

				Date:	Acct. No.	Chart No.
INFORMACION DEL PACIENTE						
Apellido	Nombre	Initial	No. de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Sexo M / F
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal		Teléfono de su Casa
Dirección Para Recibir Correo (Sólo si es diferente a la de arriba)						Teléfono para Mensajes
Ocupación	Salario Annual	Tamaño de la Familia	Notificación de Emergencia			No. de Teléfono
Nombre de su Empleador		Dirección de su Empleo				No. de Teléfono
Persona Responsable del Paciente		No. de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	No. de Teléfono		Relación con Ud.
Nombre del Patrón	Dirección del Patrón		Ciudad	Estado	Código Postal	
						No. de Teléfono

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO :

Nombre de su Seguro Médico Primo	No. de Grupo	No. De Identificación	Teléfono de la Aseguranza		
Persona Asegurada	No. de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	No. de Teléfono	Relación con Ud.	
Nombre de su Seguro Médico Secundario	No. de Grupo	No. De Identificación	Teléfono de la Aseguranza		
Persona Asegurada	No. de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	No. de Teléfono	Relación con Ud.	

INFORMACION REQUERIDA PARA APOYO FEDERAL

Raza: Asiático Afro-Americano Caucásico Hispano Nativo-Americano Otro _____

En los últimos 24 meses, usted o algún miembro de su familia de quien usted depende:

- ¿Ha sido contratado para trabajo de campo? SI NO
- ¿Ha ganado la mayor parte de su salario de trabajo en el campo? SI NO
- ¿Tuvo que cambiar de domicilio para hacer ese trabajo de campo? SI NO

TRATADO DE ACUERDO

Yo, _____, por la presente autorizo a Northwest Human Services a que me proporcionen cualquier servicio médico, incluyendo cirugía reglada o de emergencia cuando decidan que es lo mejor para mí, para mi niño(a) o persona a mi cargo legal, si soy padre o tengo custodia legal. Esta autorización deberá continuar activa y vigente hasta que sea cancelada por escrito.

Firma del Paciente Padre o Tutor Lega si es menor de 18 años Fecha

Mi iniciales a un lado de las siguientes declaraciones indica mi entendimiento y consentimiento:

_____ Me han dado la información escrita con respecto las mis derechos y responsabilidades como paciente de NWHHS.

_____ Me han dado la información escrita sobre los directorios anticipados.

TRANSFERENCIA DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo a Northwest Human Services dar toda información del asegurado a la Compañía(s) de Aseguranza que puedan pedir concerniente a los servicios medicos recibido hasta el momento. Y por la presente transfiero a Northwest Human Services el dinero que me pertenece de la Aseguranza por los gastos de los servicios medicos que he recibido, pero sin que la cantidad exceda a mi deuda con Northwest Human Services. Esta entendido que si la cantidad de dinero recibido, de la compañía de Aseguranza sobrepasa a mi deuda con la Clinica, esta me lo devolverá después de que la cuenta sea pagada. Entiendo que soy responsable de pagar a Northwest Human Services pro gastos no cubiertos en este contrato.

Firma del Paciente Firme del Grupo Responsable Date

Informacion Del Paciente

Nombre: _____

Fecha De Nac: _____

Date Completed: _____

Historia Medica Del Pasado:

Habitos:

Si-No-Cantidad

Si	No	Tipo:	Problema	Habitos:	Si	No	Cantidad
		Cabeza/Cuello		Fuma			
		Neurolog/Cerebro		Alcohol			
		Corazon		Caffeine			
		Presion		Bebidas			
		Pulmones		Drogas			
		Senos		Ejercicio			
		Estomago/Intest/Higado		Ocupacion			
		Matriz/Ovaries		Casada (A)			
		Prostata/Vejiga					
		Depression/Ansiedad					
		Rinones/Vehiga					
		Diabetes/Trioides					
		Cholesterol					
		ENF Sexuales Trasm.					
		Papanicolau Anormal					
		Cancer					
		Otros					

Cirugia:

Embarazos Anteriores:

Ano	Operacion	Ano	Hacim Vagin	Caesar Ea	Aborto	Sexo	Reso	Lugar de Alumo	Complicaciones:

Historia Familiar:

Familiares Con La Sig Enfermedad? Parentezco:

