

CLINICA DE SALUD DEL VALLE DE SALINAS

Administration

55 Plaza Circle Suite A
Salinas, CA 93901
(831) 757-8689
FAX: (831) 757-0488

Circle

950 Circle Drive
Salinas, CA 93905
(831) 757-6237
FAX: (831) 757-8458

Sanborn

219 N. Sanborn Road
Salinas, CA 93905
(831) 757-1365
FAX: (831) 757-2824

Plaza

55 Plaza Circle Suite C
Salinas, CA 93901
(831) 500-6960
FAX: (831) 758-2201

Castroville

10521 Merritt Street
Castroville, CA 95012
(831) 633-1514
FAX: (831) 633-1739

Gonzales

126 5th Street
Gonzales, CA
(831) 675-2930
FAX: (831) 675-2931

Soledad

799 Front Street
Soledad, CA 93960
(831) 678-0881
FAX: (831) 678-2803

Pajaro

29-A Bishop Street
Pajaro, CA
(831) 728-2508
FAX: (831) 728-2636

Greenfield

808 Oak Street
Greenfield, CA 93927
(831) 674-5344
FAX: (831) 674-5214

N. Main

2180 N. Main Street
Salinas, CA 93906
(831) 443-2190
FAX: (831) 442-3600

King City

223 Bassett Street
King City, CA 93930
(831) 385-5944
FAX: (831) 385-0767

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Expediente # _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Aquí doy mi consentimiento para cualquier tratamiento medico de cirugía que sea necesario. Tengo entendido que un simple tratamiento o diagnostico como una inyección puede tener complicaciones, las cuales se explicaran cuando hagan los procedimientos o tratamientos. Clinica de Salud del Valle de Salinas hará referencias para servicios especiales que no pueda atender aquí.

Yo comprendo y doy mi consentimiento para que un Medico Residente o una enfermera medica (Nurse Practitioner) o medico asistente (Physician Assistant) me pueda atender en lugar de un medico certificado. También, comprendo que la misma enfermera medica (Nurse Practitioner) o medico asistente (Physician Assistant) me puede recetar medicamentos. El/ella esta certificado para hacerlo bajo la supervisión del doctor. Pero si yo lo deseo, me puede atender un medico y el/ella me recetara mis medicamentos.

Yo comprendo que el expediente mío y cualquier archivo mantenido durante mi tratamiento con Clinica de Salud del Valle de Salinas, estará sujeto a la inspección por oficiales del estado, aseguranzas, clínicas, y otras agencias, tendrán el derecho de acceso a los datos del paciente acumulados bajo los términos en sus contratos con Clinica de Salud del Valle de Salinas. Estos datos serán sometidos para las auditorias fiscales y del programa y no estarán publicados de ninguna manera, la cual resultaría en la identificación de cualquier individuo.

Entiendo que, bajo el Acto de la Portabilidad y de la Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos al aislamiento con respecto a mi información protegida de salud, yo entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- La conducta, planificación y dirección de mi tratamiento entre los proveedores múltiples del centro de salud que pueden estar implicados en ese tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtener el pago de pagadores de tercera persona.
- Conducir las operaciones normales del centro de salud tales como evaluaciones de la calidad y certificaciones del médico.

He recibido, leído y entiendo su Aviso de Practicas de Privacidad que contiene una descripción más completa de las aplicaciones y de los accesos de mi información de la salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Practicas de Privacidad en cualquier momento y que puedo entrar en contacto con esta organización en cualquier momento en la dirección anotada arriba para obtener una copia actual del Aviso de Practicas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja cómo mi información privada es utilizada o se divulga para realizar el tratamiento, el pago u operaciones del cuidado médico. También entiendo que no están requeridos para convenir con mis restricciones solicitadas, pero si usted entonces conviene usted esta limitado para cumplir con tales restricciones.

Yo entiendo que Clinica de Salud del Valle de Salinas ofrece un programa de descuento para las visitas familiares. Este programa cobra de acuerdo al número de personas y según los ingresos de la familia. El programa de descuento incluye servicios brindados en la clínica de los cual soy responsable del pago.

