



Formulario de admisión del paciente 2024

Escriba claramente. Llene toda la información.

PÁGINA 1 DE 7

Información del paciente

APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
CORREO ELECTRÓNICO				
N.º DE SEGURO SOCIAL (SI TIENE UNO)			FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN			CIUDAD, ESTADO	
CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (CASA)		TELÉFONO (CELULAR)	
SEXO (AL NACER)	☐ MASCULINO	☐ FEMENINO	IDIOMA PREFERIDO	☐ INGLÉS ☐ ESPAÑOL ☐ ÁRABE ☐ OTRO _____

Busque el número de personas en su familia/hogar en la primera columna.
Marque la casilla de la columna de ingresos que mejor describa su situación.

TAMAÑO DE LA FAMILIA	MENOS QUE O IGUAL A	MENOS QUE O IGUAL A	MENOS QUE O IGUAL A	MENOS QUE O IGUAL A	MENOS QUE O IGUAL A	IGUAL O SUPERIOR A
1	☐ \$15,060	☐ \$18,072	☐ \$20,030	☐ \$20,331	☐ \$21,386	☐ \$29,367
2	☐ \$20,440	☐ \$24,528	☐ \$27,186	☐ \$27,594	☐ \$29,025	☐ \$39,858
3	☐ \$25,820	☐ \$30,984	☐ \$34,341	☐ \$34,857	☐ \$36,665	☐ \$50,349
4	☐ \$31,200	☐ \$37,440	☐ \$41,496	☐ \$42,120	☐ \$44,304	☐ \$60,840
5	☐ \$36,580	☐ \$43,896	☐ \$48,652	☐ \$49,383	☐ \$51,944	☐ \$71,331
6	☐ \$41,960	☐ \$50,352	☐ \$55,807	☐ \$56,646	☐ \$59,584	☐ \$81,822
7	☐ \$47,340	☐ \$56,808	☐ \$62,963	☐ \$63,909	☐ \$67,223	☐ \$92,313
8	☐ \$52,720	☐ \$63,264	☐ \$70,118	☐ \$71,172	☐ \$74,863	☐ \$102,804

Información del contact de emergencia

APELLIDO		NOMBRE		
RELACIÓN	DIRECCIÓN			
CIUDAD ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (CELULAR)		
TELÉFONO (CASA)	IDIOMA PREFERIDO	☐ INGLÉS	☐ ESPAÑOL	☐ ÁRABE ☐ OTRO _____



Formulario de admisión del paciente 2024 (cont.)

PÁGINA 2 DE 7

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Si no tiene seguro, puede solicitarnos una estimado de sus costos antes de recibir atención. Nuestro personal consultará con el manager de la clínica para obtener este estimado.

Información del seguro / titular de la póliza

Información del seguro primario

¿QUIÉN ES EL TITULAR DE LA PÓLIZA?	
☐ PADRE/TUTOR	☐ CÓNYUGE ☐ PROPIO ☐ OTRO _____
NOMBRE DE LA ASEGURADORA	
DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA	CIUDAD, ESTADO DE LA ASEGURADORA
CÓDIGO POSTAL DE LA ASEGURADORA	

Información del titular de la póliza del seguro principal

APELLIDO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
INICIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	SUFIJO ☐ JR. ☐ SR. ☐ OTRO _____	FECHA DE NACIMIENTO	
TELÉFONO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
CIUDAD, ESTADO TITULAR DE LA PÓLIZA		CÓDIGO POSTAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
N.º DE ID DE LA PÓLIZA		N.º DE GRUPO/PLAN	

Información del titular de la póliza del seguro secundario

APELLIDO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
INICIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	SUFIJO ☐ JR. ☐ SR. ☐ OTRO _____	FECHA DE NACIMIENTO	
TELÉFONO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
CIUDAD Y ESTADO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		CÓDIGO POSTAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
N.º DE ID DE LA PÓLIZA		N.º DE GRUPO/PLAN	

FOR OFFICE USE ONLY

☐ DOCUMENTS REVIEWED ☐ PAY STUB ☐ TAX STATEMENT ☐ W2 ☐ LETTER OF SUPPORT ☐ _____



NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

Antecedentes del paciente

Raza	Etnicidad	Identidad de género	Orientación sexual
☐ INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA	☐ HISPANO O LATINO	☐ FEMENINO	☐ BISEXUAL
☐ ASIÁTICO	☐ NO HISPANO NI LATINO	☐ MASCULINO	☐ LESBIANA, GAY
☐ NEGRO O AFROAMERICANO		☐ NI HOMBRE NI MUJER EXCLUSIVAMENTE	☐ ALGO MÁS
☐ NATIVO DE HAWÁI	Lugar de nacimiento	☐ TRANSGÉNERO FEMENINO A MASCULINO	☐ HETEROSEXUAL (NO LESBIANA NI GAY)
☐ OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO	☐ ESTADOS UNIDOS	☐ TRANSGÉNERO MASCULINO A FEMENINO	☐ NO SÉ
☐ DOS O MÁS	☐ OTROS, (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____ _____ _____	☐ PREFIERE NO RESPONDER	☐ PREFIERE NO RESPONDER
☐ BLANCO (CAUCÁSICO)		☐ OTRO _____	
☐ NO RESPONDIÓ / PREFIERE NO RESPONDER			

