



Formulario de Información del Paciente

Escriba en letra de Molde (UNA forma por persona)

Fecha: _____

Información del Paciente

Nombre Legal: Apellido _____ Nombre _____ Inicial 2do Nombre. _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ No. Seguro Social: _____-_____-_____

Sexo: Masculino Femenino Transgénero Masculino/Femenino a Masculino Transgénero Femenino/Masculino a Femenino Otro Negado a Declarar

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____

Correo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____

Teléfonos: Día: (____) _____ - _____ Cel. (____) _____ - _____ Correo Electrónico: _____

Empleador: _____ Tel. del Trabajo: (____) _____ - _____

Información del Garante (Persona Responsable por la Cuenta/Servicios)

Mismos datos de arriba

Nombre Legal: Apellido _____ Nombre _____ Inicial 2do Nombre. _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ No. Seguro Social: _____-_____-_____ Relación con el paciente: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____

Correo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____

Teléfonos: Día: (____) _____ - _____ Cel. (____) _____ - _____ Correo Electrónico: _____

Empleador: _____ Tel. del Trabajo: (____) _____ - _____

Contacto en Caso de Urgencia (Conyugue, Padre, Tutor u Otro)

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____ Tel: (____) _____ - _____

Información del Seguro (Favor de proveer copia de la tarjeta de seguro médico al personal de PCHC)

Nombre del asegurado: _____ Nombre del Seguro _____

No. Póliza: _____ No. de Grupo: _____ Nombre del Dueño de la Póliza: _____

Fecha de Vigencia: _____ Relación del Paciente al dueño de la Póliza: Mismo Conyugue Hijo/a Otro

No. Seguro Social del dueño de la póliza: ____/____/____ Fecha de nacimiento del dueño de la póliza: _____

Nombre del Segundo Seguro Médico: _____ No. De Identidad: _____

Su visita se debe a: ¿Accidente de Auto? Si No Se lastimo en el Trabajo? Si No

Información de Ingresos

Número de personas que viven en el hogar: _____

Ingresos mensuales estimados del hogar: \$ _____ (si no hay ingresos, por favor ingrese "0")

Ver el Reverso

Información Adicional**(Favor de contestar lo siguiente para proveerle mejor servicio)**Idioma de Preferencia? Inglés Español Otro: _____

Durante los últimos 24 meses, Usted (paciente) o algún miembro de la familia:

¿Ha sido contratado para trabajar: siembras, cosecha, Bodega de empaque, conduciendo camionetas para cualquier Granja, o trabajo con animales como vacas, pollos, etc.? Si No¿Ha vivido lejos de casa para trabajar en la agricultura o trabajo de granja? Si No¿Ha dejado de trabajar por alguna incapacidad o edad (demasiado mayor para trabajar)? Si No¿Actualmente vive con familiares o amigos, en su carro, en un albergue, en un hotel o en la calle y te consideras sin hogar o indigente? Si No

Veterano de EE.UU: Usted (el paciente) ha cumplido con algún Servicio Uniformado de Los Estados Unidos EE.UU?

 Yes No

Origen Étnico: Seleccione su origen étnico (paciente).

 Hispano/Latino No-Hispano/No-Latino

Raza: Seleccione el grupo de raza que lo describa (paciente).

 Asiático Nativo de Hawái Otras Islas Pacificas Afro-Americano (incluye Negro o Afro- Americano de descendencia Hispana/latina) Indio Americano / Nativo de Alaska (Incluye a Indios Americanos o Nativos de Alaska de descendencia Hispana/Latina) Blancos (incluye a Blancos de descendencia latina/hispana)

Estado Civil:

 Casada (Matrimonio de Hecho) Soltera Viuda Divorciada Otra _____

Orientación Sexual:

 Lesbiana o Gay Heterosexual (ni lesbiana ni gay) Bisexual Algo mas No sabe Se Niega a declararse