Parente	Edad:	Salud	Edad al Morir	Causa De Muerte:	Enfermedad:	Parentezco:
Padre					Artritis/Goto	
Madre					Asma/Fiebre de Heno	
Hermano					Cancer	
					Usa Drogas	
					Diabetes	
Hermana					Enf. Del Corazon/Embolia	
					Alta Presion	
					Enf. Del Rinon	
					Tuberculosis	
					Otras	

Revisado por:						
Fecha						
Revisado por:						
Fecha						
Revisado por:						
Fecha						
Revisado por:						
Fecha						

WSC/THCC

Información Demográfica del Paciente

Escala Móvil d Honorarios/Verificación de Ingresos

Como recipiente de financiamiento federal, Northwest Human Services es requerido reunir y reportar información sobre los pacientes atendidos. Esta información será utilizada para reportar nuestra población de pacientes como total y no será revelada en forma individual a otras entidades o agencias sin previo consentimiento escrito.

ETNICIDAD

- ASIÁTICO BLANCO HISPANO/LATINO ISLEÑO del PACIFICO
 NEGRO O AFRICANO AMERICANO INDIGENIA AMERICANO NATIVO de ALASKA

SITUACIÓN de VIVIENDA:

- COMPARTE CON OTRA(S) FAMILIA(S) NO COMPARTE/FAMILIA SOLA SIN -HOGAR

LENGUAJE PRIMARIO:

- INGLÈS ESPAÑOL VIETNAMITA
 RUSO OTRO

Emigrante/Estacional /Otro:

- EMIGRANTE:** Yo, o miembros de soporte en mi familia, hemos trabajado en la agricultura de temporada y hemos establecido un hogar temporal para los propósitos de tal empleo en los pasados 24 meses.
 ESTACIONAL: Yo, o miembros de soporte en mi familia, hemos trabajado en la agricultura de temporada en los pasados 24 meses pero no hemos establecido un hogar temporal para tal propósito. *
 OTRO: Yo, no ninguno de los miembros de mi familia trabaja en la agricultura de temporada.

*Agricultura incluye cualquier actividad agrícola, almacenes de depósito, plantas procesadoras, y fábricas. Es definida como el trabajo de la tierra en todas sus ramas, incluyendo cultivo, labranza, crecimiento, cosecha, preparación y procesamiento in-situ para almacenamiento de mercado.

TAMAÑO de LA FAMILIA E INGRESO FAMILIAR ANUAL:

Tamaño de la Familia: _____

Ingreso Familiar Anual: _____

Nombre del Garante

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente/Padre/Tutor Fecha:

Testigo



Patient Label

ASESORAMIENTO PARA LAS NECESIDADES DE APRENDIZAJE

1. **Tiene usted alguna dificultad para leer?** SI NO
(Si la respuesta es sí, por favor pida ayuda a un empleado para llenar este documento)

2. **Qué language lé es mas cómodo leer?**
 Inglés Español Ruso Otro _____

3. **Qué language lé es mas cómodo hablar?**
 Inglés Español Ruso Lenguaje de Señas Otro _____

4. **Tiene usted alguna dificultad para escuchar?** SI NO

5. **Úsa usted lentes regulares ó de contacto?** SI NO

6. **Qùe mètodo le permite aprender major?**
 Leer Materiales (folletos, instrucciones escritas, etc.)
 Mirar videos
 Hablar a solas con el instructor
 Otro: _____

7. **Le gustaria aprender màs sobre temas relacionados con la salud?** SI NO
Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

8. **Existen barreras que no le permitan recibir la información sobre el cuidado de la salud que usted necesita?**

9. **Existen algunas preferencias especiales (religiosas ó culturales) que a usted le gustaria que tomaramos en cuenta cuando le brindemos tratamiento?**
SI NO Si la respuesta es sí, por favor explique:

Paciente: _____

Fecha: _____

Declaración sobre Derechos de los Pacientes

Nuestros Pacientes tienen Derecho á:

Servicio

- Servicios sin importar su raza, sexo, religión, edad, ethnicidad, preferencia linguistica, educación, clase social, situación económica, orientación sexual, ó discapacidad.
- Servicios en privado, confidenciales y en un ambiente humano para satisfacer sus necesidades individuales

Respeto

- Recibira cuidado que respete y sea sensitivo a sus valores y creencias personales, culturales, y psicosociales.
- Recibira una copia de las reglas ó regulaciones relacionadas a la conducta de los pacientes.
- Contar con que nuestros empleados sean sensibles a sus necesidades y sentimientos.

