



114 N. Division Street
Cayuga, IN 47928
Phone: (765) 492-9042
Fax: (765) 492-9048
Hours: Monday - Friday 8am - 5pm

777 S. Main Street, Suite 100
Clinton, IN 47842
Phone: (765) 828-1003
Fax: (765) 828-1030
Hours: Monday - Friday 8am - 5pm
After-Hours Clinic: Monday - Thursday 5pm - 8pm

201 W Academy Street
Bloomington, IN 47832
Phone: (765) 498-9000
Fax: (765) 498-9004
Hours: Monday - Friday 8am - 5pm

INFORMACION DEL PACIENTE NINO

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 _____

SS#: _____ 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 servir 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: _____

Consentimiento Para Tratamiento Médico De Un/a Menor De Edad

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo, _____ (nombre de padre/guardián), doy mi permiso a:

1. Nombre: _____ Relación: _____

2. Nombre: _____ Relación: _____

En mi ausencia, las persona(s) mencionadas anteriormente pueden traer a mi hijo para el tratamiento. Esto puede incluir exámenes físicos, vacunas, análisis de sangre o análisis de orina, tratamientos respiratorios o otros tratamientos necesarios.

Entiendo que este consentimiento solo está disponible durante un año después de haber sido firmado. Entiendo que yo necesito para completar un nuevo formulario si hay cambios.

Firma de los padres: _____ Fecha de hoy: _____

** Cualquier persona que trae un niño para el tratamiento debe traer una identificación con foto (licencia de conducir, identificación del estado). Esta permanecerá con los registros del niño.

Divulgación de Información de Salud Protegida

I, _____ (nombre del padre/guardián), autorizo Valley Professionals Community Health Center de liberar/discutir _____ (nombre del paciente) 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 de los Padres: _____ 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 vera con regularidad

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dr. Aziz Abed (Clinton) | <input type="checkbox"/> Christi Busenbark, NP (Clinton) | <input type="checkbox"/> Gretchen Blevins, NP (Clinton) |
| <input type="checkbox"/> Dr. Steven Macke (Clinton) | <input type="checkbox"/> Nicole Hall, NP (Clinton) | <input type="checkbox"/> Tammy Mundy, NP (Clinton) |
| <input type="checkbox"/> Dr. Bing Gale (Clinton/Cayuga) | <input type="checkbox"/> Renae Norman, NP (Cayuga) | <input type="checkbox"/> Louwanna Wallace, NP (Bloomingdale) |

Alergias

Por favor, escribe **todas** las alergias de su hijo. Incluya medicamentos, alimentos y ambiental:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Cirugías

¿El niño ha tenido alguna cirugía? ☐ Sí ☐ No

Enumere sus cirugías:

_____	_____
_____	_____

¿Es su hijo un fumador (13 años o más)? ☐ Sí ☐ No

¿El niño ha tenido?

Asma ☐ Sí ☐ No

Problemas de conducta ☐ Sí ☐ No

Infección ósea o enfermedad ☐ Sí ☐ No

Varicela ☐ Sí ☐ No

Concusión ☐ Sí ☐ No

Diabetes ☐ Sí ☐ No

¿El niño ha tenido?

Infecciones del oído ☐ Sí ☐ No

Fractura o dislocación ☐ Sí ☐ No

Soplo cardiaco ☐ Sí ☐ No

Hepatitis ☐ Sí ☐ No

Hernia ☐ Sí ☐ No

Alta presión/hipertensión ☐ Sí ☐ No

Problemas renales ☐ Sí ☐ No

Sarampión ☐ Sí ☐ No

Paperas ☐ Sí ☐ No

Fiebre reumática ☐ Sí ☐ No

Escarlatina ☐ Sí ☐ No

Convulsiones ☐ Sí ☐ No

Problemas de la piel ☐ Sí ☐ No

Tuberculosis ☐ Sí ☐ No

Infecciones urinarias ☐ Sí ☐ No

Tos ferina ☐ Sí ☐ No

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.