

## REGISTRO DEL PACIENTE

(Letra de imprenta clara)

### DATOS DEMOGRÁFICOS:

Nombre legal completo del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombres anteriores/alias: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su nombre preferido? \_\_\_\_\_

Dirección física o postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su número de teléfono de contacto preferido? (Selecione uno):  Móvil  Casa  Trabajo

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cómo podemos comunicarnos con usted? (Selecione todo lo que corresponda):  Correo de EE. UU.  Teléfono

Correo electrónico  Mensaje de texto

¿Podemos dejarle mensajes de voz confidenciales?  Sí  No

Número del seguro social: \_\_\_\_\_ (se utiliza solo para la verificación de la identidad y la privacidad)

### SEGURO:

**\*\*NUNM no tiene contrato con Medicare Federal; sin embargo, Medicare afectará los servicios que podamos ofrecer\*\***

¿Tiene usted Medicare?  Sí  No ¿Es este su seguro primario?  Sí  No

Plan de Medicare (marque todo lo que corresponda):  Parte A  Parte B  Advantage (Parte C, menciónelo como seguro primario a continuación)

N.º de identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia (si se conoce): \_\_\_\_\_

Compañía de seguro primario: \_\_\_\_\_

Dirección para reclamos: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor (si no es el paciente): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º de ID de miembro: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de ID del suscriptor: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros secundaria: \_\_\_\_\_

Dirección para reclamos: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor (si no es el paciente): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º de ID de miembro: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de ID del suscriptor: \_\_\_\_\_

**GARANTE:** (En general "yo mismo", a menos que sea menor de 18 años o tenga administración de casos)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente de la del paciente): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número del seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Idioma principal del garante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: \_\_\_\_\_

¿Tiene un tutor legal? (Si es menor de 18/otro)  Sí  No    ¿Esta persona está autorizada a programar visitas para usted?:  Sí  No

**PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA:**

Deseo establecer la atención primaria con los Centros de Salud NUNM.

Recurso a NUNM para recibir atención auxiliar/accesoria solamente.

Mi médico de atención primaria (PCP) es: \_\_\_\_\_

Lugar de atención (nombre de la clínica): \_\_\_\_\_

No tengo un médico de atención primaria y no deseo establecer la atención primaria con NUNM en este momento.

**¿NECESITA UN INTÉRPRETE?**  Sí  No    IDIOMA: \_\_\_\_\_

Condición de empleo (marque todo lo que corresponda):  Tiempo completo  Tiempo parcial  Sin empleo

Jubilado  Empleo estacional

Empleado por su propia cuenta  Estudiante (tiempo completo)  Estudiante (tiempo parcial)  Estudiante de NUNM  Personal de NUNM

Condición de vivienda:  Tiene hogar  Sin hogar  En riesgo  Vivienda transitoria  Vive en un refugio

¿Cuál fue el sexo asignado al nacer?  Mujer  Hombre  (otro) \_\_\_\_\_

¿Cuál es su sexo legal actual?  Mujer  Hombre  X (Única alternativa aceptada en Oregon)

¿Cuál es su identidad de género actual?  Mujer  Hombre  (otro) \_\_\_\_\_

¿Qué pronombres usa?  Ella  Él  Elle  
 (otro) \_\_\_\_\_

Grupos étnicos:  Cubano  Mexicano, americano mexicano, chicano  Puertorriqueño  
 Hispano múltiple, latino o de origen español  Otro origen hispano, latino o español  
 No hispano ni latino  Otro  Prefiero no responder

Raza: *(Seleccione todo lo que corresponda)*:  Nativo de Alaska  Indio americano  Indio asiático  Negro/Afroamericano  
 Chino  Filipino  Guameño o chamorro  Japonés  Coreano  
 Nativo de Hawái  Samoano  Vietnamita  Blanco  De otra raza asiática  
 De otra isla del Pacífico  Desconocido  Prefiero no responder

Grupo(s) étnico(s): \_\_\_\_\_

¿Es usted veterano de los EE. UU.?  Sí  No

**SOLICITUD DE ATENCIÓN COMPASIVA:** *(Opcional)*

El Programa de Atención Compasiva es un programa de descuentos que se basa en el tamaño de la familia y en los ingresos brutos anuales combinados de todos los residentes de un hogar a partir de la edad de 15 años. El programa requiere comprobantes de ingresos y vencerá 1 año después de la fecha de la solicitud. Los papeles de renovación se proporcionarán todos los años.

INGRESOS BRUTOS COMBINADOS DEL HOGAR: \_\_\_\_\_

Por:  Mes  Año  Semana  2 Semanas  Dos veces al mes

CANTIDAD DE PERSONAS EN EL HOGAR: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN:** *(Firme y feche a continuación)*

- ***Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.***



\_\_\_\_\_  
Firma del paciente O padre/madre/tutor legal *(si el paciente tiene menos de 15 años)*

\_\_\_\_\_  
Fecha

Asegúrese de llevar su identificación con foto y todas las tarjetas del seguro a cada visita a NUMN. Si usted llena este formulario en línea, cargue toda la información que tenga; de lo contrario, use esta lista de verificación como información para traer a su primera cita.

