



**Paquete para pacientes nuevos - Clínica de practica familiar**

**Información del paciente**      *\*\*Esta es información de salud protegida\*\**

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo legal asignado al nacer:  Masculino  Femenino

Pronombres: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino  No binario  Transgénero Femenino  Transgénero Masculino  Otro \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Portal de paciente?  sí  No

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

**Otros datos demográficos**

Idioma: \_\_\_\_\_

Raza:  Indio americano o nativo de Alaska  asiático  negro o afroamericano  Nativo de Hawai o Otra isla del Pacífico  Blanco  se niega a responder  Otro: \_\_\_\_\_

Etnicidad:  hispano o latino  No Hispano o Latino  se niega a responder

**Contacto de emergencia**

Primer nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**preferencia de comunicacion**

¿Cómo prefiere recibir nuestra comunicación verbal? Por favor, marque lo que se aplica a usted.

	llamar a que telefono	¿Está bien dejar un mensaje?
Información de la cita	<input type="checkbox"/> Célula <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información de su proveedor	<input type="checkbox"/> Célula <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información financiera	<input type="checkbox"/> Célula <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



# CASCADE MEDICAL

PARTNERS IN YOUR HEALTH

Escriba el número de teléfono que desea que usemos para los recordatorios de citas: \_\_\_\_\_

¿Te gustaría recibir recordatorios por mensaje de texto?  Sí  No

**Garante del seguro (si es diferente del paciente)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Indique brevemente sus principales preocupaciones con respecto a su salud.**

**Otros proveedores que lo tratan actualmente, incluidos los especialistas**

Nombre del proveedor	Instalaciones	Información del contacto

Farmacia preferida y ubicación: \_\_\_\_\_

Enumere todas las alergias y reacciones adversas a medicamentos y alimentos y la reacción que experimentó

Alergia / Reacción Adversa	Reacción

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos suplementos, ungüentos y hierbas junto con la dosis del medicamento y la frecuencia con la que lo toma.

Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia con la que toma el medicamento



Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia con la que toma el medicamento

**Historial médico**

Enumere sus problemas médicos y el mes y año aproximados en que comenzaron

Condición	Mes y año de inicio

Enumere las cirugías, lesiones y hospitalizaciones con la fecha aproximada

Cirugía/ Lesión/ Hospitalización	Fecha

**Antecedentes familiares Problemas médicos**

Pariente	Vivir	Edad o edad al morir	Por favor enumere cualquier problema de salud
Padre	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No		
Madre	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No		
Hermano	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No		
Hermano	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No		
Hermana	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No		
Hermana	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No		

**Historial de salud reproductiva**

Edad del primer período: \_\_\_\_\_ Edad de la menopausia si corresponde: \_\_\_\_\_



# CASCADE MEDICAL

PARTNERS IN YOUR HEALTH

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

Centro donde se realizó: \_\_\_\_\_

Historial de prueba de Papanicolaou anormal:  Sí  No    Historial de control de la natalidad:  Sí  No

Número de embarazos: \_\_\_\_\_    Número de nacidos vivos: \_\_\_\_\_

Antecedentes de embarazos ectópicos:  Sí  No

Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual:  Sí  No

Antecedentes de cáncer de órganos reproductivos:  Sí  No    Antecedentes de infertilidad:  Sí  No

Historial de exposición a toxinas ambientales u ocupacionales:  Sí  No

### vacunas

¿Necesita vacunas actualizadas?  Sí  No

¿Qué vacunas necesita? \_\_\_\_\_

### Cuidado preventivo

Si se ha realizado las evaluaciones a continuación, documente la fecha de la última evaluación y el lugar donde se completó.

Poner en pantalla	Fecha de la última proyección	Ubicación de la última proyección	Resultados
Mamografía			
Prueba de Papanicolaou			
Densidad ósea (DEXA)			
Aneurisma Abdominal (AAA)			
Examen de la vista			
colonoscopia			
Prueba FIT de heces			
Cologuard			
Detección de hepatitis C			
Detección de VIH			
Prueba genética			

### Historia Social, Educativa y Laboral

¿Eres fumador actual?  sí  No

En caso afirmativo: ¿A qué edad comenzó?: \_\_\_\_\_

¿Eres un ex fumador?  sí  No

En caso afirmativo: ¿En qué año renunció?: \_\_\_\_\_



# CASCADE MEDICAL

PARTNERS IN YOUR HEALTH

¿Cuántos paquetes al día fuma ba/fuma? \_\_\_\_\_

¿Cuántas onzas de alcohol bebes al día? \_\_\_\_\_ Qué tipos)? \_\_\_\_\_

¿Utiliza drogas recreativas? Sí No En caso afirmativo, ¿cuáles y frecuencia? \_\_\_\_\_

