

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 ☐ Inglés ☐ 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 ☐ Hispano ☐ Afro-Americano ☐ Anglo Americano ☐ Otro: _____		Correo Electrónico (email)		Sexo ☐ F ☐ M	
Identidad de Género ☐ Femenina ☐ De Mujer a Hombre/Hombre Transgénero/Hombre Trans ☐ De Hombre a Mujer/Mujer Transgénero/Mujer Trans ☐ Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino		☐ Masculino ☐ Elige no divulgar ☐ Categoría de género adicional u otra, por favor especifique: _____			
Orientación Sexual ☐ Bisexual ☐ Lesbiana, gay u homosexual ☐ Elige no divulgar		☐ Algo más, por favor describa: _____ ☐ No sé ☐ 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				Subscritor			
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: _____

Patient Information Form

CSVSV Form# 1000

Revised 12/2022



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. **Demostrar 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



HISTORIA MEDICA DE ADULTO (PARA PERSONAS MAYORES DE 16 AÑOS)

Apellido(s)	Nombre	Inicial 2º Nombre	Fecha de Nacimiento	MRN (Para uso de la oficina)	Fecha
Hospitalizaciones Pasadas con Fecha y Razón (incluyendo parto y cirugías)					
Medicinas					
Identidad de Género ☐ Masculino ☐ Femenina ☐ De Mujer a Hombre/Hombre Transgénero/HombreTrans ☐ De Hombre a Mujer/Mujer Transgénero/Mujer Trans ☐ Otro ☐ Elige no divulgar		Orientación Sexual ☐ Heterosexual (no lesbiana, gay u homosexual) ☐ Bisexual ☐ Lesbiana, gay u homosexual ☐ Algo más ☐ No sé ☐ Elige no divulgar			

¿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 tenido una reacción adversa a cualquiera de los siguientes:

☐ Anestésicos Locales ☐ Penicilina ☐ Yodo (Iodine) ☐ Sulfonamidas ☐ Aspirina ☐ Codeína / Otros Narcóticos ☐ Látex/Hule/Goma
☐ 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 Comentarios _____

¿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 - (Indique la fecha si la conoce)

	Año		Año	Solo para mujeres:	Año
☐ Cirugía cardíaca (Angioplastia)		☐ Cirugía intestinal: ☐ Intestino delgado ☐ Colon (Resección de intestino delgado)		☐ Implante/ reducción de mamas (Mamoplastia de aumento)	
☐ Apéndice removido (Apendicectomía)		☐ Reemplazo de cadera		☐ Ligadura de trompas bilateral	
☐ Cirugía de espalda (columna vertebral)		☐ Reemplazo/cirugía de rodilla		☐ Biopsia/cirugía de mama	
☐ Cirugía del túnel carpiano		☐ Marcapasos		☐ Cesárea	
☐ Cirugía de cataratas		☐ Remoción de tiroides (Tiroidectomía)		☐ Legrado uterino (D y C)	
☐ Remoción de vesícula biliar (Colecistectomía)		☐ Remoción de amígdalas (Amigdalectomía)		☐ Histerectomía: ☐ Abdominal ☐ Vaginal ☐ Ovarios conservados ☐ Ovarios removidos	
☐ Cirugía abdominal (Colectomía)					
☐ Cirugía de úlcera gástrica (Colostomía)					
☐ Bypass gástrico / Banda gástrica		Solo para hombres: ☐ Vasectomía		☐ Extirpación de mama (mastectomía)	



☐ Reparación de hernia

☐ Cirugía de próstata

☐ Extirpación de tumor benigno / fibroma (Miomectomía)

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

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Alergias _____ | ☐ Enfermedad de Crohn / colitis | ☐ VIH / SIDA _____ | ☐ Prótesis / implantes |
| ☐ Anemia | ☐ Depresión _____ | ☐ Latido cardíaco irregular | ☐ Trastorno convulsivo |
| ☐ Ansiedad | ☐ Diabetes _____ | ☐ Enfermedad intestinal irritable | ☐ Problemas sinusales |
| ☐ Artritis | ☐ Próstata agrandada (Hiperplasia prostática benigna) | ☐ Enfermedad renal | ☐ Terapia Esteroides |
| ☐ Asma / Enfermedad Pulmonar | ☐ Enfermedad de la vesícula biliar | ☐ Enfermedad hepática | ☐ Úlceras estomacales |
| ☐ Arteria bloqueada | ☐ Reflujo gástrico / ácido (ERGE) | ☐ Migrañas | ☐ Ictus |
| ☐ Coágulos de sangre | ☐ Ataque cardíaco | ☐ Otro cáncer _____ | ☐ Enfermedad de tiroides |
| ☐ Marcapasos cardíaco _____ | ☐ Hepatitis | ☐ Cáncer oral | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Dolor en el pecho (<i>angina de pecho</i>) | ☐ Presión arterial alta _____ | ☐ Trasplante de órgano | ☐ Atención psiquiátrica |
| ☐ Problemas pulmonares crónicos (EPOC) | ☐ Colesterol Alto _____ | | ☐ Enfermedad venérea |

