Certification of Translation Accuracy

Translation of **Formulario De Registro De Nuevos Pacientes** from **English** to **Spanish**

As an authorized representative of RushTranslate, a professional translation services agency, I hereby certify that the above-mentioned document has been translated by an experienced, qualified and competent professional translator, fluent in the above-mentioned language pair and that, in my best judgment, the translated text truly reflects the content, meaning, and style of the original text and constitutes in every respect a complete and accurate translation of the original document. This document has not been translated for a family member, friend, or business associate.

This is to certify the correctness of the translation only. I do not make any claims or guarantees about the authenticity or content of the original document. Further, RushTranslate assumes no liability for the way in which the translation is used by the customer or any third party, including end-users of the translation.

A copy of the translation is attached to this certification.

Formulario de Registro de Nuevos Pacientes

La clínica Coast Community Health se esfuerza por proporcionar servicios sanitarios de la más alta calidad para todos. La recopilación de información demográfica precisa del paciente es clave para financiar una variedad de programas que ofrecemos y para los que calificamos. Por favor, sepa que toda la información recopilada es confidencial. Su cooperación es muy apreciada.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del Paciente	**Primero**	**Segundo**	**# Seguridad Social**

¿Es éste su nombre legal? Sí No	**Si no, ¿cuál es su nombre legal?**	**Nombre(s) Anterior(es)**

Fecha de Nacimiento	**Nombre Preferido**	**Identidad de Género**	**Orientación Sexual**
Número(s) de teléfono Celular:_____ Fijo:_____ Trabajo: _____ Por favor, marque su número preferido.	**Sexo Asignado al Nacer** Masculino Femenino	Hombre Mujer Opta por no revelarlo. No binario/ genderqueer Mujer Transgénero Hombre Transgénero Dos Espíritus Cuestionando	Opta por no revelarlo. Heterosexual Gay Lesbiana Bisexual Queer Asexual Pansexual No lo sé. Otra: _____
Recordatorio de cita preferido: Texto Correo electrónico Llamada automática Llamada personal Ninguno	**Pronombres del Paciente** Ella Él Elle/Ellx Nombre del Paciente No responde. Otro: _____		

Dirección de correo electrónico (obligatorio para cualquier servicio de telesalud)	**¿Desea acceder a nuestro portal del paciente, My Chart?** Sí No	**Estado Civil** Soltero/a Casado/a Pareja de Hecho Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Dirección Postal	**Ciudad**	**Estado**	**Código Postal**
Física **Igual a la anterior**	**Ciudad**	**Estado**	**Código Postal**

Religión	**Raza**	**Grupo Étnico**
Opta por no revelarlo. Adventista Cristiana Católica Baptista Judía Testigos de Jehová Iglesia de Jesucristo Santos de los Últimos Días Otra: _____	Afroamericano/Negro Asiático Caucásico/Blanco Nativo americano Nativo de Alaska Isleño del Pacífico Nativo de Hawai Otro: _____ Desconocido Opta por no revelarlo.	Opta por no revelarlo. No hispano o latino Otro origen hispano, latino o español Mexicano, mexicano-americano o chicano/a Desconocido Otro: _____
¿Necesita un intérprete? Sí No	**Idioma de preferencia**	

Situación Laboral	**Nombre del Empleador**	**Teléfono del Empleador**
Empleado a Tiempo Completo Empleado a Tiempo Parcial Desempleado Jubilado Discapacitado Opta por no revelarlo.	**Condición de Veterano** Veterano No Veterano Opta por no revelarlo.	**Condición de Estudiante** No Estudiante A Tiempo Completo A Tiempo Parcial
Persona Sin Hogar Sí No Albergue Alojamiento Transitorio Vivienda Compartida Otro: _____	**¿Tiene un documento de voluntades anticipadas, testamento vital o poder notarial?** Sí No	

Información de Contacto en caso de Emergencia (por favor, indique dos)

Nombre del Familiar Más Cercano/Contacto de Emergencia:	**Relación:**	**Teléfono Principal** **( )**	**Teléfono Alternativo** **( )**
Nombre de un amigo/familiar de la zona (que no viva en la misma dirección)	**Relación:**	**Teléfono Principal** **( )**	**Teléfono Alternativo** **( )**

Información del Seguro

Persona Responsable de la Factura Igual a la anterior			Fecha de Nacimiento	Número(s) de teléfono Celular: _____ Fijo: _____ Trabajo:_____
Dirección Postal Igual a la anterior	Ciudad	Estado	Código postal	

