la base de datos. Entiendo también que si yo no firmo este consentimiento, igual puedo recibir los servicios del Sistema de Socios de CareNet.

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Por favor continúe en la siguiente página.



**Neighborhood
Health Services**

INVESTIGACION DE SALUD DE FARMACIA

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Seguro Social: _____ Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Genero: _____ Raza: _____

Cuestionario

1. Como supo acerca de la farmacia de NHS?: _____
2. Tiene algún tipo de seguro? SI o NO
3. Está trabajando actualmente? SI o NO
4. Cuantos miembros de familia viven en su casa? _____
5. Es usted un veterano? SI o NO
6. Cuáles fueron los ingresos totales de su casa (antes de los impuestos/taxes) en el último mes? _____
7. Está tomando alguna medicina aparte de la que necesita llenar? SI o NO

**POR FAVOR INDIQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO
ACTUALMENTE:**

_____	_____
_____	_____
_____	_____