

# Historial de Salud

Nombre:	Fecha de hoy:
Apodo:	Fecha de Nacimiento:
Numero de Telefono:	Otro Telefono:
Medico Particular:	Person que la Refiere:

## Perfil Personal

Estado Civil:	___ Casada ___ Pareja ___ Soltera ___ Viuda ___ Divorciada
Orientacion Sexual:	___ Heterosexual ___ Homosexual ___ Bisexual
Nivel de Educacion:	___ Prepa ___ Colegio ___ Otra
Trabajo Actual:	Cuantas Personas Viven con Usted:

## Operaciones/Hospitalizaciones

Razon	Fecha	Hospital

## Medicamentos

Incluyendo Hormonas, Vitaminas, Hierbas, Medicamentos No Recetados					
Nombre	Dosis	Quien lo Receto	Nombre	Dosis	Quien lo Receto

## Vacunas

	Fecha		Fecha
Tetano		Hepatitis A	
Influenza		Hepatitis B	
Sarampion/Paperas/Rubeola		Varicella	
Tuberculosis		Neumonia	

## Alergias

Lista de Alergias	Reacciones

## Historial Personal

___ Anemia	___ Hipoglucemia
___ Ansiedad/Deprecion	___ Trastorno de los lipidos
___ Asma	___ Accidente de Transito
___ Dolor de Senos	___ Musculoesqueletico
___ Cancer	___ Problema Neurologico

### Historial Personal

(Continuacion)

___ Dermatologia	___ Osteoporosis/Huesos rotos
___ Diabetes	___ Abuso Fisico/Emocional/Verbal
___ Cansancio	___ Enfermedades Transmitidas Sexualmente
___ Problemas intestinales	___ Alergias
___ Problema de Tracto Urinario	___ Abuso de Substancias
___ Garganta/Nariz/Ojos/Oidos	___ Problemas de tiroides
___ Hipertension	___ Coagulos de Sangre
___ Dolor de Cabeza/Migrañas	___ Varices
___ Enfermedad del corazon	___ Lentes/Contactos

### Historial Social

	SI	NO	Notas
Fuma? En el Pasado? Paquetes al Dia: Años:			
Alcohol: Bebidas al dia?			
Uso de Drogas: En el Pasado?			
Usa el Cinturon de Seguridad?			
Ejercicio: Cuanto Tiempo y que Frecuente?			
Consumo de Lacteos/Suplementos de Calcio: Cantidad?			
Abuso Sexual,Fisico, Emocional, Verbal?			

### Historial Medica Familiar

Madre: __ Viva __ Difunta/Causa: Edad:	Padre: __ Vivo __ Difunto/Causa : Edad:				
Hermanos: Vivos: Difuntos: Causas/Edades:					
Hijos: Vivos: Difuntos: Causas/Edades:					
Enfermedades	Si	Parientes	Enfermedades	Si	Parientes
Diabetes			Tuberculosis		
Derame Cerebral			Defectos de Nacimiento		
Problemas del Corazon			Uso de Alcohol/Drogas		
Cuagulos en Pulmones o Piernas			Cancer de Senos		
Hipertension			Cancer del Colon		
Colesterol Alto			Cancer de Ovarios		
Osteoporosis			Cancer de Uterino		

### Historial Ginecologa

Ha Tenido Relaciones Sexuales?	Actualmente tiene Relaciones Sexuales?
Edad de Primera Menstruacion:	Metodo Anticonceptivo:

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
---------	----------------------

**Historial Ginecologa**  
 (Continuacion)

Cuantos Dias Dura Su Menstruacion:	Metodo Actual Anticonceptivo:
Edad de Menopausia:	Ha Tenido Una Enfermedad Transmitida Sexualmente?
Fecha de Reciente Mamograma:	
Fecha de Reciente Analisis Dexa:	Fecha de su Ultima Colonoscopia:
Fecha de Reciente Papanicolaou:	Resultado Reciente de Papanicolaou?
Ha Tenido un Papanicolaou Abnormal?	Cambios Recienites de su Menstruacion?
Se Examina Sus Senos Regularmente?	

**Nombre de Medico Particular Reciente/Pasado**

Nombre de Medico	Reciente/Pasado

**Nombre de Farmacia**

--

**Lesiones/Accidentes/Enfermedades**

Tipo	Fecha

**Historial Obstetrica**

		Numero			Numero			Numero
Embarazos?			Abortos?			Abortos Espontaneo?		
Nacimientos Prematuros?			Nacio Vivo?			Hijos Vivos?		
	Fecha de Nacimiento	Pezo	Genero	Semanas de Embarazo	Tipo de Nacimiento	Complicaciones		
1								
2								
3								
4								
5								
4								
5								

**Informacion Adicional**


Nombre:	Fecha de Nacimiento:
---------	----------------------

**Valley Women's Health, PC**  
2700 SE Stratus Ave, Suite 301  
McMinnville, OR 97128  
Phone: (503)-474-1148  
Fax: (503) 434-6148

John B. Neeld, MD  
Brandi J. Spence, MD  
Nancy E. Manley, WHCNP  
Samantha Rynearson, CNM  
Natasha K. Lawson, CNM  
Corrie Wilder, CNM

---

**Informacion del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ PO Box: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Domicilio de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Medico Particular: \_\_\_\_\_ Quien la Refiere: \_\_\_\_\_

**Esposo/Padres/Custodio**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ PO Box \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

**Aseguranza**

Primario: \_\_\_\_\_ Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_  
Persona Asegurada: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_  
Trabajo: \_\_\_\_\_  
Secundario: \_\_\_\_\_ Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_  
Persona Asegurada: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_  
Trabajo: \_\_\_\_\_

**En Caso de Emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Autorizacion para hacer uso y requerimiento de informacion medica y asignacion de beneficios

Yo les autorizo a Valley Women's Health el uso y requerimiento de cualquier informacion necesaria para el proceso de esta cuenta. Y tambien que se haga pago de mis beneficios directamente a mi doctor.