Yo Certifico que la información rendida es cierta y correcta según mi conocimiento. Yo permito que la Clínica Pueblo Community Health Center y sus representantes se comuniquen si es necesario con cualquier persona o agencia para verificar esta información. Estoy de acuerdo en notificar a la Clínica Pueblo Community Health Center puntualmente sobre algún cambio entre los miembros de mi hogar, domicilio, teléfonos, ingresos, seguro, u otra información esencial. Yo entiendo que debo presentar mi tarjeta al momento de recibir servicio según los reglamentos establecidos por la Clínica Pueblo Community Health Center y el Estado de Colorado. Los Co-pagos/nominas se harán al momento del servicio a menos que sea autorizado de antemano.

Yo entiendo que la Clínica Pueblo Community Health Center puede solicitar información adicional de mi parte en un futuro para inscribirme en programas que me puedan ayudar a cubrir los costos de mi cuidado, recetas y otros servicios mientras este yo con La Clínica Pueblo Community Health Center como paciente.

X _____ Date: ____/____/____

Firma del Paciente (Si el paciente es mayor de 18 años de edad), Tutor (si el paciente es menor de 18 años de edad, o TESTIGO (Si el paciente adulto no puede firmar)

Nombre en letra de Molde: _____

Relación con el Paciente: Mismo Padre/Tutor Persona Autorizada Otro: _____**Como se entero de la Clínica Pueblo Community Health Center?** Familiar/Amigo Radio/TV Redes Sociales Solamente Entre Cartelera Otro: _____**Authorized Use Only**

Staff Initials : _____ Dept.: _____

New patient: Yes No FPT FHT IZ's AAA Dental OB Care Only Podiatry Only DDS Only EIS Only NFP Only Nursing Home Only



Pueblo
Community
Health Center

**HIPAA Acuerdo y Solicitud
De Comunicado Confidencial**

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

**TODOS LOS NUEVOS PACIENTES DEBEN COMPLETAR ESTE FORMULARIO
RECONOCIMIENTO**

Yo _____ (Nombre del Paciente) reconozco el haber recibido las Notificaciones de Prácticas de Privacidad de la Clínica Pueblo Community Health Center (Favor de firmar abajo) Me gustaría recibir cualquier copia de las enmiendas de las Notificaciones de Practicas de Privacidad por correo electrónico: Si No
Si desea recibirlas, favor de proveer su correo electrónico: _____

COMUNICACION

También me gustaría que la Clínica Pueblo Community Health Center siga estas instrucciones cuando se comunique conmigo sobre mi salud (favor de seleccionar las que apliquen):

Teléfono durante el día (número de contacto primordial):

Dejar mensaje de voz en mi contestadora/correo de voz Permitido No Permitido
Dejar mensaje con otra persona Permitido No Permitido

En el Numero Alternativo de Tel: (____) _____ - _____

Dejar Mensaje y avisar quien llama Permitido No Permitido
Dejar mensaje en la contestadora del número alternativo Permitido No Permitido

Firma del Paciente/Padre: _____ Fecha _____

Nombre (letra molde): _____

Si el paciente no firmo (o el miembro del plan), favor de llenar lo siguiente, que indica su relación al paciente:

- Padre/Tutor del menor.
Nombre de la Madre: _____ Nombre del Padre: _____
- Beneficiario o representante personal del fallecido paciente (copia de la orden girada por la corte)
- Guardián o Cuidador de la persona incapacitada (copia de la orden girada por la corte)
- Otro (especifique) _____

Privacy Practice Acknowledgement must be signed before initial visit to Pueblo Community Health Center. You may end or change "Communication" section in this form at any time by filling out a new form. All previous "HIPAA Authorization-Confidential Communication Request" forms will be void.

