

MOSTELLAR MEDICAL CENTER-SOUTHWEST ALABAMA HEALTH SERVICES  
PATIENT REGISTRATION FORM

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Patient Account # \_\_\_\_\_ Chart# \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL PACIENTE

Nombre Legal del Paciente:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre : \_\_\_\_\_

Titulo: Señorita Señor Señeora de. Señora.

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Pronombre Preferido: \_\_\_\_\_  
(El, Ella, Ellos)

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

Sexo: Mujer Hombre No Revelar

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo  
Separado Legalmente Otro Nose

Cual es tu Genero?

Hombre Mujer Hombre Trans(Mujer a Hombre)  
Mujer Trans (Hombre a Mujer)  
Otro No Revelar

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_

Telefono Celular: \_\_\_\_\_

Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Mejor Numero Telefonico para usar Casa Celular Trabajo

Te consideras a ti mismo como :

Derecho/ Heterosexual Lesbiana, gay, u homosexual  
Bisexual Otro Nose No Revelar

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

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

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Metodo Preferico Para Contactar: Indique como le gustaria que le comuniquemos su informacion:

Telefono de casa, no mensaje Telefono de casa, dejar mensaje para devolver llamada correo elec. Carta  
Telefono Celular, no mensaje Telefono Celular, Dejar mensaje para devolver llamada Mensaje  
Telefono de Trabajo, no mensaje Telefono de Trabajo, Dejar mensaje para devolver llamada Paciente Rechaza

Nivel de Educacion: Preparatoria Postgrado  
Menos de Preparatoria Titulo Universitario

Grado mas alto completado: \_\_\_\_\_

INFORMACION FINANCIERA

Aseguranza: \_\_\_\_\_ Segunda Aseguranza: \_\_\_\_\_

Estado de Empleo: Empleado de Tiempo Completo Empleado de Medio Tiempo Estudiante de Tiempo completo  
Estudiante de Medio tiempo Retirado Otro

Indique la indentificacion aplicable: Vagabundo Migrante Trabajador Estacional

**\*\*TENGA EN CUENTA QUE SI NECESITA ALGUNA ASISTENCIA FINANCIERA PARA EL SERVICIO MEDICO, DEBE LLENAR EL FORMULARIO DE ESCALA DE HONORARIOS \*\*\***

**ESTA INFORMACION ES PARA FINES DEMOGRAFICOS UNICAMENTE Y NO AFECTARA SU CUIDADO**

**INFORMACION ADICIONAL**

**Raza:**  Asiatico  Nativo Hawaiano  Moreno/Africano Americano  Nativo Americano/Alaska Nativo  Blanco/Caucasian  
 Mas de una Raza  Otro (especifique) \_\_\_\_\_  No Revelar

**Identidad:**  Hispano/Latino/Latina  No Hispano/Latino/Latina **Pais de Nacimiento:**  USA  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Idioma Primario:**  Ingles  Lao  Español  Vietnamese  Otro (especifique) \_\_\_\_\_  No Revelar

**Necesita Interprete?**  Si  No **Estado Veterano:**  Veterano  No Veterano

**Farmacia Preferente:** \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, POR FAVOR CONTACTA A:**

Nombre	# de Telefono	Relacion con el Paciente

**AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_ doy la autorizacion para el acceso personal a mi informacion de salud, ya sea cara a cara, por escrito o por el servicio postal, Correo Electronico, Mensaje de texto a las siguientes personas:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) es una regulación del gobierno federal diseñada para garantizar que usted conozca sus derechos de privacidad y cómo nuestro personal puede usar su información médica para proporcionar y coordinar su atención médica.