Situación de vivienda

¿ESTÁ SIN HOGAR?	☐ SÍ	☐ NO	¿ES VETERANO DE LAS FUERZAS ARMADAS	☐ SÍ	☐ NO
EN CASO AFIRMATIVO: ☐ REFUGIO ☐ CALLE ☐ VIVIENDA CON OTRA FAMILIA ☐ VIVIENDA TRANSITORIA					

Programas

ACTUALMENTE RECIBE VALES DE ALIMENTOS?	☐ SÍ	☐ NO	ACTUALMENTE RECIBE WIC	☐ SÍ	☐ NO	¿NECESITA AYUDA PARA PAGAR MEDICAMENTOS?	☐ SÍ	☐ NO
--	-----------------------------	-----------------------------	------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------

Farmacia de alimentos de Neighborhood Health

¿QUIERE RECIBIR UNA CAJA DE ALIMENTOS HOY?	☐ YES	☐ NO
--	------------------------------	-----------------------------

Conocimientos de salud

 Marque su respuesta a las siguientes preguntas:

A. ¿CON QUÉ FRECUENCIA NECESITA QUE ALGUIEN LE AYUDE A LEER MATERIALES MÉDICOS?	☐ SIEMPRE	☐ CON FRECUENCIA	☐ AVECES	☐ OCASIONALMENTE	☐ NUNCA
¿CON QUÉ FRECUENCIA TIENE UN PROBLEMA PARA ENTENDER LO QUE SE LE DICE ACERCA DE SU CONDICIÓN MÉDICA?	☐ SIEMPRE	☐ CON FRECUENCIA	☐ AVECES	☐ OCASIONALMENTE	☐ NUNCA

¿Cómo se enteró de nosotros?

☐ AMIGO/FAMILIA	☐ NUESTRO PERSONAL	☐ GOOGLE	☐ FACEBOOK	☐ TWITTER
☐ NUESTRO SITIO WEB	☐ PUBLICIDAD (POSTAL, PERIÓDICO, ETC.)	☐ VI LA CLÍNICA	☐ EVENTO COMUNITARIO	☐ OTRO _____



NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Acerca de usted

Cuéntenos sobre sus antecedentes. Esto nos ayuda a brindar la mejor atención posible.

Protegeremos su privacidad. Tratamos su información de manera confidencial.

Alergias

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA REACCIÓN ALÉRGICA?	☐ SÍ	☐ NO	ALERGIAS A MEDICAMENTOS
ALERGIAS A LOS ALIMENTOS			OTRAS ALERGIAS (LÁTEX, PICADURAS DE ABEJA, ETC.)

Información sobre la farmacia

NOMBRE DE LA FARMACIA	TELÉFONO
DIRECCIÓN/UBICACIÓN	

Dental

¿ACTUALMENTE TIENE PROBLEMAS DE DOLOR DENTAL?	☐ SÍ	☐ NO	¿SUS ENCÍAS SANGRAN?	☐ SÍ	☐ NO
¿ALGUNA VEZ HA TOMADO UN TRATAMIENTO DE PREMEDICACIÓN CON ANTIBIÓTICOS?					
☐ SÍ ☐ NO					

Historial familiar ☐ SE DESCONOCE EL HISTORIAL FAMILIAR DE NACIMIENTOS

¿En su familia existe alguna de las siguientes afecciones?

	MADRE	PADRE	HERMANOS	ABUELOS
ALCOHOLISMO	☐	☐	☐	☐
CÁNCER (¿DE QUÉ TIPO?)	☐ _____ _____	☐ _____ _____	☐ _____ _____	☐ _____ _____
DIABETES	☐	☐	☐	☐
DEPENDENCIA DE DROGAS	☐	☐	☐	☐
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	☐	☐	☐	☐
HIPERTENSIÓN	☐	☐	☐	☐
COLESTEROL ALTO	☐	☐	☐	☐
ENFERMEDAD MENTAL	☐	☐	☐	☐
DERRAME CEREBRAL	☐	☐	☐	☐
PARO CARDÍACO REPENTINO (MENOR DE 50 AÑOS)	☐	☐	☐	☐
OTRO (POR FAVOR EXPLIQUE)	☐ _____ _____	☐ _____ _____	☐ _____ _____	☐ _____ _____
FALLECIDO	☐	☐	☐	☐

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Su historial medico ¿TIENE O HAS TENIDO ALGUNA VEZ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES?

