



Formulario de Registro

Demografía			
Apellido Paterno:		Nombre:	
Preferred name:		Segundo Nombre o Inicial:	
Otros Nombres Usados:			
Sexo (legal):	☐ Masculino	☐ Femenino	☐ No binario ☐ X
Identidad de genero:	☐ Masculino	☐ Femenino	☐ M to F ☐ F to M ☐ Otro: _____
Fecha de Nacimiento: (Mes / Día / Año)		Número Seguro Social:	
Dirección Física:			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Dirección Postal: (si es diferente a la de arriba)			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Número de teléfono celular:		Número de teléfono hogar:	
Número de teléfono trabajo:		Otro: (	
¿Necesitamos comunicarnos con usted a una dirección postal diferente a la arriba indicada, algún otro número de teléfono, o a través de algún otro método para asuntos confidenciales?			
☐ No ☐ Sí, _____			
Estado civil: ☐ Divorciado ☐ Pareja doméstica ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Otro: _____			
¿Cuál es su lenguaje principal? _____		¿Necesita un Intérprete? ☐ Sí ☐ No	
Etnicidad:		Raza Marque: (todos los encasillados que correspondan)	
☐ Cubano		☐ Nativo de Alaska	
☐ Mexicano, mexicano americano, chicano/a		☐ Indio americano	
☐ Puertorriqueño		☐ Indio asiático	
☐ Otro: hispano, latino/a o de origen español		☐ Africano americano/negro	
☐ Múltiple origen hispano, latino/a o español		☐ Chino	
☐ No-hispano o latino/a		☐ Filipino	
☐ Reúsa responder		☐ Japoneses	
☐ Desconocido		☐ Coreano	
		☐ Nativo de Hawái	
		☐ Otro: asiático	
		☐ Otro: isleño del Pacífico	
		☐ Guameño o chamorro	
		☐ Samoano	
		☐ Vietnamita	
		☐ Blanco	
		☐ Reúsa responder	
		☐ Desconocido	
Contacto De Emergencia			
Nombre:		Relación:	
Teléfono: () -		Teléfono alternativo: () -	
¿Es Usted el Guardián Legal del Cliente? ☐ Sí ☐ No			
Fiador (Persona que se responsabiliza a pagar)			
Apellido Paterno:		Nombre:	
Apellido de Nacimiento:		Segundo Nombre o Inicial:	
Fecha de Nacimiento: (Mes / Día / Año)			
Dirección Postal:			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Relación:			



Name _____

Client # _____ DOB _____

Verificación Financiera Para Descuento

Por Escala Salarial

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento del Cliente: _____
Apellido Paterno / Nombre / Segundo Nombre, o Inicial Mes/Día/Año

☐ Marque aquí si es la misma persona que el cliente

Fiador: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Paterno Nombre Segundo Nombre Mes/Día/Año

¿Tiene trabajo? ☐ Sí ☐ No

Vivienda: ☐ Propia ☐ Rentada ☐ Otro – por favor explique _____

Registre su ingreso bruto mensual ANTES DE RESTAR los impuestos y para TODOS los miembros de su hogar (Si sus ingresos han cambiado para su próxima cita, usted es responsable de informarlo al personal de registro)

Origen del Ingreso	Cantidad
Salario del Cliente	
Salario del Esposo o la Esposa	
Sueldo / salario de su Pareja	
Sueldo / salario de su Padre, Madre o Guardián	
General Assistance (ayuda general) o AFS / AFDS (ayuda económica para ciertas familias) / Asistencia en efectivo / Cupones de alimentos	
Workers' Compensation (compensación al trabajador / Unemployment Insurance (seguro por desempleo)	
Housing Assistance (ayuda para su vivienda) - Cantidad que la agencia federal HUD paga	
Becas Para Educación / Préstamos Estudiantiles	
Ingreso por Discapacidad / Seguro Social Suplementario / SSI (Social Security)	
Pensión / Veterano / Jubilación	
Pensión Alimenticia tras Divorcio u Obligación para Menores	
Dividendos / Beneficios por Inversiones	
Otros Orígenes de Ingresos - Explique	
Total de Ingresos Mensuales	
Total de Ingresos Anuales (x 12 meses)	\$

¿A cuántas personas (de cada categoría de edad) sostienen estos ingresos y viven en el hogar?