Staff Initials: _____ Dept: _____
Date sent to Med Rec: _____ Med Rec Clerk Initials: _____ Scanned Date: _____



Pueblo
Community
Health Center

**HIPAA Acuerdo y Solicitud
De Comunicado Confidencial**

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

**PACIENTE COMPLETARA A PETICION
AUTHORIZATION**

Yo, _____, otorgo permiso a la Clínica Pueblo Community Health Center y/o al personal de la Clínica Pueblo Community Health Center, para discutir en lo que concierne sobre mi salud con los individuos mencionados abajo, los cuales de vez en cuando, me ayudaran a recibir o pagar por mi cuidado de salud. Esto puede incluir pero no está limitado a asistir a mis citas, ayudarme con el seguimiento de las recomendaciones de tratamiento, recoger mis medicamentos, ayudarme a entender mis resultados de exámenes, ayudarme a entender y hacer pagos sobre mi cuidado de salud.

Nombre _____ Relación _____ Tel. () _____

Nombre _____ Relación _____ Tel. () _____

Nota: Esta forma no reemplaza el formulario de Autorización para Compartir información, el cual debes ser completado para compartir información sobre la salud del paciente a otra entidad (persona/negocio)

RESTRICCIONES

Las siguientes personas no se les permitirá acceso a mi información de Salud Personal:

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Firma: _____

Fecha _____

Nombre en letra molde: _____

Si el paciente no firmo (o el miembro del plan), favor de llenar lo siguiente, que indica su relacion al paciente:

____ Padre/Tutor del menor.

Nombre de la Madre: _____ Nombre del Padre: _____

____ Beneficiario o representante personal del fallecido paciente (copia de la orden girada por la corte)

____ Guardián o Cuidador de la persona incapacitada (copia de la orden girada por la corte)

____ Otro (especifique) _____

You may end or change the directions in this form at any time by filling out a new form. All previous "HIPAA Authorization-Confidential Communication Request" forms will be void.

Staff Initials: _____

Dept: _____

Date sent to Med Rec: _____

Med Rec Clerk Initials: _____

Scanned Date: _____



Pueblo Community Health Center

Consentimiento para recibir Tratamiento/Facturación (Favor de llenar una solicitud por paciente)

Yo autorizo la divulgación de Información de Salud Protegida necesaria para obtener pago, proveer tratamiento y para llevar a cabo operaciones del cuidado de salud así descritas en las Notificaciones de las Prácticas de Privacidad de la Clínica Pueblo Community Health Center.

Yo apruebo a que los médicos atiendan mis condiciones médicas, mentales y/o dentales.

Yo autorizo pago de beneficios de la Clínica de Pueblo Community Health Center por los servicios rendidos y estoy de acuerdo en pagar todo el balance adeudado incluyendo costos de colección.

Doy mi consentimiento para que me contacten por correspondencia, por correo electrónico o en mi teléfono (incluyendo mi celular) acerca de cualquier trato relacionado con mi cuenta en donde yo aparezca como garante para la Clínica Pueblo Community Health Center, sus sucesores o agencias externas asignadas por la Clínica Pueblo Community Health Center. Este consentimiento incluye las actualizaciones o información de contacto que yo actualice e incluyen llamadas que utilice la tecnología de un auto-marcador o mensajes pregrabados. Este consentimiento aplica a todos los proveedores de salud en la Clínica Pueblo Community Health Center. Si yo deseo revocar el consentimiento de llamar a mi celular, estoy de acuerdo en notificar sobre la revocación enviándola por correo a Pueblo Community Health Center, 110 E Routt Ave. Pueblo, CO 81004

Nombre del Paciente (Letra de Molde)

Fecha de Nacimiento del Paciente

Firma del Paciente

Firma del Padres/Tutor

Nombre de Padres/Tutor (Letra de Molde)

Fecha de la Firma

Consentimiento para recibir Tratamiento/Facturación debe ser firmada anualmente por el paciente

AUTHORIZED USE ONLY

Staff Initials: _____

Dept: _____

Date sent to Medical Records: _____

Med Rec Clerk Initials: _____

Scanned Date: _____



Pueblo
Community
Health Center

Lista de verificación para el registro de pacientes

Por favor lea cada uno de los puntos a continuación y marque todas las casillas que correspondan. Por favor firme para reconocer que ha leído el material y que entiende sus responsabilidades como paciente de Pueblo Community Health Center (PCHC).