- | | |
|--|---|
| ☐ TDAH | ☐ CÁLCULOS RENALES |
| ☐ TRASTORNOS SUPRARRENALES | ☐ LUPUS |
| ☐ ABUSO DE ALCOHOL | ☐ MALARIA |
| ☐ ANEMIA | ☐ MIGRAÑAS / DOLORES DE CABEZA SEVEROS |
| ☐ ANOREXIA (TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN) | ☐ ESCLEROSIS MÚLTIPLE |
| ☐ TRASTORNO DE ANSIEDAD | ☐ PAPERAS |
| ☐ ARTRITIS | ☐ Distrofia muscular |
| ☐ ASMA | ☐ ALERGIAS NASALES / FIEBRE DEL HENO |
| ☐ TRASTORNO BIPOLAR | ☐ OTROS PROBLEMAS DE HUESOS O ARTICULACIONES |
| ☐ TRASTORNOS DE SANGRADO | _____ |
| ☐ COÁGULOS DE SANGRE / TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN | ☐ OTRAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO, ESTÓMAGO O INTESTINALES |
| ☐ BULIMIA (TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN) | _____ |
| ☐ CÁNCER | ☐ OTROS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL |
| ☐ ENFERMEDAD CELÍACA | _____ |
| ☐ VARICELA | ☐ OTROS PROBLEMAS NEUROLÓGICOS |
| ☐ CLAMIDIA | _____ |
| ☐ ENFERMEDAD CRÓNICA DE RIÑONES O VEJIGA | ☐ OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS) |
| ☐ SINUSITIS CRÓNICA | _____ |
| ☐ CONMOCIONES CEREBRALES | ☐ NEUMONÍA |
| ☐ CONVULSIONES | ☐ SÍNDROME DE OVARIO POLICÍSTICO (SOP) |
| ☐ EPOC | ☐ SORIASIS |
| ☐ DEPRESIÓN | ☐ TERAPIA DE RADIACIÓN |
| ☐ DIABETES | ☐ ESQUIZOFRENIA |
| ☐ ECZEMA | ☐ ÚLCERAS ESTOMACALES / DUODENALES |
| ☐ TRASTORNOS OCULARES (EXCEPTO ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO) | ☐ DERRAME CEREBRAL / ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT) |
| ☐ FRACTURAS DE HUESOS | ☐ SÍFILIS |
| ☐ HERPES GENITAL | ☐ TRASTORNO DE LA TIROIDES |
| ☐ VERRUGAS GENITALES | ☐ TUBERCULOSIS |
| ☐ GONORREA | ☐ FIEBRE TIROIDEA |
| ☐ PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN | ☐ COLITIS ULCEROSA / ENFERMEDAD DE CROHN |
| ☐ ENFERMEDAD CARDÍACA / ATAQUE CARDÍACO | |
| ☐ SOPLO CARDIACO | |
| ☐ TIPO DE HEPATITIS: _____ | |
| ☐ HIPERTENSIÓN | |
| ☐ COLESTEROL ALTO | |
| ☐ INFECCIÓN DE VIH | |
| ☐ URTICARIA | |
| ☐ VPH | |
| ☐ INCONTINENCIA | |
| ☐ MONONUCLEOSIS INFECCIOSA | |
| ☐ SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE | |

Historial ginecológico

FECHA DEL ÚLTIMO PERIODO MENSTRUAL

FECHA DE LA ÚLTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

¿HISTORIAL DE PRUEBA PAPANICOLAOU ANORMAL?

☐ SÍ ☐ NO

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN DE MAMA

¿HISTORIAL DE EXAMEN DE MAMA ANORMAL?

☐ SÍ ☐ NO

NÚMERO TOTAL DE EMBARAZOS

NÚMERO DE HIJOS NACIDOS

¿ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA O LACTANDO?

☐ SÍ ☐ NO

Nivel de actividad

Diría que su nivel de actividad es:

- ☐ **POCO EJERCICIO:** Sentado la mayor parte del día; trabajo de escritorio; poca actividad.
Por ejemplo, caminar de 10 a 15 minutos 1 o 2 veces a la semana.
- ☐ **ALGO DE EJERCICIO:** Actividad que aumenta su frecuencia cardíaca y lo hace sudar.
Por ejemplo, caminar rápidamente 30 minutos al día, 5 días a la semana.
- ☐ **MUCHO EJERCICIO:** Actividad que hace que aumente su frecuencia cardíaca y lo hace respirar fuerte y rápido.
Por ejemplo, trotar o correr durante al menos 1 hora y 15 minutos todas las semanas.

