

STERLING HEALTH CARE – PAQUETE DE ADULTOS
Para acelerar el proceso de registro, por favor llene toda la información.

Sterling Health Care

Sterling Women's Care

Bath Family Health Services

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ Segundo nombre: _____

Género: M/H SSN: _____ Fecha de nacimiento: _____ Apodo: _____

Estado civil: Divorciado Casado Apartado Soltero Desconocido Viuda

Carrera: Los indios Americanos/nativos de Alaska Asiático Negro/afroamericano Nativo de Hawaii Blanco Otro

Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino no

Dirección: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

La comunicación preferdo: Teléfono/Dirección de correo electrónico

Teléfono de contacto preferido: Casa Celda Tabajo Idioma preferido: Inglés Español Requiere intérprete

Arreglos de vivienda Solo Familia Institución Relativo Compañeros Sólo el cónyuge

Situación de vida Sin hogar Transicional Doblar Calle Otro Desconocido No sin hogar

Trabajador agrícola Inmigrante Estacional Eres un veterano Sí No

¿Quién fue el ultimo proveedor de atención primaria? _____

Razón de Transferencia de Cuidado _____

En caso de emergencia, por favor, póngase en contacto con:

Nombre _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Dirrección _____

Farmacia: _____

Información del seguro:

Seguro primario: _____ ID# _____ Grupo# _____

Seguro secundario: _____ ID# _____ Grupo# _____

Nombre del suscriptor: _____ Suscriptor Fecha de Nacimiento _____

Suscriptor Género: _____ Suscriptor de teléfono _____

Direcciones de abonado, si es diferente del paciente: _____

Informacion de Empleo

Tiempo complete Medio tiempo Desempleados Estudiante a tiempo complete

Estudiante de medio tiempo Retirado Desconocido Servicio military activo

Nombre del empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Dirección del empleado: _____

Información sobre los ingresos de los hogares

¿Cuál es su ingreso familiar anual?

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

Sin ingresos Menos bronceado 24,999 25,000 a 39,999 40,000 a 59,999 60,000 a 99,999 100,000 o más

¿Está buscando un tratamiento que so relacionado a una lesió de compensación para trabajadores o accidente de auto? Sí No

Información médica

Por favor liste cualquier condición médica que actualmente está siendo tratado por: _____

Las alergias

Los medicamentos	
Vacunas	
Comida	
Otro	

Las lesiones graves o accidentes: _____

Por favor liste cualquier operación que haya tenido:

Año en que ocurrió	Operació/Cirugía

Por favor enumerar otros medicos que se ven y por qué se les ve:

Preveedo/Médico	Condición/razón se les ve

¿Se requiere tratamiento/medicación para el dolor crónico? Sí No

¿Cómo se entero de ley de Salud? _____

¿Alguna vez ha tenido un cateterismo cardíaco? Sí No Si es así, ¿cuándo? _____

¿Ha tenido algún stents arteriales metido? Sí No Si es así, ¿cuándo? _____

¿Alguna vez ha tenido una colonoscopia? Sí No Si es así, ¿cuándo? _____ ¿dónde? _____

Historia de la inmunización

Por favor, indique la fecha de las siguientes vacunas:

Vacunación	Fecha de Inmunización
La influenza (gripe)	
Neumonía	
El tétanos/Tdap	
Hepatitis B	
Hepatitis A	
Herpes	

Sólo para Mujeres

¿Está embarazada o podría estar? Sí No Fecha de la última menstruación _____

¿Ha tendio una histerectomía? Sí No Si sí, cuándo _____

¿Tiene someten a una prueba de Papanicolaou? Sí No Fecha de la última prueba _____

¿Tiene regularmente una mamografía? Sí No Fecha de la última prueba _____

El número de hijos nacidos vivos? _____ ¿Cuántos abortos involuntarios? _____

¿Cuántas muertes fetales? _____ ¿Cuántas operaciones de cesárea? _____

¿Cuántos nacimientos prematuros? _____ Complicaciones del embarazo? _____

Historia familiar

Por favor, enumere las condiciones de salud experimentados por los parientes (Marque solamente las que se aplican):

Condición	¿Qué relative? (Mamá, Papá, Abuelo, Tía, Tío, Hermano, Hermana, Otro)	Condición	¿Qué relative? (Mamá, Papá, Abuelo, Tía, Tío, Hermano, Hermana, Otro)
Ataque al corazón	Años:	Colitis	
Alta presión sanguínea		Enfermedad de Crohn	
Insuficiencia Cardíaca		Los pólipos de colon	
Congestiva Salud		Hepatitis	
La cardiopatía reumática		Úlcera estomacal	
Cardiopatía congénita		Enfermedad del riñón	
El cancer de mama	Años:	Carrera	
Cáncer de colon	Años:	Migraña	
Leucemia		Convulsiones	
El melanoma (cancer de piel)		Diabetes	
Cáncer de ovaries		Coto	
Cáncer pancreático			

Cualquier otro tipo de cáncer		Tendencia a sangrar	
Asma		Suicidio	
Tuberculosis		Enfermedad mental	
Otro		Drogas o abuso de alcohol	

Hábitos personales

¿Fumas? Sí No Lo que fuma? Cigarrillos Tubo Cigarros

¿Cuánto tiempo ha fumado? _____ ¿Cuántos paquetes por día? _____

¿Ha fumado regularmente en el pasado? Sí No ¿Cuándo dejar de fumar? _____

¿Alguna vez ha usado drogas recreativas? Sí No ¿Cuando? _____ ¿Qué? _____

¿Usted Toma alcohol con regularidad? Sí No

Cerveza: Número de botella o latas por día _____

Vino: Número de vasos por día _____

Espíritu: Número de onzas por día _____

¿Ha tenido 6 o más bebidas alcohólicas durante una session de bebida en el ultimo año? Sí No

¿Ha tenido más de una pareja sexual en el pasado 24 de mes? Sí No

¿La persona que vive con el golpe, ni hacerte daño fisicamente en el pasado? Sí No

Alguna de las personas que verbalmente abusado? Sí No

¿Hay algo más que usted piensa que necesitamos saber acerca de usted? Si es así, por favor explique en el espacio provisto a continuación.

Firma: _____

Fecha: _____