Entiendo que el pago de los servicios rendidos es ultimadamente mi responsabilidad, sin importar la cobertura de mi aseguranza. Se puede usar una fotocopia de esta autorizacion en lugar de la original, y es valida hasta que se revoque por escrito.

Firma del Paciente/ Custodia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



### ***Plan de Accion Financiero***

2700 SE Stratus Ave, Suite 301  
McMinnville, OR 97128  
Telefono (503)474-1148  
Fax (503)434-6148

Para continuar ofreciendo el mejor cuidado medico, a continuacion encontrara nuestras opciones acerca los pagos y requisitos que nuestra clinica requiere y ofrece.

- **Al recibir su factura, se requiere pago completo.**
- **Copagos:** Si su seguro medico requiere un copay, el contrato entre su seguro y nosotros requiere que el copay sea pagado el dia de su cita.
- **Seguro:** Enviaremos la factura a su seguro medico, cualquier cantidad que el seguro no pague, sera enviado directamente al paciente y sera su responsabilidad.
- **Pacientes con Medicare:** Tenga en cuenta que Medicare no cubre todos los servicios y que usted sera financieramente responsable por cualquier servicio no pagado por Medicare.
- **Cuentas delincuentes:** Todas las cuentas son consideradas delincuentes si tienen mas de 60 dias.
- **Pacientes sin seguro:** Ofrecemos un descuento a los pacientes sin seguro si pagan el dia de su cita. Requerimos pago completo por los servicios.
- **Plan de pagos:** En ciertos casos, podemos extender sus pagos mensuales, si deca hacer pagos mensuales favor de hablar con la recepcionista.

*\*\*Aceptamos dinero en efectivo, cheques, tarjeta de credito o debito\*\**

Al firmar abajo indica que usted ha leído y acepta los terminos indicados.

---

Firma del Paciente

---

Fecha

# Valley Women's Health, PC

## Forma de consentimiento del paciente para uso y divulgacion de informacion medica

Con mi consentimiento, Valley Women's Health, PC puede usar mi informacion medica para uso de tratamiento, pagos y operaciones. Favor de referir al aviso sobre practicas de privacidad de Valley Women's Health, PC para mas detalles.

Tengo el derecho de revisar el aviso sobre practicas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Tal como Valley Women's Health, PC tiene el derecho tambien de hacerlo. Para obtener una copia, favor de mandar por escrito a Valley Women's Health, PC Privacy officer al 2700 SE Stratus Ave Ste 301 McMinnville, OR 97128.

Con mi consentimiento, Valley Women's Health, PC puede contactarme ya sea por telefono, dejar mensaje (en la maquina contestadora o con alguna persona) o por correo, para recordarme de alguna cita que tenga en la clinica, preguntas acerca de mi seguro medico, resultados de mis exámenes o de algun laboratorio.

Por favor avisenos si usted no desea que le contactemos para recordatorios de sus citas, o si no desea recibir informacion relacionada con la salud. Si usted nos avisa por escrito que no desea recibir tales comunicaciones, no usaremos ni divulgaremos su informacion para estos propositos.

Al firmar esta forma, Valley Women's Health, PC tiene mi consentimiento de usar y divulgar mi informacion medica. Si decido no firmar esta forma de consentimiento, Valley Women's Health, PC tiene el derecho de negarme cuidado medico.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Recibo de Aviso sobre Practicas de Privacidad por escrito**

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido / rechazado una copia del aviso sobre practicas de privacidad de **Valley Women's Health, PC**.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Valley Women's Health, PC

2700 SE Stratus Ave, Suite 301

McMinnville, OR 97128

Telephone (503)474-1148

Fax (503)434-6148

Por favor completar la siguiente sección con respecto a su información médica. Es la póliza de nuestra clínica de cumplir con las leyes del estado en mantener su diagnóstico y tratamiento médico confidencial a menos que como paciente nos autorice. Información médica únicamente será compartida a las personas mencionadas en esta forma.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
-----

## Tenemos permiso de:

Dejar mensajes en su celular?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Dejar mensaje en su teléfono de casa?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Le podemos llamar al trabajo?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nos da permiso de hablar de su condiciones medica o historia médica con otros miembros de su familia?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Con que persona(s): \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Hay alguna condición médica o historia médica que NO podemos hablar con un familiar?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Con que persona(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Valley Women's Health, PC

**Consentimiento para Proporcionar Informacion de Medicamentos:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, comprendo que mi medico podra necesitar acceso a mi historial de medicamentos y prodia trabajar en conjunto con mi farmacia o aseguranza en manera de proveer tratamiento medico preciso.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representativo Personal del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Farmacia de Preferencia:** \_\_\_\_\_

**Solo para uso de la Clinica:**

- Patient refused to sign
- Patient unable to sign due to communication/language barrier
- Patient unable to sign due to emergency situation
- Other (please explain)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Office Representative Signature

\_\_\_\_\_  
Date