MMC o SWAHS le proporciona el aviso adjunto, que proporciona información sobre cómo MMC o SWAHS y sus médicos<sup>1</sup> pueden usar y/o divulgar información médica protegida sobre usted para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y según lo permita la ley. **Al firmar este formulario, reconoce que ha recibido una copia del Aviso de prácticas de información de salud de MMC o SWAHS.**

El EHR es un esfuerzo conjunto de los médicos de la red MMC/SWAHS y otros médicos alineados con nuestro sistema de salud para respaldar por completo una experiencia de atención electrónica del paciente a través de la implementación de una plataforma común de registro de salud electrónico. Bayou La Batre Area Health se complace en ofrecer un EHR seguro como una conveniencia para comunicarse electrónicamente con usted.

Por la presente, autorizo a los proveedores clínicos de Mostellar Medical Center (MMC) o Southwest Alabama Health Services (SWAHS) a brindarme tratamiento a mí o a mi(s) dependiente(s), incluidos los procedimientos de diagnóstico, las pruebas o los tratamientos (incluidas las pruebas para el VIH) según él / ella lo considera necesario. Autorizo a Mostellar Medical Center o Southwest Alabama Health Services a proporcionar cualquier información de la compañía de seguros sobre la enfermedad y el tratamiento. Por la presente asigno a los proveedores clínicos todos los pagos por servicios médicos prestados a mí o a mi(s) dependiente(s). Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro. Además, entiendo que soy responsable de los honorarios de los abogados en los que se pueda incurrir a partir de la cantidad. También reconozco que he recibido el folleto "Aviso de prácticas de privacidad" que describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre mí o mis dependientes y cómo puedo obtener acceso a esta información.

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_ **Firma del Paciente, Familiar o Guardian Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha**

*The information requested on this registration form is required by HRSA, our government funding agency. The information is confidential and utilized to provide the highest quality care for our patients.*

**Mostellar Medical Center**  
**Hoja de Biotdatos de salud**  
**(Confidencial)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ MD: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Chart #: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Idioma Primario (por favor circule):  Ingles  Vietnamese  Laotian  Español

Forma Facil de aprender (por favor circule):  Leer  Demostrando  Video/TV  Fotos  Instrucciones Individuales

Barreras de Aprendizaje (por favor circule):  Idioma  Vision  Escuchando  Psicosocial  Cognitivo  Leyendo

**ALERGIAS**

Marque las alergias que haya tenido y anote las reacciones:

	Reactions:
<input type="checkbox"/> Penicilina	_____
<input type="checkbox"/> Sulfa	_____
<input type="checkbox"/> Aspirina	_____
<input type="checkbox"/> Codeina	_____
<input type="checkbox"/> Picadura /abeja	_____
<input type="checkbox"/> Comida	_____
<input type="checkbox"/> Otros	_____

**MEDICAMENTOS**

Haga una lista de los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre:

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

**IMMUNIZATIONS**

Marque las vacunas que haya recibido y anote el año en que se administro:

	Año:
<input type="checkbox"/> Rubeola	_____
<input type="checkbox"/> Sarampion	_____
<input type="checkbox"/> Tetano	_____
<input type="checkbox"/> neumovax	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis-B	_____
<input type="checkbox"/> Meningococo	_____
<input type="checkbox"/> Influenza	_____
<input type="checkbox"/> Otras	_____

**HISTORIAL MEDICO**

Papanicolaou Abnormal  
 Problemas de Alcohol  
 Anemia  
 Artritis  
 Astma  
 Problemas de Espalda  
 Problemas de Sangrado

**HISTORIAL MEDICO**

Problemas Intestinales  
 Cancer(Tipo): \_\_\_\_\_  
 Depresion  
 Diabetes  
 Drogadiccion  
 Efisema  
 Glaucoma  
 Gota  
 Fiebre del Heno  
 Perdida de Audicion  
 Problemas del Corazon  
 Hepatitis  
 Presion Alta  
 Problemas del Riñon  
 Problemas del Hgado  
 Problemas Mentales  
 Polipos del Intestino  
 Fiebre Reumatica  
 Convulciones  
 Enfermedad de Transmision Sexual  
 Problemas de Piel  
 Ataques  
 Ulceras Stomacales  
 Tuberculosis  
 Tiroides  
 Otro \_\_\_\_\_

