

SANTA YNEZ TRIBAL HEALTH CLINIC

Nuevo Annual

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ I: _____ F. de Nacimiento: _____
 Genero: M F NSS#: _____ Casado/a Soltero Nino Otro: _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código: _____
 Teléfono: H _____ T _____ C _____ Mejor hora de llamar: 8a-12p 12p-5p

INFORMACION ETNICA Y DEL HOGAR

RAZA: Santa Ynez Chumash Otro Nativo Americano / Indio de Alaska: _____
 Otro Chumash: _____ Otro (no nativo): _____
 Afiliación Tribal: _____ Cantidad: 1/2 1/4 Otro: _____
 Apellido de Padre: _____ FDN: _____ Lugar de Nac.: _____ Tribu: _____
 Apellido de Madre: _____ FDN: _____ Lugar de Nac.: _____ Tribu: _____
 Ingresos mensuales (bruto): \$ _____ Tamaño de Familia: _____

INFORMACION DE EMPLEO

Lo siguiente es para: el Paciente esposo/a del Paciente otra persona responsable de pagar
 Nombre de empresario: _____ Ocupacion: _____ Numero de trabajo: _____
 Domicilio de Trabajo: _____ Ciudad: _____ Codigo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido: _____ Nombre: _____ Relacion al paciente: _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Codigo: _____
 Telefono: H _____ T _____ C _____ Mejor hora de llamar: 8a-12p 12p-5p

INFORMACION DE ASEGURANS Y FINANCIERO

INFORMACION DE ESPOSO/A O PERSONA RESPONSABLE DE PAGAR:

Lo siguiente es para: el Paciente esposo/a del Paciente otra persona responsable de pagar
 Apellido: _____ Nombre: _____ I: _____
 FDN: _____ NSS#: _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Codigo: _____
 Telefono: H _____ T _____ C _____ Mejor hora de llamar: 8a-12p 12p-5p

INFORMACION DE ASEGURANS:

Plan principal: _____ ID#: _____ #de Grupo: _____
 Apellido del asegurado: _____ Nombre: _____ I: _____ Fecha de Nac.: _____
 Relacion al paciente: Si mismo Espos/a Nino Otro: _____
 Plan secundario: _____ ID#: _____ #de Grupo: _____
 Apellido de asegurado: _____ Nombre: _____ I: _____ Fecha de Nac.: _____
 Relacion al paciente: Si mismo Espos/a Nino Otro: _____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Como condición de su tratamiento en la Clínica Tribal de Santa Ynez, arreglos financieros se tienen que hacer en avanzado. La clínica depende de el reembolso de los pacientes que Incurre del cuidado. La responsabilidad financiera del paciente tiene que ser determinado antes de empezar el tratamiento.

Pacientes con aseguransa entienden que los servicios proveídos serán cobrados directamente al paciente y que él/ella serán responsables de los pagos por los servicios. Esta oficina ayudara a preparar las formas para la aseguransa y asistir en coleccionar de las compañías de aseguransa y acreditaran su cuenta si se colecta algún pago. Sin embargo, esta clínica no puede prestar servicios con la suposición que los cargos serán pagados por completo por la compañía de aseguransa.

Una tarifa servicial de 1 1/2% por mes (18% anual) será cobrada a su balance no remunerado que sobrepasen 60 días, a menos que usted tenga un arreglo financiero.

En la consideración para los servicios profesionales hechos a mí, o conforme a mi petición, por el doctor, acuerdo pagar por lo tanto el valor razonable del doctor dicho de los servicios, o a su cesionario, cuando se hacen los servicios dichos. Convengo más lejos que el valor razonable de los servicios dichos estará según lo mandado la cuenta a menos que sea opuesto a, por mí, en la escritura, dentro de la época para el pago de eso. Convengo más lejos que una renuncia de cualquier abertura de en cualquier momento o condiciono abajo no constituiré una renuncia de cualquier término más otro o condicionar y acuerdo más lejos pagar todos los costes y honorarios razonables del abogado si el juego se Instituya abajo.

