

United Care Family Medical Center

REGISTRACION DEL PACIENTE

Informacion Del Paciente

Fecha _____

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo NombreDireccion: _____
Numero Calle Ciudad Estado Codigo postal

Numero de Telefono: (____) _____ Cell:(____) _____ Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Sexo _____ Lic. de Manejo _____ E-mail _____

Lugar de Nacimiento _____ Raza: Blanco Afroamericano Hispano Asiatico Otro _____Lenguaje preferido: Ingles Español Hebreo Farsi Otro _____Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Nombre del Esposo(a): _____ Telefono:(____) _____

Empleador del paciente : _____ Ocupacion _____

Direccion _____ Telefono: (____) _____

INFORMACION DE SEGURO

Tiene Seguro Medico? Si No Nombre de Aseguranza _____ ID #: _____Medi-cal ? Si No Nombre del Plan _____ ID# _____

Persona Responsable (Por gastos medicos y pagos) _____ Fecha de nacimiento _____

Direccion: _____ Tel#: (____) _____ Parentesco _____

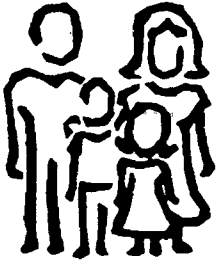
EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____ Tel# (____) _____

Direccion: _____ Parentesco: _____

Yo doy mi consentimiento para que mi aseguranza le pague directamente a United Care Family Medical Center por gastos relacionados con el Cuidado de mi salud. Yo doy consentimiento para que United Care Family Medical Center provea a mi aseguranza o cualquier agencia responsable de pagar mis gastos medicos, la informacion o documentos que sean necesarios. Yo comprendo y acepto que es mi obligacion pagar mi co-pago deductible, o gastos medicos no cubiertos por mi aseguranza. Tambien comprendo que yo soy responsable por gastos medicos que no esten cubiertos por mi aseguranza, y si no tengo seguro comprendo que yo soy responsable por todos los gastos ocasionados y que estos gastos deben ser pagados el dia en que reciba los servicios medicos.

Firma del Paciente o Persona Responsable: _____



UNITED CARE FAMILY MEDICAL CENTER

DIRECTIVAS POR ADELANTADO

Referencia: Acto de Determinacion Propia del Paciente (OBRA 1990)

Una Directiva por Adelantado es un documento que indica por escrito sus decisiones respecto a su cuidado medico en caso que usted se encuentre inhabilitado. Ejemplos de Directivas por Adelantado incluyen:

1. Un Poder Fijo Legal
2. Usted puede ejercer sus derechos a formular instrucciones anticipadas por escrito y en forma legal para hacer futuras decisiones sobre su salud, como ser:
 - a. Negarse a recibir transfusiones de sangre o
 - b. Negarse a ser conectado(a) a una maquina respiratoria

Por favor escoja una de las siguientes opciones:

- Si tengo una Directiva por Adelantado, y le proveere una copia a la clinica para mi expediente.
- Tengo una copia de mi Directiva por Adelantado archivada con: _____
- Yo NO he ejecutado una Directiva por Adelantado, y NO estoy interesado(a) en mas informacion.
- Yo NO he ejecutado una Directiva por Adelantado, pero SI estoy interesado(a) en recibir mas informacion al respecto..

Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____

CONFIRMACION DE QUE HE RECIBIDO INFORMACION SOBRE MIS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Bajo la ley de Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 proveedores de servicios medicos o de salud estan obligados a darles por escrito a sus pacientes informacion sobre sus Derechos De Privacidad con Respecto a Informacion Protegida de Salud y al mismo tiempo hacer todo lo posible para conseguir confirmacion, por escrito, del paciente que el o ella ha recibido esta informacion.

Por lo tanto, Yo _____ (por favor escriba su nombre o el nombre de su representante), confirmo que **United Care Family Medical Center** ha provecido una copia de **Los Derechos sobre la Privacidad de Informacion Protegida de Salud** a Mi personalmente Mi Representante (Por favor especifique): _____

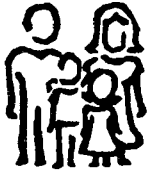
Firma del Paciente o Representante

Fecha

* Si usted esta firmando como representante del paciente, vamos a necesitar una copia de su identificacion y la confirmacion del paciente que usted es su representante legal.

- We have provided the above named patient with a copy of our Notice of Privacy Practices for Protected Health Information, but were not successful in obtaining their signature on this acknowledgement because:
 - Patient refused to sign
 - Patient unable to sign
 Explain: _____

- We have made a good faith attempt to provide the above named patient with a copy of our Notice of Privacy Practices for Protected Health Information, but we were not successful for the following reason:
 - Patient refused to accept a copy
 - Other (Explain) _____



UNITED CARE FAMILY MEDICAL CENTER

REQUISITO/RECHASO DE SERVICIOS DE INTERPRETE

Nombre del Paciente: _____

Language Principal (Preferido): _____

Si, yo deceo usar el servicio de interprete

Language(s): _____

Yo prefiero usar mi familiar o amigo como interprete, aunque el personal de la clinica me ha informado que tengo derecho a recibir servicios de interprete sin nungun costo para mi.