## Cuestionario de detección de determinantes sociales de la salud

### Situación de vida

1. ¿Cuál es su situación de vida actual?
  - Actualmente tengo un lugar para vivir
  - Tengo un lugar para vivir en este momento, pero estoy preocupado por el futuro
  - Actualmente no tengo un lugar para vivir
2. ¿Problemas donde vives?
  - Plagas, como insectos, hormigas o ratones.
  - Moho
  - Pintura o tuberías con plomo
  - falta de calor
  - El horno o la estufa no funcionan
  - Faltan detectores de humo o no funcionan
  - Faltan detectores de monóxido de carbono o no funcionan
  - Fugas de agua
  - Pisos/escaleras inseguros
  - Iluminación inadecuada
  - Sin problemas conocidos

### Utilidades

1. En los últimos 12 meses, ¿sus servicios públicos han estado en peligro de ser cortados?
  - Sí
  - No
  - ya apagado

### Transportación

1. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido falta de transporte que le impidió acudir a citas médicas, reuniones, trabajar o conseguir las cosas necesarias para la vida diaria?
  - Sí
  - No



### **Estrés financiero**

1. ¿Qué tan difícil es para usted pagar lo básico como comida, vivienda, atención médica y calefacción?
  - Muy duro
  - Difícil
  - algo difícil
  - no muy difícil
  - Negarse a contestar
  - No aplica

### **Alimento**

1. En los últimos 12 meses, ¿ha temido que se le acabara la comida antes de poder comprar más?
  - A menudo cierto
  - a veces cierto
  - Nunca es verdad
2. En los últimos 12 meses, la comida no duraba hasta que tenía dinero para comprar más.
  - A menudo cierto
  - A veces cierto
  - Nunca es verdad

### **Empleo**

1. ¿Quiere ayuda para encontrar o mantener un trabajo o un trabajo?
  - Sí, ayuda a encontrar trabajo.
  - Sí, ayuda para mantener el trabajo.
  - No necesito ni quiero ayuda

### **Seguridad personal - Otro abuso**

1. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares, amigos y otras personas, lo lastima físicamente?
  - Nunca
  - Poco frecuentemente
  - Algunas veces
  - Frecuentemente
  - Con frecuencia
  - se negó a responder
2. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares, amigos y otras personas, lo insultan o lo desprecian?
  - Nunca
  - Poco frecuentemente
  - Algunas veces
  - Frecuentemente



# CASCADE MEDICAL

PARTNERS IN YOUR HEALTH

- Con frecuencia (continúa en la página siguiente)
  - se negó a responder
3. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares, amigos y otras personas, lo amenaza con hacerle daño?
- Nunca
  - Poco frecuentemente
  - Algunas veces
  - Frecuentemente
  - Con frecuencia
  - se negó a responder
4. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares, amigos y otras personas, le grita o le maldice?
- Nunca
  - Poco frecuentemente
  - Algunas veces
  - Frecuentemente
  - Con frecuencia
  - se negó a responder

## Seguridad personal – Armas de fuego

1. ¿Armas de fuego en el hogar?
- Sí
  - No
  - Desconocido
  - se negó a responder



# CASCADE MEDICAL

PARTNERS IN YOUR HEALTH

Sobre el **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

	De nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso, ansioso o al borde	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. No ser capaz de detener o controlar la preocupación.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Preocuparse demasiado por cosas diferentes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Problemas para relajarse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Enfadarse o irritarse con facilidad	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Sentir miedo, como si algo terrible pudiera suceder	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1. Poco interés o placer en hacer las cosas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Sentirse cansado o tener poca energía.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Falta de apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse a sí mismo de alguna manera	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Si marcó CUALQUIER problema, ¿cuán DIFÍCIL le han resultado estos problemas para hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en el hogar o llevarse bien con otras personas?				
<p>Nada difícil   Algo difícil   Muy difícil   Extremadamente difícil</p> <p><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/></p>				





## Consentimiento para atención médica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Liberación de información:* Cascade Medical (CM) puede divulgar todo o parte del registro del paciente a cualquier persona o corporación que sea o pueda ser responsable en virtud de un contrato con CM o con el paciente por la totalidad o parte de los cargos de CM, incluidos, entre otros, seguros empresas, agencias gubernamentales de salud, compensación laboral y/o empleadores.

*Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios del Seguro:* Por la presente autorizo el pago directamente a CM por el beneficio de CM que de otro modo se me pagaría a mí, pero que no exceda el cargo regular de CM por este período de servicio. Entiendo que soy financieramente responsable ante CM por los cargos no pagados en virtud de esta asignación. Si la cuenta se remite a una agencia de cobro para el cobro, yo, el abajo firmante, pagaré los gastos de cobro y los honorarios razonables de cobranza y de abogado.

Además, autorizo a CM a realizar la consulta que considere necesaria para confirmar cualquier cobertura y mi responsabilidad financiera, de cualquier tercero pagador o referencias financieras que pueda haber nombrado, y por la presente autorizo a esos pagadores y/o referencias a divulgar dicha información a CM. .

Aunque un reclamo de seguro puede estar pendiente, entiendo que puedo recibir un estado de cuenta cada mes si mi cuenta tiene un saldo pendiente. Además, entiendo que CM no puede aceptar la responsabilidad de cobrar mi reclamo de seguro o de negociar un acuerdo sobre un reclamo en disputa y que soy responsable del pago oportuno de mi cuenta y de todos los cargos por morosidad que resulten de la falta de pago oportuno de esa cuenta.