Empleador Igual al anterior	Dirección del Empleador
Dirección de correo electrónico Igual a la anterior	
¿Este paciente está cubierto por un seguro? Sí No	¿Desea ayuda para solicitar cobertura? Sí No

Información sobre el Seguro Principal				
Nombre del Plan de Seguro			Número de Póliza	Número de Grupo
Nombre del Abonado	S.S.N. del Abonado	Fecha de nacimiento del abonado	Relación del Paciente con el Abonado Él mismo Cónyuge Hijo/a Otro	
Subscriber Employer	Employer Address		Employer Phone	

Información sobre el Seguro Secundario				
Nombre del Plan de Seguro			Número de Póliza	Número de Grupo
Nombre del Abonado	S.S.N. del Abonado	Fecha de nacimiento del abonado	Relación del Paciente con el Abonado Él mismo Cónyuge Hijo/a Otro	
Subscriber Employer	Employer Address		Employer Phone	

Revisión de la Lista de Tarifas

Programa de Descuento de Tarifa Variable de Coast Community Health Centers

Usted y los dependientes elegibles en su hogar pueden calificar para servicios con descuento proporcionados por los Coast Community Health Centers, incluso si tiene seguro, Medicare o Medi-Cal.
Para ver si califica, por favor complete la información a continuación.
Liste a cualquier persona que viva en su hogar de la cual usted es responsable financieramente **y** el ingreso total (antes de impuestos) para cada persona (no incluya cupones de alimentos u otros ingresos no monetarios). Esta información ayuda a los Centros de Salud Comunitarios de la Costa a continuar proporcionando servicios financiados por subvenciones a nuestros pacientes y comunidad.

Nombre Completo	Relación con el Aplicante	Fecha de Nacimiento	Ingresos Mensuales

Al firmar abajo, entiendo que esto es solo una evaluación preliminar y no una garantía de elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifa Variable. Para ser elegible, entiendo que una solicitud completa junto con la documentación de respaldo debe ser presentada dentro de los 15 días hábiles siguientes a esta evaluación. Si no puedo proporcionar la documentación de respaldo, entiendo que puedo completar una declaración jurada explicando por qué no puedo producir la documentación solicitada.
Si no tengo seguro, entiendo que se me pedirá pagar una tarifa nominal de $25.00 en el momento del servicio, incluso si tengo una solicitud pendiente para el Esquema de Tarifa Variable.
Firma del Paciente/Garante: _____ **Fecha:** _____

DECLARACIÓN DE RENUNCIA (para pacientes que eligen no solicitar el Descuento de Tarifa Variable)

Se me ha dado la oportunidad de solicitar el programa de Descuento del Esquema de Tarifa Variable de las Clínicas Coast Community Health, y **NO DESEO solicitar el programa de Descuento del Esquema de Tarifa Variable en este momento**.
Al firmar esto, acepto que se me ha proporcionado la oportunidad de hacer preguntas y que se me ha explicado qué descuentos podría ser elegible si eligiera completar el proceso de solicitud. También acepto que estoy consciente de que se me pedirá pagar el total en el momento en que se presten los servicios y se me puede proporcionar un estimado de buena fe de los montos que sería responsable de pagar. Se me ha informado sobre otros descuentos, como el pago puntual, disponibles para mí por pagar el total en el momento del servicio.
Estoy consciente de que puedo optar por solicitar el Programa de Descuento del Esquema de Tarifa Variable en cualquier momento, sin embargo, solo aquellos servicios proporcionados en o después de la fecha de mi solicitud completada y enviada serán considerados para un descuento si califico.
Firma del Paciente/Garante: _____ **Fecha:** _____

Consentimiento General para Servicios Ambulatorios

Consentimiento para Recibir Servicios de Médicos, Proveedores y Clínicas

Consiento en someterme a un examen médico y a cualquier procedimiento que pueda ser ordenado para mí mientras soy paciente en la clínica ambulatoria. Este cuidado puede incluir, pero no se limita a, procedimientos de laboratorio diagnóstico de rutina, administración de medicamentos rutinarios u otras sustancias ordenadas para mí, y cuidado médico y de enfermería de rutina. Entiendo que mi cuidado es dirigido por mis Proveedores, incluyendo mi Médico, Asistente Médico (PA) o Enfermero(a) Practicante Avanzado(a) Registrado(a) (ARNP), y que otro personal puede brindar cuidado y servicios según las instrucciones de los Proveedores. Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han hecho garantías o promesas respecto a los resultados de tal tratamiento.