No, yo no requiero servicios de interprete.

N/A

Comentarios o informacion adicional:

Firma del Paciente

Fecha

***ESTO FORMARA PARTE DEL EXPEDIENTE MEDICO.**

Original Date: ____/____/____

Dates Revised: ____/____/____

____/____/____

____/____/____



United Care Family Medical Center

Informacion Medica

Todas las preguntas en este cuestionario son de suma confidencia, y formaran parte de su expediente medico

Nombre:
(Apellido, Nombre)

M

F

Fecha de Nacimiento

____/____/____

Estado Civil Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Nobre de su Doctor anterior:

Fecha de su ultima revisacion fisica, general: ____

Informacion Medica Personal

Tuvo alguna vez: Varicela Paperas Rubeola Saranpio Fiebre Rheumatica Polio

Cuando fue su ultima vacuna de: Tetano _____ Pneumonia _____

Hepatitis _____ Saranpio _____

Gripe _____ MMR _____

Varicela, Rubeola y Paperas

Describe sus condiciones medicas anteriormente diagnosticadas:

Sirugias:

Año Razon: Hospital

Algun Otra Hospitalizacion?:

Año: Razon: Hospital

Alguna vez necesito transfucion de sangre? Si No

Favor de seguir a la proxima pagina

Salud Mental		
Tiene problemas de stress?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Se siente deprimido?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Siente panico cuando esta estresado?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tiene problemas con la comida y con el apetito?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Llora frecuentemente (con facilidad)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Alguna vez intento suicidarse?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Alguna vez atento lastimarse usted mismo(a)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tiene problemas para dormir?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Alguna vez fue a un consejero o Psiquiatra?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Mujeres Solamente		
A que edad comenzo su menstruacion: ____ Dia de su ultima menstruacion: ____ / ____ / ____		
Cada cuantos dias le viena la menstruacion. Tiene periodos fuertes o dolorosos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cuantos emarazos tuvo ____ Cuantos partos tuvo ____		
Esta usted embarazada o amamantando su bebe?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha tenido usted una hysterestomia, Cesarea o raspaje?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Durante el ultimo año a tenido infecciones urinarias o de los riñones?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Noto sangre en su orina?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tiene algun problema para controlar la orina?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tiene usted sofocaciones o sudor durante la noche?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tiene problemas como dolor, irritabilidad etc. Durante su periodo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Experienced any recent breast tenderness, lumps or nipple discharge?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cuando fue su ultimo Papanicolao? ____ / ____ / ____		
Hombres Solamente		
Tiene que levantarse durante la noche para orinar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cuantas veces		
Siente dolor o ardores al orinar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Noto sangre en su orina?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Siente ardor o descargos en su pene?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha disminuido la intensidad al orinar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha tenido infecciones urinarias, de riñones o de la prostate durante el ultimo año?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tiene problemas para vaciar su vejiga?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tiene dificultades de ereccion o eyaculacion?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Algun dolor en los testiculos o inflamacion?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Fecha del ultimo examen rectal de prostata? ____ / ____ / ____		
Otros Problemas		
Por favor indique si tiene algun problema en estas areas o algun sintoma relacionado con estas areas		
<input type="checkbox"/> Piel _____ <input type="checkbox"/> Cabeza/Cuello _____ <input type="checkbox"/> Oidos _____ <input type="checkbox"/> Nariz _____ <input type="checkbox"/> Garganta _____ <input type="checkbox"/> Pulmones _____ <input type="checkbox"/> Pecho/Corazon _____	<input type="checkbox"/> Espalda _____ <input type="checkbox"/> Intestinosl _____ <input type="checkbox"/> Vesicula _____ <input type="checkbox"/> Vejiga _____ <input type="checkbox"/> Circulacion _____ Cambios recientes en su: <input type="checkbox"/> Peso _____	<input type="checkbox"/> Nivel de Energia _____ <input type="checkbox"/> Habilidad para dormir _____ Otros Dolores/Molestias: _____ _____ _____

Name: _____

DOB: _____

Sexo: Esta usted activo(a) sexualmente? Si No
 Si es si, esta planeando un embarazo? Si No
 Si no lo esta planeando, que clase de anticonceptivos usa? _____
 Tiene alguna molestia durante el acto sexual? Si No

Las enfermedades relacionadas con el HIV, y SIDA son de suma preocupacion hoy en dia, especialmente con personas que se inyectan drogas o tiene relaciones sexuales sin proteccion. Estad usted interesado(a) en hablar con su Medico acerca del peligro de estas enfermedades? Si No

Seguridad Personal: Vive solo(a)?..... Si No
 Tiene tendencias a caerse seguido? Si No
 Tiene problemas para oir o ver? Si No
 Tiene usted un Testamento o un Directivo legal por Adelantado? Si No
 Esta interesado(a) en recibir mas informacion al respecto? Si No

