

Prototype Health, Inc.  
Adult Registration Form  
Confidential Information

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  Masculino  Femenina

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Otros nombres utilizados \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apto # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: Hogar(\_\_\_\_) Trabajo(\_\_\_\_) Celular(\_\_\_\_)

Email: \_\_\_\_\_

Esta bien para llamar:  Sí  No Se puede enviar una carta:  Sí  No Esta bien para email:  Sí  No

Étnica:  Hispano  No-Hispano  Desconocido Idioma preferido \_\_\_\_\_

Raza:  Negro o Africano Americano  Blanco o Europeo Americano  Nativo de Hawaii o Islas Del Pacífico  Asiático or Asiático American  Indio Americano or Nativo de Alaska  Otro/ Desconocido

Esatado Civil:  Soltera/o  Casada/o  Viuda/o  Divorciada/o  Pareja Doméstica

**Financiera :** Esta clínica ofrece una escala móvil basada en los ingresos. Para solicitar la escala móvil, por favor suministrar los siguientes datos:

Tamaño de familia: # adultos en casa: \_\_\_\_\_ # niños en casa \_\_\_\_\_ Ingreso total de familia por año:\$ \_\_\_\_\_

Como se entero de la clínica? \_\_\_\_\_

Si no cuenta con este servicio, adonde iría? \_\_\_\_\_

Aseguranza:  Sí  No  AHCCCS:  Sí  No

**En caso de emergencia:**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

STAFF USE ONLY

Payment Source:  Self Pay  AHCCCS  Private Insurance

Sliding Scale:  0%  30%  50%  75%  100%

# Prototype Health, Inc.

## GENERAL CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO Y TRATAMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_ (circule uno: representante de paciente/autorizado), por la presente autorizo al personal de Prototype Health, Inc. y sus representantes para prestar atención de salud de rutina a mí o a mi hijo \_\_\_\_\_ (escriba "N/A" o "no aplicable" Si no hay ningún niño).

Autorizo a las siguientes personas a obtener atención médica de mi hijo en mi ausencia: (escriba "N/A" o "no aplicable" Si no hay ningún niño).

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

Entiendo esa rutina de salud es confidencial y voluntario y puede incluir visitas de oficina de proveedor que incluyen historia tomando, examen de todas las partes del cuerpo, la administración de medicamentos, laboratorio y pruebas de diagnóstico o procedimientos menores. Entiendo que se hará referencias más diagnóstico o tratamiento si es necesario y que soy responsable de la obtención de este seguimiento. Entiendo que yo puedo interrumpir servicios en cualquier momento. Entiendo que si se toman pruebas para enfermedades transmisibles y ciertos resultados salen positivos, es reportable al Departamento de salud pública es requerida por ley.

Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que garantías no se han hecho a mí en cuanto a los resultados de mi examen o tratamiento en Prototype Health, Inc. Entiendo que hay una posibilidad de error con el laboratorio o pruebas diagnósticos realizadas.

Yo doy mi permiso a la Agencia mencionada para utilizar la información contenida en mi expediente médico para fines estadísticos con el entendimiento de qué forma confidencial se mantendrá.

Me han informado de mi derecho y responsabilidades con respecto a la elegibilidad para los servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Prototype Health, Inc.

## ***RECONOCIMIENTO DE POLIZAS FINANCIERAS***

### **Pago es Requerido al Tiempo del Servicio**

Las formas de pago aceptadas son:

- Efectivo
- Tarjeta de debito
- Visa
- Mastercard
- Discover
- American Express

### **Se podría aplicar los siguientes:**

- Visita al consultorio
- Procedimientos en la consultorio
- Pruebas de diagnostico dentro del consultorio
- Análisis de laboratorio ordenados
- Medicamento

Con el fin de evaluar su condición, puede ser necesario llevar a cabo pruebas en la oficina o administrar ciertos tratamientos. Por favor, pregunte para ver la lista de precios para más información. Usted puede solicitar la lista en la recepción en cualquier momento.

### **Precios para Citas Perdidas y no Canceladas**

Habrá un cargo de \$5 por todas citas perdidas. Esto se deberá pagar en el momento de la próxima cita.