Entiendo que si mi Proveedor necesita información de otros profesionales médicos que previamente me atendieron, se me pedirá firmar una autorización para que ellos obtengan esa información.

Autorizo expresamente a la Clínica, sus Proveedores y agentes a realizar llamadas a mi teléfono celular o residencial utilizando tecnologías de voz artificial o pregrabada o autodial para propósitos de seguimiento, incluyendo facturación y cobranzas.

Acuerdo Financiero

Acepto pagar puntualmente cualquier deducible, copago o coaseguro, y cualquier otro cargo por servicios proporcionados según lo permitido por mi programa de seguro. Entiendo que se puede solicitar que los copagos y deducibles se paguen en el momento del servicio. Si no puedo pagar en su totalidad, entiendo que Coast Community Clinic ofrece descuentos según el esquema de tarifa variable en caso de que elija solicitarlo. Entiendo que Coast Community Clinic deriva servicios como laboratorios, patología y otros servicios diagnósticos a proveedores externos, quienes facturarán por separado por sus servicios. Es mi responsabilidad trabajar directamente con esos otros proveedores con respecto a cualquier factura por sus servicios. Si mi cuenta se vuelve morosa, puede ser referida a una agencia de cobranza externa, lo cual podría tener un efecto negativo en mi crédito, a menos que la ley lo prohíba.

Iniciales: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

Coast Community Clinic mantiene un registro de los servicios de atención médica que le proporcionamos. Usted puede solicitar ver y recibir una copia de ese registro. También puede solicitar corregir ese registro. No divulgaremos sus registros a otros a menos que usted nos lo indique o a menos que la ley nos autorice o nos obligue a hacerlo. Puede ver su registro u obtener más información sobre él contactando a nuestro Departamento de Registros Médicos.

Nuestro **Aviso de Prácticas de Privacidad** describe con más detalle cómo su información de salud puede ser utilizada y divulgada y cómo puede acceder a su información.

Yo, _____, reconozco que se me ha entregado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA. También reconozco que entiendo la información contenida en el aviso y acepto los términos y condiciones contenidos en él para los servicios proporcionados por Coast Community Clinic.

Iniciales: _____

Certifico que he leído y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que estas preguntas han sido respondidas. Al firmar este consentimiento, estoy de acuerdo en que este consentimiento permanecerá en efecto durante un año o hasta que retire mi consentimiento, lo cual puede hacerse por escrito en cualquier momento, o hasta que CCHC me pida completar un nuevo formulario de consentimiento.

Fecha: _____ **Hora:** _____ **AM/PM**

Firma: _____

Si lo firma una persona distinta del paciente, indique el parentesco:

_____

Nombre Impreso: _____

Política de No Presentación / Retrasos / Cancelación de Citas

El personal de Coast Community Health respeta su tiempo y pedimos la misma cortesía. Las citas perdidas (inasistencias), cancelaciones de último minuto y llegadas tardías afectan nuestra capacidad para brindar atención oportuna a nuestros pacientes. Cuando un paciente no se presenta a su cita, otro paciente pierde la oportunidad de ser atendido. Si no puede asistir a su cita, le pedimos respetuosamente que notifique a nuestra oficina al menos 24 horas antes. No cancelar una cita dentro de las 24 horas se considerará como una cita perdida o inasistencia.

Se pide a los pacientes que lleguen antes de la hora programada para su cita. A los nuevos pacientes se les pide que lleguen 30 minutos antes, y a los pacientes ya establecidos, 15 minutos. Esto permite que los Representantes de Servicios al Paciente completen el proceso de registro y check-in antes de la hora real de la cita.

Si un paciente llega tarde más de 15 minutos a una cita, se considerará como una inasistencia. A discreción del proveedor y si el horario lo permite, haremos nuestro mejor esfuerzo para acomodar y atender al paciente si no interrumpe la atención de otros pacientes programados para ser vistos. Si Coast Community Health no puede acomodar una llegada tardía, se le pedirá reprogramar la cita.

Las reiteradas inasistencias pueden resultar en las siguientes acciones:

- El paciente puede no ser elegible para citas el mismo día.
- El paciente puede no ser elegible para estar en lista de espera.
- El paciente podría ser dado de baja de Coast Community Health como paciente.