- 1. De acuerdo con la Ley de Atención Asequible, todos deben tener seguro médico. El descuento del Programa de Atención a Indigentes de Colorado (CICP) no es un seguro de salud.
- 2. Usted puede ser elegible para recibir asistencia financiera para ayudar a comprar seguro a través del Mercado de Connect for Health Colorado.
- 3. Si mi seguro médico o programa de descuento expira antes de mi cita, entiendo que puedo ser responsable del 100% de cualquier gasto médico incurrido.
- 4. Los cargos nominales se deben pagar al momento de recibir el servicio.
- 5. Entiendo que se me facturará por separado por los servicios de laboratorio y hospital a las tarifas establecidas por sus instalaciones.
- 6. El CICP tendrá 90 días de retroactividad. Si necesito ubicar fechas anteriores para servicios recibidos fuera de PCHC, es mi responsabilidad llevar mi tarjeta a esa institución y encargarme de la cuenta.
- 7. Puedo calificar para un ajuste de tarifa después de 90 días de la solicitud anterior. Debo proporcionar documentación adecuada que demuestre los cambios en mi situación financiera. El no reportar cambios o dar información incorrecta con respecto a mi situación financiera puede llevar a que se me dé de baja permanentemente del PCHC.
- 8. Para que la farmacia de PCHC pueda surtir recetas de un proveedor que no sea PCHC, debe tener una co-firma de un proveedor de PCHC.
- 9. Si es elegible para Presunta Elegibilidad (PE), no garantiza los beneficios continuos de Health First Colorado (Medicaid de Colorado) o Child Health Plan Plus (CHP+). El programa de educación física le permite visitar a un proveedor y obtener recetas mientras se procesa su solicitud. Es posible que se me pida que pague una cuota de inscripción para CHP+.
- 10. PCHC está proporcionando asistencia para completar la Solicitud de Health First Colorado (Medicaid de Colorado) pero NO es responsable de procesar la solicitud.
- 11. Si no soy elegible para los programas de descuento de PCHC o CICP, entiendo que soy responsable del pago de las Visitas de Salud Conductual, Dental y Médica.
- 12. He recibido la Guía del Paciente de PCHC que explica mis derechos y responsabilidades como paciente.
- 13. Pueblo Community Health Center ofrece servicios integrales de atención médica. Nuestro objetivo es crear un hogar médico centrado en el paciente (PCMH). PCMH es un modelo de atención de la salud basado en el trabajo en equipo y dirigido por un proveedor de atención de la salud para brindar atención médica completa y continua a los pacientes a fin de obtener los máximos resultados de salud.

Nombre del Paciente:

Firma del Paciente:

DOB: _____

Fecha: _____

ER Initial _____

PCHC ADULT HISTORY FORM
PCHC FORMA DE HISTORIA DEL ADULTO

PATIENT HISTORY
HISTORIA DEL PACIENTE

NAME _____ DATE OF BIRTH _____ AGE _____
(NOMBRE) (FECHA DE NACIMIENTO) (EDAD)

ADDRESS _____ PHONE _____
(DOMICILIO) (TELEFONO)

OCCUPATION _____ INSURANCE _____
(OCUPACION) (SEGURO DE SALUD)

ARE YOU HEARING OR VISUALLY IMPAIRED? _____ YES _____ NO
(TIENE PROBLEMAS DE OIDA O CON SU VISTA) _____ SI _____ NO

HOSPITAL ADMISSIONS
ADMISIONES DEL HOSPITAL

List ALL surgeries you have had:
(Lista todas las cirugías que ha tenido)