### **Reconocimiento**

He leído y entendido la póliza financiera y acuerdo con las condiciones mencionadas.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

ProtoType Health, Inc.  
Adult Intake Form

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

La razón de su visita en el día de hoy \_\_\_\_\_

Alergias a comidas o medicamentos: \_\_\_\_\_ Tipo de reacción: \_\_\_\_\_  
Medicinas con o sin recetas, vitaminas, remedios caseros, pastillas anticonceptivas, hierbas, etc:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis (mg) \_\_\_\_\_ Cuantas veces al día \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis (mg) \_\_\_\_\_ Cuantas veces al día \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis (mg) \_\_\_\_\_ Cuantas veces al día \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis (mg) \_\_\_\_\_ Cuantas veces al día \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Tiene un doctor que la atiende normalmente? Si contestó sí, quién es? \_\_\_\_\_

**A. Historial Familiar (Madre, Padre, Hermana, Hermano, Tío, Tía) (círculo todo lo que corresponda)**

Enfermedad del corazón antes de los 55 años	Colesterol o grasas alto	Depresión/suicidio
Derrame antes de los 55 años	Diabetes	Genetic Disorder
Coágulos de sangre en las piernas o pulmones	Alcoholismo	Enfermedad de la tiroides
Presión alta	Asma/Enfermedad del pulmón	
Otros: _____	<input type="checkbox"/> Historial familiar no disponible	
Cáncer- ovárico, el seno, uterino, testículo	Cáncer: otro tipo _____	

**B. Historial Médica Personal**

Alguna vez ha sido **diagnosticado** con la siguiente (marque todo lo que corresponda):

Anemia	Depresión	Enfermedad del corazón	Quistes/ Enfermedad en los ovarios
Asma	Diabetes	Hepatitis	Anemia drepanocítica
Ansiedad	Desórden alimenticio	Infertilidad	Derrame
Coagulación de sangre	Endometriosis	Desorden del riñón	Enfermedad de la tiroides
Presión alta	Convulsiones/epilépsia	Lupus	Tuberculosis (TB)
Bulto en el pecho	Fibroides	Enfermedad psiquiátricos	Testículo no descendido
Colesterol	Enfermedad de la vesícula biliar		Migrañas

Cáncer tipo: \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**C. Historial de Síntoma**

Círculo cualquier síntoma que ACTUALMENTE tiene, o ha tenido RECIENTEMENTE:

Fiebre/Sudores	Náusea/vómitos	Bulto en el pecho
Dolor de pecho	Dolor del abdomen	Secreción del pezón
Palpitaciones	Estreñimiento	Dolor/sangrado al tener sexo
Tos	Diarrea	Coágulos de sangre piernas/pulmones
Falta de aire	Sangre en la excreta	Problemas de urina
Cambios de sed/apetito t	Difícil para tragar	Flujo vaginal <b>inusual</b>
Unexplained weight change	Erupción	Sangrado vaginal
Cambio de peso sin razón	Dolores de coyunturas	Flujo del pene
Moratonos/sangrado	Dolor de los musculos/espalda	Dolor del escroto
Síncope/desmayos	Dolores de cabeza <b>severos</b>	Preocupación en función sexual
Ansiedad	Problemas del oído	Cambio en un lunar
Depresión	Problemas del nariz	
Problemas para dormir	Problemas de boca	Otros _____
Pérdida de memoria	Cambios visuales <b>NO</b> relacionados con anteojos	

ProtoType Health, Inc.  
Adult Intake Form

**C. Historial de Hospitalizaciones/Cirugias**

- Sí  No Tipo \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
Tipo \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
Tipo \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 Sí  No ¿Transfusión de sangre? Fecha \_\_\_\_\_

**D. Historial de Vacunas**

¿Cuándo fue la última vez que tuvo una vacuna? \_\_\_\_\_

**E. Historial Social**

- Sí  No ¿Fuma actualmente cigarillos? Cuantos al día \_\_\_\_\_  Sí  No ¿Le interesa dejar de usarlo?  
 Sí  No ¿Fuma cigarillos en pasado? Si Sí, cuando dejó de fumar? \_\_\_\_\_  
 Sí  No ¿Otra tabaco? Tipos? \_\_\_\_\_ ¿Cuantos al día? \_\_\_\_\_  Sí  No ¿Le interesa dejar de usarlo?  
 Sí  No ¿Consumo alcohol? Si Sí, cuantas bebidas al día \_\_\_\_\_  Sí  No ¿Le interesa dejar de usarlo?  
 Sí  No ¿Drogas recreativas? Tipos? \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Sí  No ¿Le interesa dejar de usarlo?  
 Sí  No ¿Cafeína? Cuantas bebidas con cafeína al día \_\_\_\_\_  
 Sí  No ¿Se siente amenazada por su pareja?  
 Sí  No ¿Se siente segura físicamente en su relación actual?  
 Sí  No ¿Si le pregunta, su pareja se niega a usar condón?  
Ha tenido una pareja con historia def:  
 Sí  No Usando drogas inyectadas  Sí  No Relaciones con hombres  Sí  No SIDA/VIH