_____

Firma del paciente/tutor legal Fecha

Historial Social

HISTORIAL DE TABACO

¿Es usted fumador?

Nunca Anteriormente Todos los Días Algunos Días

Exposición pasiva (humo de otros fumadores): Nunca Anteriormente Actualmente

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS/VAPEO

¿Utiliza algún cigarrillo electrónico o dispositivo de vapeo?

Usuario diario actual Usuario habitual actual Ex usuario

Exposición pasiva (humo de otros fumadores): Sí No

Cigarrillos electrónicos/Sustancias para vapear (marque todas las que procedan):

Nicotina THC CBD Saborizantes Otros: _____

Tipo de cigarrillos electrónicos/dispositivos para vapear (marque todos los que corresponda)

Desechable Precargado/Rellenable Cartucho Depósito rellenable Cápsula precargada

DROGAS

Consumo actual de drogas (marque con un círculo): Sí No Actualmente Nunca

Por favor, marque qué tipo(s):

Vapeo Marihuana Opiáceos Heroína Metanfetamina Anfetaminas PCP

Éxtasis LSD Ketamina Mescalina Psilocibina Cocaína Crack Óxido Nitroso

Inhalantes Disolventes Barbitúricos Benzodiacepinas IV Hachís Estimulantes

Otros: _____

Frecuencia semanal (marque con un círculo): 1 2 3 4 5 6 7 14 21

HISTORIAL DE CONSUMO DE ALCOHOL

¿Consume alcohol? Sí No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia bebe? Ocasionalmente Moderadamente Mucho

¿Cuántas copas al día? _____ ¿Al mes? _____

ACTIVIDAD SEXUAL

Actividad sexual (marque con un círculo): Sí No Actualmente Nunca

Método Anticonceptivo/Protección:

Abstinencia Capuchón Cervical Preservativo Diafragma

Método de Reconocimiento de la Fertilidad

Parche Hormonal Implante Inyección Insertos D.I.U. SIU Menopausia

Ninguno

Píldora Ritmo Espermicida Esponja Quirúrgico Anillo Vaginal Vasectomía

Retirada

Parejas:

Mujer Hombre Mujer transgénero/Hombre a Mujer Hombre Transgénero/Mujer a Hombre

Otro Opta por no revelar No binario/genderqueer Cuestionando

Historial Ginecológico

Edad de inicio del periodo: ____ Edad en el primer embarazo: _____ Edad en el primer nacido vivo: _____

Meses de lactancia: _____ Edad en la menopausia: _____ Trimestre: _____

Historial Médico Familiar

Relación	¿Vivo?	Edad	Alcoholismo	Artritis	Depresión	Cáncer	Diabetes	Enfermedad Genética	Hipertensión	Osteoporosis	Accidente Cerebrovascular
Madre	**Sí** **No**										
Padre	**Sí** **No**										
Hermano/ Hermana	**Sí** **No**										

Hermano/ Hermana	**Sí** **No**										
Abuela (Materna)	**Sí** **No**										
Abuelo (Materno)	**Sí** **No**										
Abuela (Paterna)	**Sí** **No**										
Abuelo (Paterno)	**Sí** **No**										

Historial Médico Personal

ALERGIAS (incluidos medicamentos, alimentos, tintes radiográficos**) o** **No se conocen alergias.**

Nombre del Alérgeno	Tipo de Reacción	Fecha Aproximada
1		
2		
3		
4		
5		

MEDICAMENTOS ACTUALES (incluya medicamentos con receta, de venta libre, a base de plantas y suplementos. (Adjunte otra hoja si es necesario) or **NINGUNA**

Nombre del Medicamento	Dosis (mg)	Frecuencia de Toma	Motivo de la Toma	Médico que lo Prescribe
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

HOSPITALIZACIONES PREVIAS (ncluya todas las hospitalizaciones no quirúrgicas. Adjunte una hoja adicional si es necesario) **NINGUNA**

Motivo de la hospitalización	Fecha (aproximada)	Hospital o Ciudad si se conoce
1		
2		
3		

Historial Médico Pasado/Actual (marque todo lo que corresponda)