Entre 0 y 5 años _____ Entre 6 y 17 años _____ Entre 18 y 64 años _____ 65 años y mayores _____

Yo acepto las condiciones detalladas arriba y concuerdo que la información que proporciono es verídica y correcta según mi mejor entendimiento

Firma

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY DISCOUNT % _____ INITIALS: _____ TERM _____
Start Finish

El Centros Comunitarios de Salud de los Condados Benton y Linn tiene la habilidad de ayudar a sufragar el costo de las visitas de los pacientes por medio de becas y apoyo gubernamental. Como resultado de esto, nos requieren que recojamos información financiera y sobre vivienda acerca de cada uno de nuestros pacientes. Nosotros entendemos que esta información es muy personal y continuaremos protegiendo su confidencialidad tanto con esta información como con su información personal de salud.

Información Sobre Empleo

¿Ha trabajado usted o cualquier persona dentro de su grupo familiar en cualquiera de las industrias que se mencionan a continuación? Por favor marque todas las que apliquen:

☐ Huertos

☐ Empacadoras (frutas, vegetales, cajas de regalo)

☐ Reforestación / sembrando árboles

☐ Viñedos

☐ Crops Cosechando / cultivando (frutas, vegetales, flores, árboles, hongos, etc.)

Si usted marcó alguno de los encasillados arriba mencionados, ¿Requirió su trabajo, en cualquier momento, que su familia se mudara? ☐ Sí ☐ No

¿ Ha sido miembro de las fuerzas armadas? ☐ Sí ☐ No

Patrón/empleador (opcional):

Información Sobre Vivienda

¿Están usted y su familia viviendo con otras personas? ☐ Sí ☐ No

En los pasados 24 meses, ¿Se han visto usted y su familia forzados a mudarse a alguna situación temporal debido a los costos de vivienda? ☐ Sí ☐ No

En los pasados 24 meses, ¿Ha vivido usted o algún miembro de su familia en cualquiera de los siguientes?: ☐ refugio ☐ vivienda transitoria ☐ campamento o en la calle

Información Seguro Médico

¿Tiene Seguro Médico de Salud? ☐ Yes ☐ No

☐ Yo no tengo seguro médico o tengo un seguro con un deducible muy alto y me gustaría solicitar la ayuda de acuerdo a la escala salarial para ayudar a cubrir el costo de mis visitas. (Se le podría pedir que provea verificación de sus ingresos por medio de talones de cheque o documentos sobre sus contribuciones de ingresos).

Nombre del Seguro Principal:

Dirección Postal del Seguro:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono:

Nombre de la Persona
Principal en el Seguro:

Relación Con el Cliente:

Dirección Postal:

Teléfono:

Número de Identificación
del Seguro:

Número de Grupo:

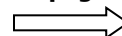
¿Tiene usted algún seguro medico adicional? ☐ Sí ☐ No

