



1810 Lafayette Ave
Crawfordsville, IN 47933
Teléfono: (765) 362-5100
Fax: (765) 362-5171
Horario: Lunes – Viernes, 8am - 5pm

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

La fecha de hoy: _____

Nombre de Paciente: _____

Sexo: ☐ M ☐ F
(Ponga una marca en el cuadro)

Domicilio: _____ Apt #: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

de Tel. de Casa: _____ Celular: _____ de Trabajo: _____

¿Podemos enviarle por correo electrónico? ☐ Sí ☐ No Si es así, correo electrónico: _____

☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ No Estoy Empleado(a) ☐ Trabajadores por cuenta propia
☐ Estudiante

Empleador del Paciente: _____

VPCHC es un federalmente calificado centro de salud que recibe fondos del gobierno. Los fondos para el centro de salud se basan en la información que usted proporciona y es necesario para nosotros para server mejor a usted, nuestro paciente. Por favor proporcione la siguiente información para propósitos de informes.

Estatus Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

Numero de Familiares en el Hogar: _____ **Ingreso Anual:** _____

Raza: ☐ Múltiples Razas ☐ Americano Indio/Nativo de Alaska ☐ Negro/Afro Americano
☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Isleño de Pacifico o Nativo de Hawaiano

Etnicidad: Hispano(a)/Latino(a) ☐ Sí ☐ No **Trabajador Migrante:** ☐ Sí ☐ No **Sin hogar:** ☐ Sí ☐ No

Lengua Primario en el Hogar: ☐ Ingles ☐ Español **¿Necesita interprete?** ☐ Sí ☐ No

Servicio Militar: ☐ No Veterano ☐ Veterano ☐ Activo

Información de Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Tel. de Casa: _____ Celular: _____ De Trabajo: _____

Divulgación de Información de Salud Protegida

Yo, _____ (nombre del padre), autorizo Valley Professionals Community Health Center de liberar/discutir mi información de salud protegida a las siguientes personas:

1. Nombre: _____ Relación: _____

2. Nombre: _____ Relación: _____

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito a VPCHC. Entiendo que si revoco la autorización, la revocación no se aplicara a la información que ya ha sido puesto en libertad en base a esta autorización. Si tengo preguntas sobre el use y divulgación de información, puedo contactar a VPCHC.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Historial De Salud

Valley Professionals Community Health Center (VPCHC) utiliza en enfoque de equipo para la salud que trabaja para mejorar la atención primaria de la vez que proporciona atención integral y continua. Nuestra atención integral abarca la prevención y el bienestar, el cuidado agudo y crónica, así como la salud del comportamiento. Con el fin de ofrecer la mejor atención posible a los pacientes, es esencial que la siguiente información se proporcione para asegurar que entendemos sus necesidades. Además, el equipo de atención coordina la atención al paciente con grupos especializados, hospitales, salud en el hogar y servicios de la comunidad para garantizar una atención continua e ininterrumpida.

Por favor, complete la siguiente información para su equipo de atención:

Proveedor de Primaria: este es el proveedor se visita regularmente

☐ Dr. Hwang

☐ Dr. Buechler

Problema de salud: Enumere todos los problemas de salud antiguos y actuales.

☐ Asma (493)

☐ Cáncer

☐ Alta presión/hipertensión (401, V49.89)

☐ Diabetes (250.00, V49.89)

☐ Corazón

☐ Colesterol (272)

☐ Fumador (305.1)

☐ EPOC

☐ Tiroides

☐ Otro _____

Cirugías

¿Ha tenido una cirugía? ☐ Sí ☐ No

Enumere sus cirugías:

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Alergias

Por favor, escribe **todas** sus alergias. Incluya medicamentos, alimentos y ambiental:

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Información de seguro de salud

Seguro de salud: ☐ Sí ☐ No – ver información abajo (escala móvil)

Nota: Para que podamos para presentar su seguro, por favor complete la siguiente información. Si no somos capaces de recoger su seguro, usted será responsable de los servicios prestados.

Seguro Primarios: _____

Numero de póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre del asegurado (Nombre en la tarjeta): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el Paciente: _____

Seguro Secundario: _____

Numero de póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre del asegurado (Nombre en la tarjeta): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el Paciente: _____

Persona responsable del pago

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

Domicilio: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tel. de Casa: _____ Celular: _____ de Trabajo: _____

Empleador del Asegurado: _____

Tabla de descuentos en proporción al ingreso familiar (La escala móvil)

La escala móvil está disponible para ayudar a los pacientes que no tienen seguro o están bajo asegurado. La escala nos permite ofrecer nuestros servicios a un precio reducido. Los pacientes deben aplicar anualmente. Para calificar, los pacientes y sus familias deben tener un ingreso combinado que cae dentro de las Pautas Federales de Pobreza de Estados Unidos. Determinación se basa en el número de miembros en el hogar y la siguiente información:

- W2's o una copia de su declaración de impuestos más reciente con el IRS.
- Una copia de su carta de adjudicación del Seguro Social o de Discapacidad o declaraciones de desempleo.
- Talones de cheques para todos los empleadores para los últimos 30 días.
- Si usted está desempleado y no tienen ingresos y está viviendo con los demás, una carta firmada y fechada es requerido por la persona que presta apoyo.
- Licencia de Conducir o Identificación del Estado.
- Cualquier ingreso adicional que es directo depositado.

Si se solicita, una aplicación de escala móvil puede ser proporcionada. Por favor, incluya la información anterior y devolver la solicitud dentro de los 10 días de su cita. Si no, el paciente será responsable por el importe total de los cargos.