Privacidad y Confidencialidad

- Saber que sus comunicaciones y expedientes son confidenciales al grado proporcionado por ley.
- Tener acceso, solicitar cambios, y recibir una lista de accesos sobre su propia información de salud, hasta donde sea permitido por léy.
- Confidencialidad, privacidad, y protección de su dignidad durante la examinación y tratamiento.

Continuación de Cuidado

- Consultas con otras agencias y servicios que sean necesarios para la continuación de su cuidado.

Información y Tratamiento

- Sépa su diagnostico, tratamiento, pronostico, y las posibles consecuencias del tratamiento.
- Esté informado é involucrado en decisiones acerca de su cuidado, tratamiento y servicios que le permitan dar un consentimiento adecuado.
- Puede negarse a cualquier tratamiento que le sea recomendado, y al derecho de discontinuar el tratamiento en cualquier momento.
- Sepa el nombre y las certificaciones de cualquier persona involucrada en su cuidado.
- Tenga a un guardian ó a una persona que pueda representarlo legalmente, como lo sea permitido por la léy, cuando usted no pueda tomar decisiones acerca de su cuidado, tratamiento, y servicios.
- Tenga a su guardian, familia, con su permiso, ó algun representante legal, involucrado en su cuidado, tratamiento y servicios.
- Pida, cuestione, y discuta la cuenta entera de los cargos por los servicios recibidos, sin importar la forma en que se pagara la cuenta.

Comunicación

- Tener todas las comunicaciones en una lengua que usted pueda entender claramente.

Quejas

- Involucrese en resolver cuestiones acerca de su cuidado, tratamiento, y servicios.
- Puede poner ó solicitar ayuda para poner una queja sobre los servicios ó el tratamiento que se le esta brindando.

Declaración sobre Responsabilidades del Paciente

Nuestros Pacientes tienen la Responsabilidad de:

Proporcionar información

- Proporcione, a lo mejor de su conocimiento, información exacta y completa sobre las quejas actuales, historia de enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- Ayúdenos a obtener la información de otros proveedores, aprobándonos un permiso para solicitar/dar su información.
- Reportar riesgos percibidos en su cuidado y cambios inesperados en su condición.
- Proporcione sugerencias sobre expectativas y necesidades de servicio.
- Informenos de cambios en su dirección, número de teléfono, ó alguna otra información que se le solicite.

Participar en su Tratamiento

- Participe en el desarrollo de los planes sobre su tratamiento, y de su consentimiento en acuerdo mutuo.
- Siga el cuidado, el tratamiento, y el plan de servicio desarrollado para usted.
- Haga preguntas cuando no entienda sobre el cuidado, servicios y tratamiento, ó si no sabe de las expectativas de los mismos.
- Exprese sus preocupaciones acerca del plan de cuidado que se le propuso ó del cuidado, tratamiento y servicios recibidos.
- Esté informado sobre las consecuencias del cuidado, tratamiento, y servicios alternativos si le recomendaron no hacer ningún cambio.

Seguir las Reglas y Regulaciones

- Siga las pautas de NWHS.
- Llegue a tiempo a todas sus citas.
- Cumpla con las declaraciones/contratos que nos a firmado.

Mostrar Respeto y Consideración

- Sea considerado con nuestro personal, pacientes, y propiedad de la agencia.
- De notificación con al menos 24-horas de anticipación, cuando piense cancelar una cita.

Cumplir con las Obligaciones Financieras

- Siga todas las pautas de su seguro de salud sobre cómo tener acceso a servicios.
- Págue por los servicios no cubiertos por su seguro de salud.
- Tóme la responsabilidad financiera sobre el pago de los cargos, incluyendo:
 - Traer una copia de su seguro de salud cada vez que venga a la clínica, si esta cubierto con un seguro de salud.
 - Proporcione toda la información sobre los seguros de salud disponibles para cubrir su tratamiento.
 - Págue por los cargos apropiados el día de su cita.
 - Traer a tiempo la documentación para determinar su elegibilidad para un descuento, si usted no esta cubierto con un seguro de salud.
 - Traer a tiempo la información para el Plan de Salud de Oregon, si así se lo solicita la Especialista en Inscripciones y Elegibilidad de la clínica.
 - Si tiene una factura que no a sido pagada, pongase en contacto con el Departamento de Facturación inmediatamente, para hacer un plan de pago.