

## MOBILE UNIT INTAKE FORM - SPANISH

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>				
Apellido		Primer nombre		Inicial segundo nombre
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento		Servicio Militar de EE.UU. ( <input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> En servicio actual <input type="checkbox"/> Dado de baja
Dirección		Ciudad		Estado
				Código postal
				Condado
Teléfono de la casa (      )		Teléfono del trabajo (      )		Teléfono celular (      )
Correo electrónica				
Estado civil ( <input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado		Idioma primario hablado: <input type="checkbox"/> Inglés Limitado		Relación del paciente con la persona responsable ( <input checked="" type="checkbox"/> uno) <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza
Genero ( <input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino/Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino/Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar				
Orientación Sexual ( <input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Lesbiana/homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana/homosexual) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sé				
Raza ( <input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Asiático de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro nativo de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indocumentado				
Etnicidad ( <input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano				
¿Es usted un trabajador migrante o miembro de la familia de un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Cuanto es su ingreso anual? <input type="checkbox"/> \$1-\$27,000 <input type="checkbox"/> \$27,001-\$33,000 <input type="checkbox"/> \$33,001-\$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,001+ <input type="checkbox"/> No ingresos				
Cuantas personas (incluyendo usted) se mantienen de sus ingresos?				
Situación actual donde vive: <input type="checkbox"/> Dueño o renta <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Sin hogar				
Contacto en caso de emergencia		Teléfono (      )		Relación con el paciente
<b>INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (persona FINANCIERAMENTE responsable de su cuenta)</b>				
Apellido		Primer nombre		Inicial segundo nombre
Dirección de la calle		Ciudad		Estado
				Código postal
				Condado
Teléfono de la casa (      )		Teléfono del trabajo (      )		Teléfono celular (      )
Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social		
Ingreso familiar: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual				
<b>COMPAÑÍA DE SEGUROS – INCLUYENDO MEDICAID</b>				
Seguro primario		Núm. de ID		Núm. de grupo
				Dirección de la compañía de seguros
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento		Empleador del asegurado
Relación con la persona responsable: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza				
Seguro secundario		Núm. de ID		Núm. de grupo
				Dirección de la compañía de seguros
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento		Empleador del asegurado
Relación con la persona responsable: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza				
Cesión y divulgación: Autorizo que mis beneficios de seguros se paguen directamente a PanCare Health. También autorizo a PanCare Health a revelar cualquier información que se requiera para procesar esta reclamación.				
FIRMA: _____				FECHA: _____

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Apellido Primer nombre Inicial media

**Información Médica**

Fecha de la visita médica más reciente: \_\_\_\_\_ Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Marque  todos los que aplican a usted:

ADHD	Toser sangre	Ataque al corazón	Radioterapia
Uso de alcohol	Heces oscuras o negras	Cateterización cardíaca	Sangramiento rectal
Anemia	Depresión	Cardiopatías	Problemas respiratorios
Ansiedad	Diabetes	Soplo cardíaco/irregulares	Artritis reumatoide
Articulaciones artificiales	Diarrea	Hepatitis A, B, o C	Ataques repentinos
Asma	Mareo	Alta presión arterial	Problemas sexuales
Autismo	Adicciones a drogas	VIH/SIDA (Riesgo de exposición)	Falta de respiración
Enfermedad sanguínea	Dolor de oído	Ictericia	Anemia de células falciformes
Transfusión de sangre	Enfisema	Cálculos/enfermedad renales	Dificultad para dormir
Sangre en heces fecales/orina	Epilepsia	Enfermedad hepática	Fumador/Usos de tabaco
Cambios en la evacuación	Sangramiento excesivo	Problemas maritales	Uso de drogas
Cáncer	Desmayos	Trastornos mentales	ETS
Cambios en lunares	Fracturas	Osteoartritis	Accidente cerebral/apoplejía
Dolor en el pecho	Enfermedad de la vesícula	Marcapasos	Intento de suicidio
Colesterol (alto)	Gota	Neumonía	Enfermedad de la tiroides
Tos crónica	Fiebre del heno	Embarazada <i>actualmente</i> : <i>Fecha de parto</i> : _____	Tuberculosis (TB)
Estreñimiento	Lesión en la cabeza	Problemas de la próstata	Jadeo

Última prueba de Papanicolaou \_\_\_\_\_ Número de nacimientos: \_\_\_\_\_  
 Última mamografía: \_\_\_\_\_ Método anticonceptivo:  Ninguno  Píldora  Condones  IUD  
 Número de embarazos: \_\_\_\_\_  Inyecciones  Ligadura de trompas  Vasectomía  Otro \_\_\_\_\_

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Farmacia Ubicación/Dirección:** \_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones/cirugías:** \_\_\_\_\_

¿Tiene actualmente dolor o algún problema dental? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

**Historial Familiar**

Marque  los que apliquen a usted:

Abuso de alcohol	Cáncer	Diabetes	Cardiopatías
Asma	Depresión	Glaucoma	Hipertensión o alta presión arterial

*A mi mejor saber y entender, toda la información y las respuestas antes provistas son verdaderas y correctas. Si alguna vez ocurre un cambio en mi salud, informaré a los médicos sin falta en la próxima cita.*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Inicial media

---

Iniciales \_\_\_\_\_ **Aviso de prácticas de privacidad**

Entiendo que como parte de mi atención médica, esta organización prepara y mantiene expedientes médicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y planes para el cuidado o tratamiento futuro. Certifico que me han proporcionado y que entiendo que el *Aviso de prácticas de privacidad* de esta organización provee una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información médica.

Entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el *Aviso de prácticas de privacidad* de esta organización antes de firmar esta certificación;

Esta organización se reserva el derecho de cambiar su *Aviso de prácticas de privacidad* y que este documento está disponible cuando lo solicite, en mi próxima visita y en el sitio de internet de la organización:

[www.pancarefl.org](http://www.pancarefl.org).

Iniciales \_\_\_\_\_ **Consentimiento para tratamiento médico**

Por este medio autorizo a PanCare of Florida, Inc., sus instalaciones o centros de tratamiento, sus médicos proveedores y personal médico a administrar los exámenes y tratamientos que se consideren médicamente necesarios.

**Padres con niños menores:** Entiendo que para que mi hijo (cualquier niño menor de 18 años de edad) sea visto por uno de los profesionales médicos de PanCare Health, un padre o tutor legal tiene que estar presente.

## Reconocimiento

He inicializado el Aviso de los Derechos y Responsabilidades de las Prácticas de Privacidad y Consentimiento del Tratamiento. Haciendo esto reconozco que he leído todas las declaraciones mencionadas anteriormente y cumpliré con lo mismo y si no lo hago, esto puede descalificarme de recibir atención de la Clínica de Salud de Pancare.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (padre o tutor, si es un menor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente/representante legal