List all other Hospital admissions:
(Lista todo los otros admisiones hospitalarias)

YEAR (ANO)	SURGERY \ OPERATION (OPERACION)	YEAR (ANO)	ILLNESS (ENFERMEDAD)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

HAVE YOU EVER HAD (BEEN DIAGNOSED WITH) ANY OF THE FOLLOWING:
Alguna vez ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes:

- | | | |
|--|--|---|
| _____ Eye Infections
(Infecciones en los ojos) | _____ Anemia
(Anemia) | _____ Stroke
(Ataque fulminante) |
| _____ Gall Bladder disease
(Enfermedad de la Vesicular) | _____ Cancer
(Cancer) | _____ Convulsions
(Convulsiones) |
| _____ Stomach Ulcers
(Ulceras del estomago) | _____ Pneumonia
(pulmonia) | _____ Mental Illness
(Enfermedad mental) |
| _____ Diabetes
(Diabetes) | _____ Blood Transfusion
(Transfusión de Sangre) | _____ Prostate Problems
(Problemas del prostate) |
| _____ Kidney disease
(Enfermedad del riñón) | | |

MEDICATIONS Pharmacy Preference _____
(MEDICINAS) Preferencia de farmacia _____

Please list the medications you are currently taking.

(Lista por favor las medicinas que usted esta toma actualmente.)

- | | | |
|----------|----------|-----------|
| 1. _____ | 5. _____ | 9. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ | 10. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ | 11. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ | 12. _____ |
-

ALLERGIES
ALERGIAS

Please list allergies to medicines.

(Por favor, liste las alergias a las medicinas)

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

IMMUNIZATIONS
VACUNAS

If you have had any of the following shots – please check the appropriate line and indicate the approximate date, if known.

(Si ha tenido cualquiera de los siguientes vacunas, verifica por favor la línea apropiada y indica la fecha aproximada, si es conocido.)

- | | | |
|-------------------|--------------------|---|
| ____ Flu _____ | ____ Tetanus _____ | ____ "Pneumonia shot" or Pnemovax _____ |
| <i>(La Gripe)</i> | <i>(Tétano)</i> | <i>(Pulmonía o "Pneumovax")</i> |
-

FAMILY HISTORY
HISTORIA DE LA FAMILIA

If any blood relative has suffered any of the following – please check the appropriate condition and indicate which relative. *(Si alguno de su familia ha sufrido de cualquiera de los siguientes enfermedades, verifica por favor la condición apropiada y indica cual pariente).*

Heart Attack _____
(Ataque de Corazón)
Stroke _____
(Ataque de la Apoplejía)
Cancer _____
(Cáncer)
Diabetes _____
(Diabetes)
Epilepsy _____
(Epilepsia)

Lung Disease _____
(Enfermedad de los Pulmones)
Arthritis _____
(Artritis)
Glaucoma _____
(Glaucoma)
Hypertension _____
(Hipertensión)
Other Serious Illness _____
(Otra enfermedad grave)

Married _____ Single _____ Divorced _____ #of children _____ Ages _____
(Casado) (Soltero) (Divorciado) (Número de niños) (Las edades)

Do you smoke? _____ How many Years? _____
(Fuma?) (Por cuantos años?)

Do you Drink Alcohol? _____ Heavy _____ Moderate _____ Light _____
(Bebe alcohol?) (Mucho) (Moderado) (Leve)

Have you ever used illegal drugs? Yes _____ No _____
(Alguna vez has usado drogas ilegales) (si) (no)

Religious Preference _____
(Preferencia Religiosa)

PREFERRED LANGUAGE _____
(LENGUA PREFERIDA)

MEDICAL HISTORY
HISTORIA MEDICA

Do you currently have any of these symptoms?

