

DATE: _____

SPANISH ADULT FORM

Rev9/24

TIME: _____ INITIALS: _____

Office Staff Only

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ NOMBRE DE SOLTERA: _____
(COMO APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO)

DIRECCION DE DOMICILIO: _____ APT# _____

CIUDAD/ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELEFONO: _____

CONDADO: _____ PAIZ DE NACIMEINTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ / _____ / _____

MEZ DIA AÑO

SEXO: HOMBRE / MUJER

RAZA: BLANCO / NEGRO / AMERICAN INDIAN / ALSKA NATIVA / ASIA / OTROS

ETNICIDAD: (CÍRCULO UNO) HISPANO O LATINO / NO HISPANO O LATINO

SI	NO	INFORMACION MEDICA
		ESTA ENFERMO HOY?
		ES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO, ALIMENTO, A ALGUN COMPONENTE DE LAS VACUNAS O AL LATEX?
		TUVO ALGUNA VEZ REACCION SERIA A UNA VACUNA EN EL PASADO? SE DESMAYA DESPUES DE RECIBIR VACUNAS?
		ENFERMEDADES DE LOS PULMONES, DEL CORAZON, LOS RINONES, METABOLIC, ASMA, TRASTORNO DE SANGRE? ESTA EN TERAPIA A LARGO DE PLAZO?
		TIENE CANCER, LEUCEMIA, SIDA, O ALGUN OTRA PROBLEMA DEL SISTEMA IMMUNOLOGICO?
		TOMA USTED CORTISONA, PREDNISONA, OTROS ESTEROIDES O MEDICAMENTOS CONTRA EL CANCER O LE HAN HECHO TRATAMIENTOS DE RADIACION?
		HA TENIDO CONVULSIONES, O ALGUN PROBLEMA DEL CELBRO O DE LOS NERVIOS?
		DURANTE EL AÑO PASADO, HA RECIBIDO UNA TRANSFUSION DE SANGRE, O DE LOS PRODUCTOS DE SANGRE, O LE DIERON IMMUNOGLOBULINA O GAMAGLOBULINA O ALGUN MEDICAMENTO ANTIVIRAL?
		HA RECIBIDO VACUNAS DURANTE LAS ULTIMAS 4 SEMANAS? CUALES VACUNAS:
		HA TENIDO VARICELA? SI O NO EL MES, EL DIA, Y EL AÑO DE LA ENFERMEDAD DE VARICELA: _____ / _____ / _____
		MUJERES: ESTA EMBARAZADA O HAY POSIBILIDAD QUE SE EMBARAZE DURANTE EL PROXIMO MES? LA FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION:

FIRMA DE ENFERMERA: _____ FECHA: _____

Divulgación de Información de Salud Protegida

Nuestro compromiso aquí en CCNCPHD es servir a nuestros clientes con profesionalismo y cuidado, asegurándose en todo momento para proteger la privacidad y seguridad de información de salud protegida por todos. Durante el curso de servir a sus intereses puede ser necesario compartir información con otros profesionales de la salud o socios de negocios. Los siguientes son ejemplos de casos donde la información puede ser compartida:

- Durante tratamiento, podemos encontrarlo necesario para la adquisición de un análisis de laboratorio.
- Pago propósitos, podemos utilizar los servicios de un servicio de facturación.
- Durante las operaciones de atención médicas, puede necesitar una segunda opinión y puede consultar con un subcontratista / médico o la necesidad de compartir información entre departamentos dentro del Departamento de salud para programas futuros a su disposición para mejorar la atención al paciente / problemas de salud.

Aquí en CCNCPHD estamos comprometidos a obedecer todos los federales, estatales y locales de las leyes y reglamentos sobre prácticas de privacidad. Si se necesitan otros usos o divulgaciones que los mencionados anteriormente, información solo saldrá con la autorización por escrito de la persona en cuestión. Esta autorización será revocable en cualquier momento por el individuo, conforme a lo dispuesto por la ley. Si usted tiene alguna pregunta o comentario con respecto a su información protegida de salud, no dude en contacto con nuestro oficial de cumplimiento. He leído y entiendo el aviso anterior de prácticas de privacidad.

HE COMPLETADO Y REVISADO TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR.

FIRMA: _____ FECHA: _____

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE: _____

SI USTED TIENE SEGURO MEDICO INCLUYENDO MEDICAID Y MEDICARE NO QUALIFICA PARA LAS VACUNAS DE EL PROGRAMA DE ADULTO.
TENEMOS ESTAS VACUNAS DEBAJO EL PROGRAMA DE VACUNAS PRIVADAS. POR FAVOR PIDA A AYUDANTES DE PERSONAL LOS PRECIOS DE VACUNAS PRIVADAS.