Abuso fisico o mental, incluyendo abuso sexual, es de suma preocupacion con alguans personas hoy en dia. Quisiera usted hablar sobre problemas relacionados con el abuso con su Medico? Si No

Historial de Salud Familiar

	edad	A que edad fallecio	Problemas de salud o causa de muerte		Año	Edad que fallecio	Problemas de salud o causa de muerte
Padre				Hijos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Madre					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
hermano	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
hermana	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Abuelos (Por parte de Madre)			
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Abuelos (Por parte de Padre)			
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						

Favor de seguir a la proxima pagina

Name:

DOB:

Indique las medicinas que este tomando, sean recetados por un medico o no:

Nombre del medicamento	Cuantos miligramos	Cuantas veces por dia

Es alergico(a) a alguna medicina?:

Nombre del medicamento	Que reaccion le produce?

Habitos Personales

Ejercicio: Sedentario (No ejercicio) Un poco (e.j , caminar, subir escaleras etc.)
 Ejercicio Vigoros (ocasionalmente) (e j , Nadar 3 veces a la semana, correr etc.)
 Ejercicio Vigoros (Regularmente) (e.j., Ejercicio mas de 4 veces a la semana)

Dieta: Esta usted siguiendo una dieta? Si No
Si es si, fue recomendada por un Medico? Si No
Cuantas veces al dia come? _____
Cuanto Sal consume Alta Regular Baja Cuanta grasa consume? Alta
 Regular Baja

Caffeina: Nunca Cafe Te Gaciosas Cuantas tazas/vasos por dia? _____

Todas las preguntas en este cuestionario son voluntarias y de suma confianza.

Alcohol: Bebe usted alcohol? Si No
Si es si, que clase? _____ Cuantos tragos toma por semana? _____
Estad usted preocupado(a) por lo que consume? Si No
Ha probado de dejar la bebida antes? Si No
Alguna vez ha perdido el conocimiento al beber? Si No
Tiene dias que no puede dejar de tomar? Si No
Maneja usted en estado de hebridad? Si No

Tabaco: Usted fuma tabaco? Si No
 Cuantos cigarillos o paquetes por dia _____ Fuma Pipa o mastica _____
 Fuma puros _____ Cuantos años hace que fuma _____ en que año dejo _____

Drogas: Esta usted consumiendo drogas actualmente? Si No
Alguna vez se inyectado alguna droga? Si No

Name:

DOB:

United Care Family Medical Center

2324 W. Pico Blvd

Los Angeles CA, 90006

Tel:(213)-383-3600

Fax: (213)383-5300

Acknowledgement / Reconocimiento

Effective January 01, 2014 all of our patients need to provide a copy of his/her immunization record, as mandated in our clinic's procedures and policies regarding medical records. An immunization and record history sheet will be maintained in your chart.

Name: _____ DOB: _____

- Yes, I will provide a copy of my immunization record as soon as possible.
- No, I'm unable to provide a copy of my immunization record and would like to be exempt, with This exemption I accept complete responsibility of my health including any case of emergencies.
-

Empezando Enero 01,2014 a todos nuestros pacientes se les pedira una copia de su cartilla de vacunas, como requisito mandatorio de procedimientos y polizas de la clinica; que se necesita incorporar en su expediente medico. Un historial de vacunaciones se mantendra en su expediente.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento : _____

- Si, lo mas pronto posible voy a proveer una copia de mi cartilla de vacunas.
- No podre proveer una copia de mi cartilla de vacunas y me gustaria tener una exepcion. Con esta excepcion yo acepto completa resposabilidad hacia mi salud, incluyendo cualquier caso de emergencia.

United Care Family Medical Center
1835 S La Cienega Blvd #205 Los Angeles, CA 90035
(310)-836-2273

¿Está interesado en participar en nuestro nuevo portal de pacientes en línea, llamado "Patient Portal"? "Patient Portal" es un nuevo sistema en línea, que permite a los pacientes una manera fácil, segura y segura de acceder a sus registros médicos. Con el "Patient Portal", puede crear una cuenta en línea para acceder a lo siguiente:

- Diagnósticos
- Medicamentos
- Resultados del laboratorio
- Registros de inmunización

Sí, deceo participar.

No deceo participar.

Por favor, de proporcionar una dirección de correo electrónico si desea participar en el "Patient Portal".

Dirección de correo electrónico

Si decide no participar en el "Patient Portal", firme el formulario de optativo que aparece a continuación:

Entiendo que tengo la capacidad de ver en línea, descargar y transmitir mi información de salud dentro de 4 días hábiles de la información que está disponible para mi proveedor

Me han dado información para ver, descargar o transmitir su información, incluyendo cómo acceder a mi información de salud, sitio web e información para acceder a mi información de salud en el "Patient Portal".

Entiendo que si no decea de la participación puedo, en cualquier momento durante horas de oficina, inscribir otra vez llamando a la clínica en el número arriba. Se me facilitará información para acceder a la información, descargarla o transmitirla

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha de Servicio