Please check the appropriate answers below. Do not skip questions. (*Verifica por favor las respuestas apropiadas abajo. No omita cualquiera pregunta.*)

YES SI	NO NO	YES SI	NO NO	YES SI	NO NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fatigue <i>(Fatiga)</i>		Chest pains <i>(Dolores en el pecho)</i>		Numb Arms/Legs <i>(Adormecimiento en los brazos/piernas)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sudden Weight Loss <i>(Perdida repentina del peso)</i>		Swollen Ankles <i>(Tobillos Hinchados)</i>		Memory Loss <i>(Perdida de la memoria)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ear infections <i>(Infecciones de la oreja)</i>		Palpitations <i>(Palpitaciones)</i>		Headaches <i>(Dolores de cabeza)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Loss of Hearing <i>(Perdida de oído)</i>		Irregular Pulse <i>(Pulso irregular)</i>		Insomnia <i>(Insomnio)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ringling in the ear <i>(Infecciones de la oreja)</i>		Hypertension <i>(Hipertensión)</i>		Nervousness <i>(Nerviosidad)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bad Vision <i>(Mal Visión)</i>		Heart Murmur <i>(Murmullo del Corazón)</i>		Depression <i>(Depresión)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eye Infections <i>(Infecciones en los ojos)</i>		Indigestions <i>(Indigestión)</i>		Moodiness <i>(Mal humor)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Double Vision <i>(Doble Visión)</i>		Loss of Appetite <i>(Perdida del apetito)</i>		Phobias <i>(Fobias)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eye Pain <i>(Dolor en el ojo)</i>		Constipation <i>(Estreñimiento)</i>		Hernia <i>(Hernia)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sinus Trouble <i>(Problema de sinusitis)</i>		Diarrhea <i>(Diarrea)</i>		Back pain <i>(Dolor de la espalda)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nose Bleeds <i>(Hemorragias Nasales)</i>		Blood in Urine <i>(Sangre de la orina)</i>		Joint Pain <i>(Dolor de articulaciones)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sore Throat <i>(Dolor de garganta)</i>		Frequent Urination <i>(Orinar frecuente)</i>		Rashes <i>(Sarpullidos)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cough <i>(Tos)</i>		Hemorrhoids <i>(Hemorroides)</i>		Allergies <i>(Alergias)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hoarseness <i>(Ronquera)</i>		Dizzy Spells <i>(Mareos)</i>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Shortness of Breath <i>(Falta de Alimento)</i>		Fainting Spells <i>(Ratos de desmayos)</i>		

**WOMEN
MUJERES**

Age you first started having periods _____
(La edad que primero comenzó su ciclo menstrual)

Date of last period _____
(La fecha del último regla que tuvo)

Flow _____ Heavy _____
(El Flujo) (Grueso)

Moderate _____
(Moderado)

Light _____
(Leve)

Days of Flow _____
(Días de Flujo)

Length of cycle _____
(Duración del ciclo)

Do you have pain or cramps during your periods? _____
(Tiene dolor o calambres durante su regla?)

Number of Pregnancies _____
(Número de embarazos)

Number of Live Births _____
(Número de nacimientos vivos)

Number of Miscarriages _____
(Número de abortos involuntarios)

Are you a nursing mother? _____
(Eres una madre que lacta?)

Birth Control Method _____
(Método del control de la natalidad)

Date of last Mammogram _____
(Fecha del último mamograma)

Date of last PAP Smear _____
(Fecha del último examen de Papanicolaou)

Have you ever had an abnormal PAP smear or Mammogram? _____ Yes _____ No
(He tenido una mamograma o examen del Papanicolaou que fue anormal? (Si) (No)

**WHAT HEALTH PROBLEMS NEED TO BE ADDRESSED TODAY?:
(QUÉ PROBLEMAS DE SALUD DEBEN SER DIRIGIDAS HOY)**

1. _____
2. _____
3. _____

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS ABOUT THIS FORM, OR IF THERE IS OTHER INFORMATION WHICH YOU HAVE AND WHICH YOU FEEL MIGHT BE IMPORTANT, PLEASE DISCUSS IT WITH YOUR DOCTOR. (Si usted tiene cualquier pregunta sobre esta forma, o si hay otra información que usted tiene y que usted siente quizás sea importante, por favor hable con su doctor).