**F. Historial Salud Sexual**

- Sí  No ¿Se encuentra actualmente sexualmente activa?  
 Sí  No Sexualmente activa en pasado  Nunca he tenido relaciones vaginal  
¿Cuántas parejas sexuales tuvo en total? \_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo ha estado con su pareja sexual actual? \_\_\_\_\_  
¿Cuántas parejas ha tenido en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_  
Tiene relaciones sexuales con:  Hombres  Mujeres  Ambos  
Participa usted en:  Sexo oral  Sexo vaginal  Sexo anal  Sexo sin penetración  
 Sí  No ¿Prueba de VIH? Cuándo? \_\_\_\_\_  Positiva  Negativa  
¿Ha tenido alguna de las siguientes?:  
 Clamidia  Gonorrea  Herpes  Sífiis  Enfermedad Pélvica Inflamatoria  Verrugas genitales  VPH

**G. Historial de Contracepción**

- Sí  No ¿Está utilizando actualmente un método anticonceptivo? Si Sí, ¿cuál método? \_\_\_\_\_  
¿Cuáles métodos anticonceptivos han usado usted y su pareja en pasado?  
 Abstinencia  Anillo vaginal  DepoProvera/Inyección  Diafragma/Capuchón cervical  
 Pastillas  Parche  DUI/dispositivoTip \_\_\_\_\_  Ritmo/Planificación Natural  
 Condones  Foam/film/jelly  Implante  Retiro/coito interrumpido  
 Esterilización/Ligadura de tubos/vasectomía  Ninguna

**H. PARA LOS HOMBRES**

- Sí  No ¿Ha embarazado a alguien?  No sé  
 Sí  No ¿Tienen usted y su pareja planes de embarazo para el siguiente año?  
 Sí  No ¿Ha tenido usted una prueba de PSA (próstata)?  No sé

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

Provider Signature \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

ProtoType Health, Inc.  
Adult Intake Form

**I. PARA LAS MUJERES**

Historial Menstrual

¿Primer día de su último ciclo menstrual? \_\_\_\_\_  Sí  No Fue un ciclo normal?  
¿Edad cuándo tuvo su primera regla? \_\_\_\_\_ Regla viene cada \_\_\_\_\_ días y dura \_\_\_\_\_ días  
Reglas son  Regulares  Irregulares  Ligeras  Moderadas  Pesadas  Dolorosas  
 Sí  No Sangrado entre periodos

Historial de Embarazos

¿Cuántas veces ha estado embarazada? \_\_\_\_\_  
Número de nacimientos vivos \_\_\_\_\_ Número de hijos que viven \_\_\_\_\_ Edad de cada niño(a) \_\_\_\_\_  
Defectos de nacimiento? \_\_\_\_\_ Número de prematuros \_\_\_\_\_ Número de cesáreas \_\_\_\_\_  
Número de ectópicos \_\_\_\_\_ Número de abortos \_\_\_\_\_ Número de malpartos/pérdidas \_\_\_\_\_  
 Sí  No Tomó su madre DES al estar embarazada con usted  No sé  
 Sí  No ¿Está dando de amamantando actualmente?  
 Sí  No ¿Tienen usted y su pareja planes de embarazo para el siguiente año?

Historial Detección

¿Cuándo fue su último Papanicolau? \_\_\_\_\_  
 Sí  No Anormal Papanicolau en pasado? Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna de las siguientes?

Colposcopia  Criocirugía  LEEP

Sí  No ¿Ha tenido usted un mamografía? Cuándo? \_\_\_\_\_  
 Sí  No ¿Fue normal?

Doy la información anterior libremente. La información es completa y correcta a mi mejor saber y entender.

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

Provider Signature \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_