Paciente o Guardián Legal _____

(Firma)

Testigo _____ Fecha _____ Hora _____

CLINICA DE SALUD DEL VALLE DE SALINAS

Información del Paciente

Fecha _____

MRN: _____

Account #: _____

Lenguaje Preferido: Español Ingles Otro _____

¿Tiene alguna barrera con el idioma? Si No

Lugar de Nacimiento: _____

Apellido(s)		Primer Nombre		Inicial Materno	
Fecha de Nacimiento		Numero de Seguro Social		Teléfono / Celular	
Grupo Étnico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Anglo Americano <input type="checkbox"/> Otro: _____		Correo Electrónico (email)		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Identidad de Género <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> De Mujer a Hombre/Hombre Transgénero/Hombre Trans <input type="checkbox"/> De Hombre a Mujer/Mujer Transgénero/Mujer Trans <input type="checkbox"/> Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Elige no divulgar <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, por favor especifique: _____			
Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Elige no divulgar		<input type="checkbox"/> Algo más, por favor describa: _____ <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Heterosexual			
Domicilio Numero y Calle		Ciudad	Estado	Código Postal	
Compañía de Trabajo		Teléfono de Trabajo		Ocupación	
En caso de emergencia contactar a: (Nombre completo de persona con quien podamos hablar en caso de emergencia)				Teléfono de Emergencia	

Persona Responsable

Información de la Persona Quien Toma la Responsabilidad Financiera (Padre de familia si el paciente es menor de 18 años)

Si no es el mismo de arriba

Apellido		Primer Nombre		Inicial Materno	
Fecha de Nacimiento		Numero de Seguro Social		Teléfono	# de Dependientes
Compañía de Trabajo		Ocupación			

Información de Seguro (Aseguranza) Medico

Por favor proveer su tarjeta de seguro medico al personal para tomar una copia

Nombre de la Compañía		# de Póliza	# de Grupo	Relación al Paciente	
Domicilio de la Compañía			Subscritidor		
Ciudad		Estado	Código Postal		Teléfono

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

Monthly Salary _____ Do you work all year: yes no If No, Months not Worked: _____

How do you support your family when not working? _____

How was income information verified? Income Tax Statement Check Stubs (Previous 6 months)

Patient's Migrant Status: Migrant Seasonal NOT Farm Worker

Patient's Homeless Status: Not Homeless Doubling up Shelter Street Transitional Unknown/Unreported

Category: Private INS SOFP IM Medi-Cal
 EAPC BCCP H.F. MO MM CCA

For office use Only: Patient information updated on EPM including scanning of Insurance information

Date/ Initial this form when completed

Date Completed: _____ Initials: _____



Responsabilidades del Paciente

1. **Proveer Información** - los pacientes y las familias, como apropiadas, deben proporcionar, al mejor de su conocimiento, información exacta y completa sobre las actuales quejas, pasadas enfermedades, cualquier hospitalización, medicamentos, y otras materias referentes a su salud. Los pacientes y sus familias deben divulgar los riesgos percibidos en su cuidado y los cambios inesperados en su condición/salud. Pueden ayudar a la organización para entender su ambiente al dar sus ideas acerca de las necesidades y expectativas del servicio.
2. **Hacer Preguntas** - los pacientes y las familias, como apropiadas, deben hacer preguntas cuando no entienden su cuidado, tratamiento, y servicio o que es lo que deben hacer.
3. **Siguiendo Instrucciones** - los pacientes y sus familias deben seguir el plan del cuidado, del tratamiento y del servicio desarrollado. Deben expresar cualquier preocupación sobre su capacidad de seguir el plan de cuidado propuesto o curso del cuidado, tratamiento, y servicios. La organización hace cada esfuerzo de adaptar el plan a las necesidades y a las limitaciones específicas de los pacientes. Cuando tales adaptaciones al cuidado, el tratamiento, y el plan del servicio no se recomiendan, los pacientes y sus familias son informadas de las consecuencias del cuidado, tratamiento, y mantener las alternativas al no seguir el curso propuesto.
4. **El aceptar Consecuencias** - los pacientes y sus familias son responsables de los resultados si no siguen el cuidado, el tratamiento, y el plan del servicio.
5. **Siguiendo Reglas y Regulaciones** - los pacientes y sus familias deberán seguir las reglas y regulaciones de la organización.
6. **Demstrar Respeto y Consideración** - los pacientes y sus familias deben ser considerados del personal y de la propiedad de la organización, como también de otros pacientes y sus propiedades.
7. **Cumplir Requisitos Financieros** - pacientes y sus familias deben resolver puntualmente cualquier obligación financiera convenido con la organización.