Concedo mi permiso usted o a su cesionario, para llamarme por teléfono en mi hogar o en mi trabajo para discutir las materias relacionadas con esta forma.

HE LEÍDO LAS CONDICIONES ANTEDICHAS DEL TRATAMIENTO Y DEL PAGO, Y CONVENGO SU CONTENIDO.

Firma del paciente/padre/guardián: _____ Fecha: _____ Relación al paciente: _____
 Firma de persona responsable por pagar / Partido responsable: _____ Fecha: _____ Relación al paciente: _____

STAFF USE ONLY: Address verified by Eligibility Specialist Signature: _____
 CHS or Direct Status verified Signature: _____

Santa Ynez Tribal Health Clínica
HISTORIAL MEDICO CONFIDENCIAL

Nombre: _____ Fecha _____ Idioma _____

Apellido _____ Nombre _____
Lugar de Nacimiento _____ Medico O Persona referente _____ Edad Masculino Femenino

Historial Medico: Favor de apuntar cualquier enfermedad significativa (alta presión, diabetes, cáncer, etc. o lastimaduras (fractura))

Historial de Cirugías: Favor de apuntar las cirugías y fecha de procedimiento.

Tipo de Cirugía	Fecha	Tipo de Cirugía	Fecha

Lista de Medicamentos: Favor de apuntar todos sus medicamentos, vitaminas, gotas de ojos, método anticonceptivo, suplementos de hierbas y cualquier otra medicina no-recetada.

Alergias

Ha tenido una reacción alérgica a algún medicamento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si, la ha tenido, apunte aquellas medicinas y describa como fue la reacción:	Tiene alguna otra alergia: (Picaduras de abejas, alimentos, etc.)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si, apunte la alergia y tipo de reacción:		
Medicinas	Reacción	Alergia	Reacción

Han tenido sus parientes cercanos las siguientes enfermedades?:

Alcoholismo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quien: _____	Edad: _____	Anemia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quien: _____	Edad: _____
Artritis	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quien: _____	Edad: _____	Asma	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quien: _____	Edad: _____
Sangramientó	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quien: _____	Edad: _____	Cáncer	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quien: _____	Edad: _____
Depresión	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quien: _____	Edad: _____	Diabetes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quien: _____	Edad: _____
Colesterol alto	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quien: _____	Edad: _____	Epilepsia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quien: _____	Edad: _____
Enfermo de riñón	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quien: _____	Edad: _____	Tiroides	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quien: _____	Edad: _____
Ataque al corazón	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quien: _____	Edad: _____	Presión alta	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quien: _____	Edad: _____
Tuberculosis	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quien: _____	Edad: _____	Embolio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quien: _____	Edad: _____

Historial Sexual

Esta teniendo relaciones sexuales? Si No Numero de parejas en el ultimo año: _____ Masculino _____ Femenino _____

Edad de su primera relación sexual: _____ Nueva pareja sexual en los 3 últimos meses? Si No

Le preocupa alguna infección transmitida sexualmente? Si No

Tiene su pareja alguna otra pareja del mismo sexo o del sexo opuesto? Si No

Usa su pareja drogas inyectables o esta ella/el en peligro de contraer VIH o Sida? Si No

Su pareja a sido tratada por dolor al orinar o desecho en la orina? Si No

Le preocupa o tiene alguna pregunta sobre abuso físico o abuso sexual? Si No

Ha tenido contacto de genital a genital? Si No

Ha tenido relación sexual vaginal? Si No

Ha tenido relación oral-genital? Si No

Atenido relación sexual anal? Si No

Tiene dolor cuando tiene relación sexual? Si No

Tiene o alguna vez ha tenido: Chlamydia Herpes Hongos Genitales Gonorrhea Syphilis Infertilidad

Historia Social**Marital Status:** Soltera/o Casada/o Viuda/o Separada/o Vive con su parejaTiene Hijos? Si No Si, si, cuantos? _____ Cuales son sus edades? _____

Que año de escuela completo? _____ Cual es su ocupación? _____

Donde o con quien vive? (Padres, amigos/as, calle, refugio, casa hogar, escuela, etc.) _____

Expuesta/o al Tabaco:Lo hace /o lo ha hecho? Fuma Cigarrillos? Si No Si, si, ___ paquetes por día, por ___ # de años.Fuma Cigarros? Si No Si, si, Con que frecuencia: _____Masca Tabaco: Si No Si, si, Con que frecuencia: _____Vive con alguien que fuma Si No Si, si, por cuantos años? _____

Si fumo o masco, cuando dejo de hacerlo? _____

Uso de Alcohol: Numero de bebidas alcohólicas que consumé por día: _____ en el pasado _____ # de años.