(Por favor espesifique)

**HISTORIAL QUIRURGICO**

Por favor marque cualquier cirugia que haya tenido:

Apendice  
 Pechos  
 D&C  
 Vesicula biliar  
 Corazon  
 Hernia  
 Histerectomia  
 Prostata  
 Anginas  
 Otro \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL**

Usted:	SI	NO
Toma alcohol?	_____	_____
Usa Drogas?	_____	_____
Mastica Tabaco?	_____	_____
Fuma Cigarros?	_____	_____
Cajetillas al Dia _____	Años _____	
Usa cigarro electrico?	_____	_____
Nivel Academico mas alto?	_____	

**HISTORIA FAMILIAR**

Por favor marque las enfermedades que tienen o han tenido sus padres, abuelos, hermanos o hermanas:

	Miembro Familiar
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	_____
<input type="checkbox"/> Astma	_____
<input type="checkbox"/> Cancer	_____
	Tipo: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Polipos Familiares	_____
<input type="checkbox"/> Ataque/Corazon	_____
<input type="checkbox"/> Presion Alta	_____
<input type="checkbox"/> Problemas Mentales	_____
<input type="checkbox"/> Convulsiones	_____
<input type="checkbox"/> Derrame	_____

**HOSPITALIZACION**

Indique las fechas y motivos de todas las hospitalizaciones:

Fecha:	Rason:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## MUJERES SOLAMENTE

Edad de tu primer día de Periodo \_\_\_\_\_

# de veces embarazada \_\_\_\_\_

# de hijos con vida \_\_\_\_\_

Fecha de último papanicol? \_\_\_\_\_

Fecha de último mamograma? \_\_\_\_\_

Edad cuando su Periodo Paro: \_\_\_\_\_

### Metodo Anticonceptivo (circule)

Pastillas Condome DIU

Tubos Diafragma Esponja

No sexo cuando ovula Vasectomia

Ninguna

## MUJERES Y HOMBRES

Ha tenido más de una pareja sexual en el último año? SI or NO

Ha tenido sexo sin usar condón?  
SI or NO

Ha tenido sexo con alguien de su mismo sexo? SI or NO

## ORIENTACION SEXUAL

Te consideras tu mismo como:

\_\_\_ Lesbiana, gay, or homosexual

\_\_\_ Derecho o heterosexual

\_\_\_ Bisexual

\_\_\_ Algo más

\_\_\_ None

\_\_\_ No Revelar

## IDENTIDAD DE GENERO

Cual es tu identidad de genero actual?

\_\_\_ Hombre

\_\_\_ Mujer

\_\_\_ Transgenero hombre

\_\_\_ Transgenero Mujer

\_\_\_ Otro

\_\_\_ No Revelar

**Bayou La Batre Area  
Health Development Board, Inc.**

MOSTELLAR MEDICAL CENTER - SOUTHWEST ALABAMA HEALTH SERVICES

**PROGRAMA DE SOLICITUD PARA DESCUENTO**

Paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre
Segundo Nombre
Apellido

Direccion: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_

Direccion del empleado: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero del empleado: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico: \_\_\_\_\_

Tienes seguro medico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

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

Nombre del seguro medico: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Numero de poliza: \_\_\_\_\_

Haga una lista de los miembros de su hogar excepto usted mismo:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Seguro	Ingresos Mensuales/Anuales

INGRESO TOTAL DEL HOGAR AL AÑO \_\_\_\_\_

\*\* Por favor incluya el ingreso anual de todos los miembros del hogar \*\*

**Declaracion de ingresos**

Por la presente, acepto brindar información completa y precisa para determinar mi elegibilidad para tarifas reducidas. los funcionarios de este centro de salud tienen permiso para verificar esta información. Cooperaré plenamente al proporcionar documentación de mis ingresos si se solicita. Entiendo que la tergiversación deliberada puede dar lugar a un proceso civil y/o penal según las leyes estatales y federales. Si se producen cambios en mis ingresos o en el tamaño de mi familia durante este período de certificación de SFS, entiendo que soy responsable de informar estos cambios dentro de los 30 días hábiles a este centro de salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representativo Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