El abajo firmante acuerda, ya sea que firme como agente o como paciente, que en consideración de los servicios a ser prestados al paciente, por la presente se obliga individualmente a sí mismo a pagar la cuenta, así como obligar al paciente, y CM puede mirar a uno o ambos para el pago.

Si la tarjeta de seguro no está disponible, escriba sus iniciales según corresponda:

\_\_\_\_\_ Enviaré por fax/correo o llevaré mi tarjeta a CM

\_\_\_\_\_ Entiendo que hasta que no traiga mi tarjeta, se me facturará

*Consentimiento para atención médica:* Por la presente acepto que el paciente está bajo el control de su proveedor de atención médica y el suscrito da su consentimiento para cualquier tratamiento o servicio de hospital/clínica prestado al paciente bajo las instrucciones generales y especiales de su proveedor de atención médica.

*Pacientes de Medicare:* Certificación del paciente, autorización para divulgar información y solicitud de pago: Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios, o proveedores, cualquier información necesaria para este o un reclamo de Medicare relacionado. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o garante

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

---

**Negativa a firmar: el paciente se niega a firmar este documento.**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Recepcionista

\_\_\_\_\_  
Testigo

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR O DIVULGAR  
INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA**



**CASCADE MEDICAL**  
PARTNERS IN YOUR HEALTH

**Nombre legal del paciente:**

**Fecha de nacimiento:**

Nombre(s) anterior(es): \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Solicito y autorizo a CASCADE MEDICAL ubicado en 817 Commercial Street, Leavenworth, WA 98826 a que  **Divulgue**  **Solicite** mi información de atención médica a la(s) siguiente(s) entidad(es) (en caso de ser más de 2, utilice la parte posterior del formulario para incluirlas):

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

**O me la envíen a través de correo postal, entrega en la recepción (marque una) O por correo electrónico:**

\_\_\_\_\_ **Escriba con letra de imprenta**

**Información atención médica a ser divulgada o solicitada:**

**Rango de fechas** \_\_\_\_\_ **Tipos de expediente:**  Sala de emergencia  Resultado(s) de laboratorio  
 Vacunas  Notas de consulta del proveedor  Expedientes de diagnóstico e imágenes  Expedientes de hospitalización (incluye resumen del alta, historia e informes físicos, operativos y de procedimiento)  Consultas  Colonoscopia y patología  
 Electrocardiogramas – **TODOS**  Informes de PAP y patología - **TODOS**  Fisioterapia/Terapia Ocupacional/Terapia del habla  
 Informes de facturación  Otro: \_\_\_\_\_

**Informes con protección especial:** Existen leyes estatales y federales que protegen determinada información de atención médica. Comprendo que, a menos que se indique o especifique lo contrario aquí, una solicitud para comunicar o divulgar los informes/información de atención médica puede incluir información sobre el diagnóstico y/o tratamiento del VIH (virus del SIDA), otras enfermedades de transmisión sexual, abuso de alcohol y/o drogas, terapia conductual, enfermedad mental o tratamiento psiquiátrico, abuso sexual o violación, violencia doméstica, información genética, información sobre adopción, informes del servicio social, comunicaciones enviadas a un trabajador social. En caso de que la información anterior se aplique a su caso usted **debe** marcar **SÍ** o **NO** para indicar si desea que se comunique la siguiente información:

Informes sobre abuso de alcohol, drogas o abuso de sustancias  Sí  No  
Pruebas y resultados de VIH/SIDA  Sí  No  
Informes sobre salud mental y psicoterapia  Sí  No

**Al firmar esta autorización entiendo que:**

- Las solicitudes de copias de informes médicos están sujetas a costos de reproducción según la ley federal/estatal. Tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento. La cancelación se debe hacer por escrito y presentada o enviada a Cascade Medical ubicado en 817 Commercial Street, Leavenworth, WA 98826. La cancelación no se aplica a la información/informes que ya hayan sido emitidos según esta autorización. Cascade Medical no se hace responsable de ninguna redivulgación no autorizada de mi información atención médica por terceros, incluyendo por la persona o instalación que reciba los informes solicitados con esta autorización.
- Esta autorización vence 1 año a partir de la fecha en que se firma a menos que la cancele antes de ese tiempo y no estoy obligado a firmar esta autorización. Asimismo, puedo solicitar una copia de la misma. Entiendo que el uso de correo electrónico es de mi propio riesgo.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Vínculo con el paciente: \_\_\_\_\_

Cascade Medical Center HIM Fax # 509-548-2524 correo electrónico [medrec@cascademedical.org](mailto:medrec@cascademedical.org)

Versión: Febrero de 2020

SOLO para uso de CM

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_

Verificación del ID: \_\_\_\_\_



**CASCADE MEDICAL**  
PARTNERS IN YOUR HEALTH

817 Commercial Street, Leavenworth, WA 98826 • phone: 509-548-5815 • fax: 509-548-1605

## Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente reconozco que he recibido una copia del  
Aviso de prácticas de privacidad de Cascade Medical Center.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación  
(padre/madre, tutor legal, representante personal,  
etc.)