



INGRESO MENSUAL

Ingreso Mensual (total) \$ _____ Fuente del Ingreso _____

ETNICIDAD (Marque uno)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asiática | <input type="checkbox"/> Afro americana |
| <input type="checkbox"/> Caucásica | <input type="checkbox"/> Hispana |
| <input type="checkbox"/> India Americana | <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> No estoy seguro / declino de responder | |

¿Cómo supo de esta clínica?

¿Podemos llamarle para recordarle de sus citas? Sí No

¿Tiene seguro médico? Medicaid / Medicare / Comercial / Algún Otro

Nombre/Dirección _____

RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACIONES

Entiendo que al recibir los servicios médicos (para mi o mi familia) estoy aceptando la responsabilidad por el pago de los cargos. A pesar de lo que cubre el seguro, entiendo que tengo que pagar mi porción de la cuenta al momento del tratamiento. Autorizo que se de cualquiera información que sea necesaria para procesar los reclamos. También autorizo que el pago de los beneficios médicos vaya directamente a la Clínica Inner City.

Autorizo que los empleados médicos de la Clínica Inner City puedan administrar todas formas del tratamiento, los medicamentos y la terapia que sean necesarias. Entiendo también que el uso de la anestesia trae cierto riesgo.

Al firmar este documento, verifico que la información anterior es correcta y notificaré a la Clínica Inner City si mi situación financiera cambia. Educación: Anos de la escuela

Firma _____ Fecha _____

inner city

HEALTH CENTER

Fecha _____

Nombre _____ Edad _____ Soltero/a Divorciado/a Casado/a Viudo/a

Ocupación _____ Iglesia/Religión _____

Educación: Años de la escuela primaria _____ de la escuela secundaria _____ de la universidad _____

La fecha del último examen completo: _____

HISTORIA DE LA FAMILIA

Alguno de sus parientes ha tenido (circule):

Cáncer	no	si
Tuberculosis	no	si
Diabetes	no	si
Problemas del corazón	no	si
Presión arterial alta	no	si
Derramé cerebral	no	si
Convulsiones	no	si
Problemas mental	no	si

Nótese: Este es un documento confidencial de su historia medical y será guardado en esta oficina. Información no será dado a ninguna persona sin su permiso.

HA TENIDO UD (Circule)

Dolor del pecho	no	si
Problemas del corazón	no	si
Asma	no	si
Problemas del estómago, intestinos	no	si
O ulceras		
Diabetes	no	si
Ha ganado o perdido peso en	no	si
Los ultimos 6 meses		
Presión arterial alta	no	si
Toma bebidas alcohólicas?	_____ cantidad por semana _____	
Fuma?	_____ cuantas cajas por dia? _____	
Tiene relaciones sexuales?	No	si
Ha tenido enfermedades venerias?	No	si
Toma pastillas anticonceptivas?	No	si
Que medicinas toma usted?	_____	

MUJERES:

La menstruación

Edad de su primer regla _____
 Es regular no si
 Cuántos días dura su regla? _____
 Con cual frecuencia viene su regla? _____ días
 Dolores cólicos no si
 Fecha del último regla _____

Embarazos

Cuántos embarazos? _____
 Cuántos niños nacieron vivos? _____
 Cuántos abortos involuntarios? _____
 Cuántos abortos voluntarios? _____
 Cuántas prematuras? _____
 Cuántas cesarías? _____
 Algunas complicaciones en
 Los embarazos? no si

Cirugias:

Apendectomía	no	si
Otra	no	si
Estaba internado una noche	no	si
En el hospital		
Alergia a alguna medicina	no	si
Cáncer	no	si
Problemas de los riñones	no	si
O de orinar		
Depresión	no	si

numero de compañeros/as _____

Usa usted remedios tradicional de su país? no si

**Acknowledge of Receipt of
Notice of Privacy Practices**

I have received this office's Notice of Privacy Practice, which explains how my medical information may be used and disclosed. I understand that I am entitled to receive a copy of this document.

Signature of Patient or Patient's Representative

Date

This form is to be placed in the Patient's medical file. This form is to be retained for a minimum of six years. Should the Patient choose not to sign this form, please comment below as to why the Patient did not sign and then place this form in the Patient's medical file.

Comments (if Applicable):

Form received by:

Name

Date



Reglas De Las Citas

Porfavor De Leer Con Cuidado

Con el respeto de nuestros pacientes, les pedimos que sigan las reglas de las cancelaciones de las citas. Si el paciente no se comunica con la clinica Inner City Health Center 24 horas antes de la cita, sera tratada como una falta y sera tratada con las instrucciones.

Que estan abajo.

- cadavez que el paciente falte a una cita sera registrada en el expediente.
- Si un Paciente Nuevo falta a la primera cita sera removido de la computadora y la forma de informacion sera destruida. Y el paciente tendra que registrarse otra vez.
- Si el paciente falta a una cita de 30 minutos o fisico se le cobrara \$10 dolares por faltar o cancelar el mismo dia de su cita. El paciente sera responsable de pagar no importa que tenga Medicaid o Aseguransa. No va poder hacer una cita asta que page.
- Despues de (3) faltas por familia, se le cobrara un pago de \$10 dolares y no se haran citas para la familia hasta que se cubra la cantidad
- Si siguen faltando a sus citas el Doctor revisara su expediente y decidir si le sigue dando cuidado en la Clinica Inner City Health Center.

Gracias por su cooperacion. Si tenen alguna prengunta sobre esta reglas por favor llame a Inner City Health Center 303-296-1767.

Yo e leido y entiendo las reglas y entiendo que es mis citas son mi responsabilidad.

Firma _____ Fecha _____



Fecha: _____

Contactos de emergencia:

Nombre _____ # telefónico _____

Nombre _____ # telefónico _____

Que idioma/s habla usted? _____

Que idioma prefiere usted? _____

Consentimiento para tratar a un menor de edad:

En caso de que el padre o la madre del menor no este disponible el menor puede se acompañado de alguna otra persona mayor de 18 anos, si usted desea poner alguna otra persona para traer a su hijo/a a las citas por favor de poner el nombre de esa/s personas debajo. Al firmar esta forma usted autoriza a la clínica Inner City Health Center de tratar y administrar todas las formas de tratamiento que su hijo/a necesite incluyendo vacunas, medicamentos o procedimientos. Las siguientes personas tienen mi permiso para traer a mi hijo/a:

Nombre _____

Relación con el menor _____

Nombre _____

Relación con el menor _____

Nombre _____

Relación con el menor _____

Firma _____ Fecha _____

Esta forma expirara un ano después de la firma inicial