HISTORIA DENTAL (Complete solo si es una cita dental)

- | | |
|--|---|
| ¿Ha tenido sangrado anormal asociado con extracciones previas, cirugías o traumatismos? | ☐ No ☐ Sí |
| ¿Ha tenido cirugía o tratamiento con rayos X por un tumor, crecimiento u otra condición en su boca o labios? | ☐ No ☐ Sí |
| ¿Uso hilo dental? | ☐ No ☐ Sí |
| ¿Le sangran o le duelen sus encías? | ☐ No ☐ Sí |
| ¿Se le queda comida atrapada entre los dientes? | ☐ No ☐ Sí |
| ¿Aprieta o rechina sus dientes? | ☐ No ☐ Sí |
| ¿Ha experimentado dolor o molestia en los músculos de la cara o alrededor del oído? | ☐ No ☐ Sí |
| ¿Le suena o truena la mandíbula? | ☐ No ☐ Sí |
| ¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día? | ☐ Una vez ☐ Dos veces ☐ Tres veces |
| ¿Alguno de sus dientes es sensible a: | ☐ Caliente ☐ Frio ☐ Dulce ☐ Presión |

ANTECEDENTES FAMILIARES

Escriba el familiar a lado de la condición. Por ej: Artritis: Mama

- | | |
|---|---|
| ☐ Artritis: _____ | ☐ Diabetes: _____ |
| ☐ Enfermedad cardíaca: _____ | ☐ Presión arterial alta: _____ |
| ☐ Accidente Cerebrovascular (ACV): _____ | ☐ Enfermedad mental: _____ |
| ☐ Cáncer: _____ | ☐ Enfermedad renal: _____ |

Solo para mujeres:

- | | |
|--|---|
| Numero de Embarazos: <input type="text"/> | Numero de abortos: <input type="text"/> |
| Número de partos vaginales: <input type="text"/> | Número de abortos espontáneos: <input type="text"/> |
| Número de partos por cesárea: <input type="text"/> | Número de partos prematuros: <input type="text"/> |
| ¿Tuvo diabetes durante su embarazo? | ☐ No ☐ Sí |
| ¿Utiliza algún método anticonceptivo | ☐ No ☐ Sí, ¿cuál? _____ |
| ¿Está embarazada actualmente? | ☐ No ☐ Sí, Fecha estimada de parto: _____ |
| ¿Está amamantando actualmente? | ☐ No ☐ Sí |

Hábitos

Alcohol: ☐ Ninguno ☐ Anteriormente ☐ Actual: Actual: ¿Cuántos tragos/día? _____ frecuencia/semana _____

¿Qué tipo? _____

Tabaco: ¿Usa tabaco o productos de tabaco regularmente, ocasionalmente o recreativamente? ☐ Ninguno ☐

Anteriormente ☐ Actual: ¿Mastica o fuma? _____ ¿Cuántos en un día? _____ ¿Desde qué año? _____

¿Alguien fuma en su casa? ☐ No ☐ Sí



Cafeína: ☐ No ☐ Sí: ¿Qué tipo? _____ ¿Cuántos en un día? _____

Otras drogas recreativas o de la calle: ☐ Ningun ☐ Anteriormente ☐ Actual: ¿Qué tipo? _____ ¿Cuántos en un día? _____

¿Hace ejercicio? ☐ No ☐ Sí ¿Cuánto? _____

Historia Social:

Trabajo: ☐ Empleado(a) ☐ Desempleado(a) ☐ Retirado(a) ☐ Discapacitado(a)

Ocupación actual _____ ¿Está expuesto(a) a productos químicos en su trabajo? ☐ No ☐ Sí

Si sí ¿que tipo? _____

Estado Civil: ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Pareja de hecho

Educación/ grado terminado: _____ ¿Tiene casa propia? ☐ No ☐ Sí ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

¿Tiene familia viviendo en esta zona? ☐ No ☐ Sí ¿Tiene alguna afiliación religiosa? ☐ No ☐ Sí

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Clinician's Signature: _____ Date: _____

Provider COMMENTS: ASA ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Medical Clearance Request ☐ Yes ☐ No