SFDP Descuento: \_\_\_\_\_ %

Fecha de Expiracion: \_\_\_\_\_

<b>Nombre</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b>		<b>Fecha</b>	
---------------	--	----------------------------	--	--------------	--

**\*\* Las siguientes preguntas estan formuladas para evaluar las necesidades potenciales de salud mental y uso de sustancias. Por favor revise las preguntas cuidadosamente y seleccione la respuesta mas apropiada.**

**PHQ-2 ( Detector de Depresion)**

1.	En las dos ultimas semanas con que frecuencia a tenido poco interes o placer de hacer las cosas?				
	0- Ninguna	1- Varios dias	2- Mas de la mitad	3- Casi todos los dias	
2.	En las ultimas dos semanas te has sentido deprimido o sin esperanza?				
	0- Ninguna	1- Varios dias	2- Mas de la mitad	3- Casi todos los dias	

**Detector de uso de sustancias**

Hombre :	Cuantas veces en el año a tomado, 5 o mas tragos en un dia ? ( Un trago = 1 lata de cerveza, o 1 copa de vino o 1.5 oz de licor ( 1 shot))	Ninguna	1 o mas
Mujer :	Cuantas veces en el año a tomado, 5 o mas tragos en un dia? ( Un trago = 1 lata de cerveza, o 1 copas de vino o 1.5 oz de licor (1 shot))		
Ambos :	Cuantas veces en el ultimo ano uso una droga recreativa o uso un medicamento recetado por razones <b>No Medicas</b> ?		

<b>Nombre</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b>		<b>Fecha</b>	
---------------	--	----------------------------	--	--------------	--

**\*\* Las siguientes preguntas estan formuladas para evaluar las necesidades potenciales de salud mental y uso de sustancias. Por favor revise las preguntas cuidadosamente y seleccione la respuesta mas apropiada.**

**PHQ-2 ( Detector de Depresion)**

1.	En las dos ultimas semanas con que frecuencia a tenido poco interes o placer de hacer las cosas?				
	0- Ninguna	1- Varios dias	2- Mas de la mitad	3- Casi todos los dias	
2.	En las ultimas dos semanas te has sentido deprimido o sin esperanza?				
	0- Ninguna	1- Varios dias	2- Mas de la mitad	3- Casi todos los dias	

**Detector de uso de sustancias**

Hombre :	Cuantas veces en el año a tomado, 5 o mas tragos en un dia ? ( Un trago = 1 lata de cerveza, o 1 copa de vino o 1.5 oz de licor ( 1 shot))	Ninguna	1 o mas
Mujer :	Cuantas veces en el año a tomado, 5 o mas tragos en un dia? ( Un trago = 1 lata de cerveza, o 1 copas de vino o 1.5 oz de licor (1 shot))		
Ambos :	Cuantas veces en el ultimo ano uso una droga recreativa o uso un medicamento recetado por razones <b>No Medicas</b> ?		



# Mostellar Medical Center

Por favor Firme y regresarlo a la recepcionista

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Marca aqui si eres paciente nuevo:

Por favor circula el nombre del Doctor que mirara el dia de hoy : **Dr. Broughton Dr. Medows**

**Dr. Menard Shelly Day, CRNP Ashley McBride CRNP Trabajador Social Psiquiatra**

Hora de llegada: \_\_\_\_\_  Cita Hora de tu cita: \_\_\_\_\_  No cita  Laboratorios

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Correo electronico (No es obligatorio): \_\_\_\_\_

Numero de Contacto: \_\_\_\_\_ Aseguranza medica: \_\_\_\_\_

Por favor firme aqui para autorizar al servicio medico: \_\_\_\_\_