Consumo de sustancias

- ☐ ¿BEBE ALCOHOL?
- ☐ ¿FUMA?
- ☐ ¿CONSUME DROGAS RECREATIVAS?
- ☐ ¿FUMA CON VAPORIZADOR?



Formulario de consentimiento del paciente

PÁGINA 7 DE 7

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

	Resumen	Detalles completos
Iniciales Aquí	Quiero recibir el tratamiento que Neighborhood Health (NH) me recomienda.* Acepto que NH me trate.* *O a un hijo menor si él/ella es el paciente y yo soy el padre o tutor legal y puedo autorizar el tratamiento.	Doy mi consentimiento para la evaluación y el tratamiento que se considere necesario o aconsejable a juicio de un médico de NH u otro proveedor clínico. Esto puede incluir, entre otros, una entrevista, un examen físico, análisis clínicos u otros servicios prestados al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del proveedor.
Iniciales Aquí	Acepto que la aseguradora, Medicare, TennCare u otros programas puedan pagar mi factura. Permito que NH se quede con estos pagos.	En consideración por los servicios brindados, por el presente transfiero y cedo a NH todos los derechos, títulos e intereses de cualquier pago adeudado a mí (o a mi hijo(a)) por los servicios descritos en este documento, según lo dispuesto en la póliza o pólizas de seguro mencionadas anteriormente. NH puede divulgar todo o parte del expediente del paciente (incluyendo información sobre tratamiento psiquiátrico, abuso de alcohol y drogas, familiares o empleadores del paciente) en relación con todo o parte del cargo de la clínica, incluidas, entre otras, a compañías de servicios médicos y dentales, aseguradoras, compañías de compensación al trabajador, fondos de asistencia social o al empleador del paciente. Por el presente acepto que todos los pagos de Medicaid / Medicare relacionados con mi tratamiento (o el de mi hijo(a)) se asignen a NH.
Iniciales Aquí	Acepto pagar las tarifas adeudadas y que no están cubiertas por el seguro, Medicare, TennCare u otros programas.	Acepto que, como contraprestación por los servicios que se me brindarán (o a mi hijo(a)), estoy obligado a pagar las tarifas correspondientes según los ingresos de mi hogar y el tamaño de mi familia. Entiendo que NH puede presentar la reclamación de seguros como cortesía. Sin embargo, si una reclamación se rechaza por cualquier motivo, soy responsable del pago. También entiendo que debo pagar cualquier copago, deducible, coaseguro o cualquier otro saldo no pagado por mi seguro o un pagador externo (o el de mi hijo(a)) dentro de un período de tiempo razonable que no exceda los noventa (90) días.
Iniciales Aquí	NH puede contactarme por teléfono, correo electrónico y mensaje de texto.	Doy mi permiso para que NH se comunice conmigo por teléfono, correo electrónico y mensaje de texto con respecto a citas, resultados de análisis clínicos, facturación y avisos. Sé que puedo optar por no recibirlos informando a NH que no deseo recibir mensajes de una manera en particular.
Iniciales Aquí	NH me ofreció un aviso sobre privacidad. NH también me ofreció un aviso sobre mis derechos como paciente.	Se me ha ofrecido (a) una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la ley HIPAA por parte de NH; y los (b) Derechos y responsabilidades del paciente de Neighborhood Health. Sé que puedo encontrar estos documentos en línea en www.neighborhoodhealthtn.org . También sé que NH me enviará una copia de estos documentos por correo electrónico o postal si los solicito.
Iniciales Aquí	Sé que NH conservará una copia de esto.	Autorizo a NH a utilizar una copia de estas autorizaciones y asignaciones. NH archivaré cualquier original impresa. Su autorización sigue siendo válida a menos que y/o hasta que la revoque por escrito.
Iniciales Aquí	Sé que todos son bienvenidos en Neighborhood Health.	Si he sido discriminado por motivos de raza, color u origen nacional, sé que puedo presentar una queja ante NH en virtud del Título VI llamando al 615-227-3000 x1007. También puedo presentar una queja ante la oficina regional o central del Departamento de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, o la Oficina de Derechos Civiles, en 101 Marietta Tower, Suite 2706, Atlanta, GA.

Sé que Neighborhood Health utilizará la información de este formulario cuando me brinde atención a mí y a mi familia. Toda la información que proporcione en este formulario es verdadera y precisa.

FIRMA: X _____ FECHA: _____