Abusos en la edad adulta Abusos en la infancia Alergias Anemia Ansiedad

Artritis/Trastorno Articular

Asma Transfusión de Sangre Cáncer Cataratas Trastorno de Coagulación

EPOC Depresión

Diabetes mellitus Enfisema/EPOC ERGE Glaucoma Enfermedad Cardíaca

Insuficiencia Cardíaca

Soplo Cardíaco VIH/SIDA Hiperlipidemia Hipertensión Enfermedad renal

Enfermedad hepática

Meningitis Infarto de miocardio Enfermedad nerviosa/muscular Osteoporosis

Convulsiones

Anemia de células falciformes Úlceras estomacales Accidente cerebrovascular

Abuso de sustancias Enfermedad de TB Enfermedad tiroidea

Signos y Síntomas (marque todos los que procedan)

COONG (Cabeza, oídos, ojos, nariz y garganta)

Congestión Problema dental Babear Secreción del oído Dolor de oído

Hinchazón facial

Pérdida de audición Llagas en la boca Sangrados nasales Goteo posnasal

Rinorrea (nariz mocosa)

Dolor de senos paranasales Presión sinusal Estornudos Dolor de garganta Tinnitus

Problemas para tragar Cambio en la voz

Constitucional

Cambios en el nivel de actividades Cambios en el apetito

Escalofríos Diaforesis (sudoración) Fatiga Fiebre Cambio de peso inesperado

Senos

Bultos Dolor Secreción del pezón Cambios en la piel

Cardio

Dolor en el pecho Hinchazón de piernas Palpitaciones

Respiratorio

Apnea Opresión en el pecho Ahogo Falta de aire Estridor Sibilancias

Ojos

Secreción ocular Picazón en los ojos Dolor ocular Enrojecimiento ocular Fotofobia

Alteraciones visuales

Gastrointestinal

Distensión abdominal Dolor abdominal Sangrado anal Sangre en heces Estreñimiento

Diarrea

Náuseas Dolor rectal Vómitos Indigestión

Genitourinario

Poliuria (micción excesiva) Dificultad para orinar Dispareunia (dolor antes, durante o después del sexo)

Disuria (micción dolorosa) Enuresis (incontinencia urinaria) Dolor en el flanco Frecuencia

Llagas genitales Hematuria (sangre en la orina) Problema menstrual Energía pélvica

Urgencia

Disminución de la orina Sangrado vaginal Flujo vaginal Dolor vaginal

Endocrino

Intolerancia al frío Intolerancia al calor Polidipsia (sed excesiva) Polifagia (sensación de hambre extrema)

Piel

Cambio de color Palidez Erupción Herida Masa

Musculoesquelético

Rigidez articular Dolor de espalda Problema de marcha Hinchazón articular

Dolores musculares/dolor Dolor de cuello Rigidez de cuello

Hematológico

Adenopatía (ganglios linfáticos agrandados/hinchados) Moretones/sangra fácilmente

Neurológico

Mareos Asimetría facial Dolores de cabeza Sensación de mareo Adormecimiento

Convulsiones Dificultad para hablar Síncope (desmayo) Temblores Debilidad

Alergia/Inmuno

Alergias ambientales Alergias alimentarias Inmunocomprometido

Psiquiátrico

Agitación Problema(s) de comportamiento Confusión Disminución de la concentración

Cambios de humor

Alucinaciones Hiperactivo Nervioso/ansioso Autolesiones Perturbaciones del sueño

Ideas suicidas

CIRUGÍAS (incluya todas las cirugías de su vida. Adjunte una hoja adicional si es necesario) **NINGUNA.**

Tipo de Cirugía	Fecha (aproximada)	Hospital o Ciudad si se conoce
1		
2		
3		
4		
5		
6		

VISITA ANUAL DE BIENESTAR/PREVENTIVA

¿Cuándo tuvo su última visita de bienestar anual o visita preventiva? _____

¿Ha tenido alguna de las siguientes pruebas preventivas? Si es así, proporcione una fecha aproximada:

Prueba de sangre oculta en heces (FIT): Sí No Fecha: _____

Colonoscopia: Sí No Fecha: _____

Mamografía/Detección de cáncer de mama: Sí No Fecha: _____

Detección de Cáncer de Pulmón: Sí No Fecha: _____

Detección de Densidad Ósea: Sí No Fecha: _____

DECLARACIÓN

La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que soy responsable de actualizar esta información y de mantener al Coast Community Health Center informado de los cambios a medida que ocurren.

_____

Firma del paciente/tutor legal Fecha