Yo entiendo que Clínica de Salud va a proveer servicios de acuerdo con las condiciones de mi seguro medico/dental. Si la compañía de seguros no puede verificar mis beneficios o no paga los servicios por alguna razón, acepto la responsabilidad de pagar las cuotas de CSVS personalmente.

Firma del Paciente o Padre/ Madre/ Guardian

Nombre (Letra de Molde)

Fecha de nacimiento

Fecha

Numero de Expediente

Revised 1/2018

Form#HA1150



ADULT HEALTH HISTORY (FOR 16 YEARS AND OVER)

Last Name	First Name	Middle I.	Date of Birth	MRN	Date
Past Hospitalizations with Date and Reason (including child birth and surgeries)					
Current Medications					
Gender Identity <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Transgender Male (Male-to-Female) <input type="checkbox"/> Transgender Female (Female-to-Male) <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Choose not to disclose			Sexual Orientation <input type="checkbox"/> Straight (not lesbian or gay) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbian or Gay <input type="checkbox"/> Something else <input type="checkbox"/> Don't know <input type="checkbox"/> Choose not to disclose		

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? No Sí
 Nombre: _____ Teléfono: _____ Última Visita _____

¿Está actualmente bajo el cuidado de un dentista? No Sí
 Nombre: _____ Teléfono: _____ Última Visita _____

¿Es usted alérgico o ha reaccionado adversamente a cualquiera de los siguientes:
 Anestésicos Locales Penicillin Iodine Sulfa Drugs Aspirin Codeine / Otros Narcóticos Latex/Rubber
 Otros: _____

En cualquier momento, ¿se siente preocupado por la seguridad y el bienestar de usted y / o sus hijos, en su hogar o en otro lugar? No Sí Observaciones _____

¿Tiene problemas para manejar el estrés, la ira o la tristeza? No Sí

¿Está teniendo dolores o molestias que afectan su calidad de vida o la capacidad de hacer sus actividades diarias (dolor crónico)? No Sí Explique _____

¿Desea obtener información sobre Directivas Avanzadas? Sí No

Antecedentes Quirúrgico - (fecha si se conoce indicar)

	Year		Year	Solo para mujeres:	Year
<input type="checkbox"/> Cirugía de corazón (Angioplastia)		<input type="checkbox"/> Cirugía intestinal: <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Colon (Small bowel resection)		<input type="checkbox"/> Implante de mamas (Mamoplastia de aumento)	
<input type="checkbox"/> Apéndice quitado (Apendicectomía)		<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera		<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas	
<input type="checkbox"/> Cirugía de nuevo		<input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla / cirugía		<input type="checkbox"/> Biopsia de mama / cirugía	
<input type="checkbox"/> Cirugía del túnel carpiano		<input type="checkbox"/> Marcapasos		<input type="checkbox"/> Sección cesariana	
<input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas		<input type="checkbox"/> Tiroides quitado (Tiroidectomía)		<input type="checkbox"/> D and C	
<input type="checkbox"/> Extracción de la vesícula (Colecistectomía)		<input type="checkbox"/> Quitar las amígdalas		<input type="checkbox"/> Histerectomía: <input type="checkbox"/> Abdominal	
<input type="checkbox"/> Cirugía abdominal (Colectomía)				<input type="checkbox"/> Los ovarios mantienen	
<input type="checkbox"/> Cirugía de úlcera gástrica (Colostomía)				<input type="checkbox"/> Quitar los ovarios	
<input type="checkbox"/> Gástrica de bypass / banda de vuelta		Solo para hombres: <input type="checkbox"/> Vasectomía		<input type="checkbox"/> Extirpación de mama (mastectomía)	