Servicios dentales del Condado Benton

Historial de salud dental

Salud Dental del Paciente					
Nombre del paciente				FDN:	
¿Tiene dolor en este momento?		☐ Sí ☐ No		¿Cuándo fue su último examen dental?	
Si respondió sí, díganos más detalles:					
¿Tiene dificultad para abrir la boca?		☐ Sí ☐ No		¿Aprieta o rechina los dientes?	
¿Tiene dificultad para masticar?		☐ Sí ☐ No		¿Tiene boca seca?	
¿Su mandíbula hace clic, suena o se atora al abrir?		☐ Sí ☐ No		¿Sus dientes son sensibles al frío o al calor?	
¿Tiene antecedentes de llagas o absceso en la boca?				☐ Sí ☐ No	
¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental?				☐ Sí ☐ No	
¿El tratamiento dental le pone nervioso?				☐ Sí ☐ No	
¿Ha tenido alguna lesión en la cara o la boca?				☐ Sí ☐ No	
¿Alguna vez ha tenido problemas con el tratamiento dental o la anestesia dental?				☐ Sí ☐ No	
¿Su Proveedor de Cuidado Médico requiere que usted tenga una pre medicación antes de los tratamientos dentales?				☐ Sí ☐ No	
¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen o Redux?				☐ Sí ☐ No	
¿Ha tomado alguna vez Bisfosfonatos (Fosmax, Boniva, Actonel, Aredia, Zometa, etc.)?				☐ Sí ☐ No	
Historial Médico del Paciente					
TDA/TDAH	☐ Sí ☐ No	EPOC	☐ Sí ☐ No	Enfermedad del hígado	☐ Sí ☐ No
Alcoholismo	☐ Sí ☐ No	Depresión	☐ Sí ☐ No	Meningitis	☐ Sí ☐ No
Alergias	☐ Sí ☐ No	Diabetes	☐ Sí ☐ No	Trastorno de salud mental	☐ Sí ☐ No
Anemia	☐ Sí ☐ No	Adicción a las drogas	☐ Sí ☐ No	Infección por SARM	☐ Sí ☐ No
Ansiedad	☐ Sí ☐ No	Enfisema/EPOC	☐ Sí ☐ No	Infarto de miocardio	☐ Sí ☐ No
Artritis/Trastorno de articulaciones	☐ Sí ☐ No	Glaucoma	☐ Sí ☐ No	Enfermedad nerviosa/muscular	☐ Sí ☐ No
Asma	☐ Sí ☐ No	Problemas del corazón	☐ Sí ☐ No	Osteoporosis	☐ Sí ☐ No
Autismo	☐ Sí ☐ No	Insuficiencia cardiaca	☐ Sí ☐ No	Marcapasos	☐ Sí ☐ No
Terapia con bisfosfonatos	☐ Sí ☐ No	Soplo cardíaco	☐ Sí ☐ No	Convulsiones	☐ Sí ☐ No
Fractura de mandíbula	☐ Sí ☐ No	Endocarditis del corazón	☐ Sí ☐ No	Anemia falciforme	☐ Sí ☐ No
Cáncer	☐ Sí ☐ No	Transfusión de sangre	☐ Sí ☐ No	ETS	☐ Sí ☐ No
Cataratas	☐ Sí ☐ No	VIH/SIDA	☐ Sí ☐ No	Úlceras estomacales	☐ Sí ☐ No
Trastorno de la coagulación	☐ Sí ☐ No	Hiperlipidemia	☐ Sí ☐ No	Derrame cerebral	☐ Sí ☐ No
Defecto cardiaco congénito	☐ Sí ☐ No	Hipertensión	☐ Sí ☐ No	Tuberculosis	☐ Sí ☐ No
		Enfermedad del riñón	☐ Sí ☐ No	Enfermedad de tiroides	☐ Sí ☐ No
¿Tiene implantes/articulaciones artificiales?	☐ Sí ☐ No	Si Sí, ¿qué articulación? ☐ Cadera ☐ Rodilla ☐ Otro: _____			
¿Ha tenido una cirugía mayor?	☐ Sí ☐ No	Si Sí, en que año? _____ Tipo de operación _____			
¿Ha consumido alcohol en las últimas 24 horas?			☐ Sí ☐ No		
¿Fuma o mastica tabaco?					☐ Sí ☐ No
Si respondió sí, ¿cuántos por día? _____			¿Por cuántos años? _____		
Mujeres:	¿Está tomando medicamentos anticonceptivos?		☐ Sí ☐ No	¿Está o podría estar embarazada?	
		☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	

Continúa en la Siguiente página





Nombre del médico: (Sí no es parte de los Servicios de Salud del Condado Benton)

Medicamentos

Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:

Alergias

Aspirina	☐ Sí ☐ No	Ibuprofeno	☐ Sí ☐ No
Drogas de sulfa/sulfitos/sulfuros	☐ Sí ☐ No	Penicilina	☐ Sí ☐ No
Codeína	☐ Sí ☐ No	Amoxicilina	☐ Sí ☐ No
Anestésicos locales	☐ Sí ☐ No	Látex, Metales, Plásticos	☐ Sí ☐ No

Alergias a otros medicamentos:

Firma del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Proveedor

Fecha