Bebida alcohólica de su preferencia: _____

Uso de Cafeína: Numero de tazas por día: Café ___ tazas/día tea ___ tazas/por día Coca-Cola ___ tazas/día.**Uso de Drogas:**Lo hace /o lo ha hecho Fuma Marijuana? Usa anfetamina? Fuma Crack? Se inyecta heroína? Usa Cocaína? Usa Ecstasy o alguna otra droga

Usa alguna otra droga inyectable (por favor

describa: _____

Si actualmente esta usando droga/s, por favor apunte el tipo de droga/s, con que frecuencia, y el método de uso.

Ejercicio: Que tipo de ejercicio hace? Caminar Correr Natación Pesas Otro _____

Cuantas horas por semana se ejercita? _____ /horas por semana.

Dietas:

Que tipo de dieta sigue: Regular, Atkins, etc.? _____

Viajes: Ha viajado fuera de los E.U.A en el último año? Si No Si, si, a donde?: _____**Historial de Inmunizacion**

Aproximadamente el año de su ultima inmunizacion/ o vacuna para lo siguiente (Si nunca, apunte no.)

Hepatitis A _____ Tétanos _____ Pneumococcus _____ Otro _____

Polio _____ Varicela _____ Measles/mumps/rubella _____ Otro _____

Hepatitis B _____ Influenza _____ Haemophilus, Influenza B _____ Otro _____

Prueba para la Tuberculosis TB _____ Positiva Negativo Si positivo, Cuando fue su ultima radiografía de el pecho? _____**Salud Preventiva**

Cuando fue su ultimo examen físico? _____

Cuando fue su ultimo examen dental? _____

Cuando fue su ultimo examen de la vista? _____

Usa lentes o lentes de contacto? Si NoUsa algún aparato para el oído? Si NoTiene algún impedimento Físico? Si No

Si, lo tiene por favor

describa: _____

Tiene actualmente un avance directivo o un poder autorizado para su cuidado medico? Si No

Si es así, quien sostiene este documento? _____

Firma del Paciente**Firma del Medico****Fecha****(Iniciales Y Fecha)**

CUESTIONARIO DE EVALUACION PARA TUBERCULOSIS

Fecha de hoy: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Su Nombre Completo: _____

1. ¿Ha tenido una prueba de tuberculosis (PPD por sus siglas en inglés)? Si No
¿Si lo tuvo, cuál es la fecha de la prueba más reciente? Fecha: _____
¿Cuál fue el resultado? Negativo Positivo
2. ¿Si su prueba fue positivo, cuál fue la fecha de la radiografía, del pecho, más reciente?
Fecha: _____ ¿Cuál fue el resultado? Negativo Positivo
3. ¿Ha recibido tratamineto para la tuberculosis o ha recibido tratamiento porque tuvo una prueba positivo? Si No
¿Si fue positive, cuál medicamento le recetaron? _____
¿Aproximadamente, cuál fue la fecha del tratamineto? De cuál fecha: _____ A cuál fecha: _____
4. ¿Fue expuesto a alguien con tuberculosis activo? Si No
5. ¿Ha vivido o trabjado en una clinical médica o hospital, en un asilo de personas sin hogar, establecimiento de desintoxicación para droga o alcohol, o en la cárcel, en donde usted pudo haber tenido contracto directamento con personas infectadas con tuberculosis? Si No
6. ¿Ha vivido o viajado extensivamente en África, Asia, Centro América, México, o Sur América? Si No
7. ¿Tiene cualquier enfermedad médica que es conocida como alguna que suprime el sistema immune, tal como cancer, VIH, o adición al alcohol o droga? Si No
8. ¿Ha tenido una enfermedad que require tratamiento con quimioterapia o prednisone (cortisona)? Si No
9. ¿Ha recibio la vacuna BCG (por sus siglas en ingles)? Si No
¿Si su contestación, cuando (aproximada)? Fecha: _____