Reparación de hernia

Cirugía de próstata

Tumor benigno / fibroma (*miomectomía*) de retiro

Antecedentes médicos - ¿Ha tenido alguna de las siguientes acciones en el pasado o actualmente?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | <input type="checkbox"/> Crohn 's enfermedad / colitis | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA _____ | <input type="checkbox"/> Prótesis / inserciones |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Depresión _____ | <input type="checkbox"/> Latido cardíaco irregular | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del intestino irritable | <input type="checkbox"/> Problemas sinusales |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Próstata agrandada (<i>Hipertrofia Prostática Benigna</i>) | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Terapia Esteroides |
| <input type="checkbox"/> Asma / Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales |
| <input type="checkbox"/> Arteria bloqueada | <input type="checkbox"/> Gástrico / reflujo ácido (<i>ERGE</i>) | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Ictus |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Ataque del corazón | <input type="checkbox"/> Otro cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Cáncer oral | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho (<i>angina de pecho</i>) | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta _____ | <input type="checkbox"/> Trasplante de organo | <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares crónica | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto _____ | | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |

HISTORIA DENTAL (Completar sólo si dental de la cita)

- ¿Ha tenido sangrado anormal asociada a extracciones anteriores, cirugía o traumatismo? No Sí
- ¿Ha tenido cirugía o rayos x tratamiento para un tumor, crecimiento u otra condición de la boca o labios? No Sí
- ¿Uso hilo dental? No Sí
- ¿Le sangran o le duelen sus encías? No Sí
- ¿Retiene comida en sus dientes? No Sí
- ¿Aprieta o rechina sus dientes? No Sí
- ¿Ha tenido dolor en los músculos de la cara alrededor de los oídos? No Sí
- ¿Suenan o cruje su quijada? No Sí
- ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? Una vez Dos veces Tres veces
- Son sus dientes sensibles a: Caliente Frio Dulce Presión

HISTORIA FAMILIAR

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis: Choose an item. | <input type="checkbox"/> Diabetes: Choose an item. |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón: Choose an item. | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta: Choose an item. |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (ACV): Choose an item. | <input type="checkbox"/> La enfermedad mental: Choose an item. |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: Choose an item. | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal: Choose an item. |

Sólo para mujeres:

- Number of Pregnancies:**
- Número de partos vaginales:
- Número de partos por cesárea:
- ¿Tuvo diabetes cuando estaba embarazada? No Sí
- Utilizas un método anticonceptivo: No Sí Que tipo: _____
- ¿Está embarazada actualmente? No Sí Fecha de Parto: _____
- Eres de enfermería actualmente? No Yes
- Número de abortos:**
- Aborto espontáneo:
- Número de partos prematuros:

Hábitos

- Alcohol: Ninguno Ex Actual: cuántas bebidas/día _____ frequency/semana _____ que tipo _____
- Tobacco: Usas tabaco o productos de tabaco con regularidad, de vez en cuando o recreacional? Ninguno Ex
- Actual: Masticar o Fumar? _____ ¿cómo muchos en una día? _____ desde (año) _____
- Alguien fuma en tu casa? No Sí
- Caffeine: No Sí: Que tipo _____ ¿cómo muchos en una día? _____



Other Recreational or Street Drugs: Ningun Ex Actual: Que tipo _____ ¿cómo muchos en una día? _____
Hacer ejercicio? No Sí ¿cuánto? _____

Historia Social:

Trabajo: Empleados Desempleados retirado movilidad

Ocupación actual _____ Está usted expuesto a productos químicos en su trabajo? No Sí

Si sí ¿que tipo? _____

Estado Civil: Se casó Solo Se divorciaron Pareja de hecho

Educación grado terminado: _____ ¿Tienes una casa? No Sí ¿Cuántas personas viven en tu casa? _____

¿Tienes vida familiar en esta zona? No Sí ¿Tienes una afiliación religiosa? No Sí

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Clinician's Signature: _____ **Date:** _____

Provider COMMENTS: ASA I II III IV

Medical Clearance Request Yes No