ALSO, IF ANY OF THE INFORMATION WHICH YOU MAY HAVE PROVIDED SHOULD CHANGE, YOU SHOULD INFORM THE DOCTOR. (También, si cualquiera de la información que usted ha proporcionado debe cambiar, usted debe informar al doctor.)

NAME: _____
(Nombre)

DATE: _____
(Fecha)



**Pueblo
Community
Health Center**

Pueblo Community Health Center, Inc.
110 East Routt Avenue
Pueblo, CO 81004
719-543-8711 Phone 719-543-0171 Fax

Autorización para Usar y Divulgar Información de Salud Protegida

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Medical Record # _____

Dirección: _____

Teléfono _____ Dirección de Correo Electrónico _____

Yo, _____, autorizó **Pueblo Community Health Center, Inc.** de **Liberar / Recibir** mi expediente medico
(Paciente o Representante Legal) (Circule Uno)

Para / De (Circule Uno)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Sólo la siguiente información específica: Otro _____ **Fecha (s) de Servicio:** _____

- O:**
- Todo el Expediente Médico y para fecha (s) especificadas para servicios: De: _____ Hasta: _____
(“Presente” es igual de la fecha de su firma)
- Salud de Comportamiento y para fecha (s) especificadas para servicios: De: _____ Hasta: _____
(“Presente” es igual de la fecha de su firma)
- Dental y para las fecha (s) especificadas para servicios: De: _____ Hasta: _____
(Presente” es igual de la fecha de su firma)

Información debe ser liberado por: Papel Electrónico

Entiendo que la información revelada de acuerdo con esta autorización puede incluir la información que se relaciona con lo siguiente, **a menos que específicamente restringido a continuación:**

- Psicológico/condiciones psiquiátricas
- Diagnóstico del VIH/SIDA y/o pruebas
- Pruebas genéticas
- Abuso de drogas y/o alcohol diagnóstico y/o tratamiento
- Diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual y/o pruebas

Liste cualquier restricción: _____

El propósito de la divulgación es: _____

Re divulgación de Información: Entiendo que dé en cuanto se divulga información de acuerdo con esta autorización con el Acto de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro médico de 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. Partes 160 and 164, protegiendo la información de salud puede no aplicarse al destinatario de la información y, por lo tanto, no puede prohibir al destinatario de volver a divulgarla. Otras leyes, sin embargo, pueden prohibir la revelación.

Derecho a Negarse de Firmar esta Autorización: Tengo entendido que en general la(s) persona(s) y/o organización(s) mencionadas a quién autorizo para usar y/o revelar que mi información puede no condicionar mi tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios de atención médica sobre mi decisión a firmar esta autorización.

Derecho de Revocar: Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto En la medida en que se han tomado medidas con la confianza, o a menos que den esta autorización como una condición de obtener la cobertura de seguro médico Y el asegurador tiene el derecho legal para impugnar la política o una reclamación bajo la política. Para revocar esta autorización, proporcionaré al Departamento de registros médicos, en el anterior listado oficina del proveedor médico y de salud con una revocación escrito.

Derecho a Inspeccionar: Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información de la salud que he autorizado a ser utilizada o divulgada por esta forma de autorización.

Derecho de Recibir una Copia de Autorización: Entiendo que, si estoy de acuerdo en firmar esta autorización, me deben proveer con una copia firmada de esta forma si lo solicito.

Fecha de Expiración: Esta autorización está en efecto para (90) días (Entiendo que a menos que proporcione una revocación escrita en una fecha anterior).

Firma del Paciente o Representante(s) legal(es): _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

Nombre(s) en letras de Imprenta: _____ Relación al Paciente: _____
(Si firmado por otro(s) que el Paciente)

Staff Initials _____