REVIEWED BY MD: TB Risk: High Low MD Initial: _____

This part to be completed by medical technician Test placed by: _____

Date of Test: _____ Dose: _____ Site: _____

Manufacturer: _____ Lot #: _____ Expiration Date: _____

Date Read: _____ Read By: _____ Result: Induration: _____ x _____ mm

Interpretation: Negative Positive Action Taken: _____

THE FORM BELOW MAY BE COMPLETED, REMOVED AND GIVEN TO THE PATIENT FOR THEIR RECORDS

Name: _____ Date: _____

TB Test (PPD) Results: Negative Positive Test Date: _____ Date Read: _____

Signature of person reading test: _____

Name of Provider or Medical Clinic: _____



Santa Ynez Tribal Health Clinic

90 Via Juana Lane • PO Box 539 • Santa Ynez, Ca. 93460

P: (805) 688-7070 • F: (805) 686-2060

E: info@sythc.org • W: www.sythc.org

Chart #: _____

Reconocimiento de Practica de Privacidad, Asignación de Beneficios & Directivo de Cuidado Medico

Yo entiendo que la información que e proporcionado y que se encuentra en mi expediente es necesaria para la Clínica Tribal de Santa Ynez y sus empleados, en conjunción con Indian Health Services (IHS), para proporcionarme cuidado para mi salud y bien estar. Yo entiendo que la información de mi expediente médico es almacenada seguramente sea electrónicamente o físicamente, y mi expediente médico no será divulgado a otra agencia o personas, a menos que se especifique como uso rutinario, sin mi consentimiento firmado.

Yo, _____, reconozco lo siguiente:

(Escriba su nombre o nombre del padre/del guarda legal aquí)

- Se me ha proporcionado una copia de *HIPAA Privacy Act Notice* para leer.
- Se me a proporcionado una copia de *Derechos y Responsabilidades del Paciente* pare leer.

Puedo pedirle una copia de cualquier forma a la recepcionista si es que elijó.

La clínica Tribal de Santa Ynez (SYTHC) es considerada una facilidad de entrenamiento, y tiene, de tiempo a tiempo, a gente no empleada (estudiantes, internos, doctores interesados en empleo, representantes de cuidado medico, topógrafos, etc.) en nuestros premisas. Normalmente, estas personas no empleadas, son permitidas en areas de cuidado al paciente para poder observar y/o asistir al doctor.

Yo entiendo que tengo la opción de, a cualquier momento, pedir que cualquier persona no empleada (estudiantes, internos, y/o otros profesionales) sea excusada mientras yo esté recibiendo cuidado y servicios medicos.

Asignación de Beneficios:

(Inicial Aqui) Pido que el pago bajo mi seguro médico sea hecho directamente a la Clínica Tribal de Santa Ynez. Yo entiendo que soy responsable financia mente si:

- Mi seguro medico no cubre un servicio específico;
- Mi seguro medico no cubre mis servicios (deducible); y/o
- My seguro medico ha sido terminado.

Poder del Cuidado Médico/Directivo Avanzado del Cuidado Médico:

(Inicial Aqui) Si, a cualquier hora, debería convertirme, temporalmente o permanentemente, incapaz de tomar decisiones de mi cuidado médico, mi poder del cuidado médico será: _____.

(Escriba el nombre aquí)

Mi poder del cuidado médico puede tomar todas las decisiones sobre:

- Mi cuidado médico, dental y servicios mentales.

Estas decisiones serán consistentes con mis deseos, o, si mis deseos no son conocidos, serán consistentes con el mejor interés.

Place scan stamp here

Escriba el Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente, Padre, Guardián
o Representante del Paciente

Fecha de Hoy

Firma y Titulo del Empleado de SYTHC

Fecha de Hoy