Frente de la identificación con foto: \_\_\_\_\_

Reverso de la identificación con foto: \_\_\_\_\_

Frente de la tarjeta de Medicaid: \_\_\_\_\_

Reverso de la tarjeta de Medicaid: \_\_\_\_\_

Frente de la tarjeta del seguro primario: \_\_\_\_\_

Reverso de la tarjeta del seguro primario: \_\_\_\_\_

Frente de la tarjeta del seguro secundario: \_\_\_\_\_

Reverso de la tarjeta del seguro secundario: \_\_\_\_\_

Comprobante de ingresos para la solicitud de atención compasiva: \_\_\_\_\_

¿Cómo supo de nosotros? \_\_\_\_\_

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:**

---

La documentación completa de los Derechos y Responsabilidades de los Pacientes de NUNM está disponible para su revisión en la entrada del centro de salud, o se puede pedir en la recepción. También puede ver una copia en línea en: <https://numhealthcenters.com/new-patients/>.



**Antecedentes médicos:** ¿Tiene antecedentes de alguno de los siguientes? *(Seleccione todo lo que corresponda)*

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno de las glándulas suprarrenales | <input type="checkbox"/> Cáncer             | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca                | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal          |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                   | <input type="checkbox"/> EPOC               | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática       |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                                 | <input type="checkbox"/> Depresión          | <input type="checkbox"/> Hipertensión                       | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Artritis/trastorno articular             | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus  | <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal inflamatoria | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Asma                                     | <input type="checkbox"/> Problema digestivo | <input type="checkbox"/> Síndrome de intestino irritable    |  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                              |   |   |  |

**Cirugías/hospitalizaciones**

Mencione todas las cirugías anteriores o las hospitalizaciones importantes	Fecha(s) (mes y año)

¿Tiene implantes, articulaciones artificiales o discos, metales o alguna otra cosa que podría afectar las terapias o imágenes?  Sí  No  
 Si respondió Sí, describa: \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:** Coloque una "X" al lado de cada uno de los antecedentes familiares de los que usted tenga conocimiento:

	Adicción a las drogas/alcohol	Artritis	Asma	Cáncer	Problemas del corazón	Depresión	Diabetes	Colesterol alto	Presión arterial alta	Enfermedad renal	Enfermedad mental	Accidente cerebrovascular	Problemas de la vista	Problemas gastrointestinal
Madre														
Padre														
Hermana														
Hermano														
Madre de la madre														
Padre de la madre														
Madre del padre														
Padre del padre														

Otro/desconocido: \_\_\_\_\_

**Antecedentes de vacunación:**

- ¿Completó las vacunaciones de la infancia?  Sí  No
- ¿Ha recibido un refuerzo contra el tétanos?  Sí  No      Si contestó Sí, ¿cuál fue la fecha de este refuerzo? \_\_\_\_\_
- ¿Ha recibido una vacuna contra la gripe este año?  Sí  No
- Si contestó NO, ¿quisiera recibir hoy la vacuna contra la gripe?  Sí  No

**Antecedentes de tabaquismo:** *(Seleccione todo lo que corresponda)*

- Nunca fumé     Exfumador     Fumo todos los días actualmente     Fumo algunos días actualmente  
 Exposición como fumador pasivo – Nunca fumé     Otro: \_\_\_\_\_

**Marque todo lo que corresponda:**  Cigarrillos     Cigarros     Pipa     Rapé     Cigarrillo electrónico/vapeo  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Tipo de producto utilizado:**  Nicotina     THC     CBD     Saborizante     Otro: \_\_\_\_\_

**Paquetes al día:** \_\_\_\_\_ **Años de fumador:** \_\_\_\_\_ **Fecha de inicio:** \_\_\_\_\_ **Fecha en la que dejó:** \_\_\_\_\_

**¿Le interesaría conocer opciones para dejar de fumar?:**  Sí     No

**Consumo de alcohol:** *(Seleccione todo lo que corresponda)*

**¿Bebe usted alcohol?**  Sí     No     No actualmente     Nunca

**Si respondió "Sí", ¿cuánto bebe de las siguientes bebidas por semana?:** \_\_\_\_\_ vasos de vino \_\_\_\_\_  
latas de cerveza \_\_\_\_\_ tragos de licor

**¿Consume actualmente alguna de las siguientes drogas recreativas?** *(Seleccione todo lo que corresponda)*

- Anfetaminas     Barbitúricos     Benzodiazepinas     Cocaína     Crack     Estimulantes  
 Éxtasis     Fentanilo     Hachís     Heroína     Drogas intravenosas     Vapeo  
 Ketamina     LSD     Cannabis     Mescalina     Metanfetamina     Otro  
 Óxido nítrico     Opioides     Fenciclidina (PCP)     Psilocibina     Inhalantes solventes

**Orientación sexual e identidad de género:** *(Seleccione todo lo que corresponda)*

**¿Cómo se identifica usted?:**  Heterosexual     Bisexual     Lesbiana     Asexual     Homosexual     Queer  
 *(Se describe a sí mismo/a como):* \_\_\_\_\_     No lo sé     Prefiero no revelarlo

**¿Cuál es su identidad de género?**

Mujer cisgénero     Hombre cisgénero     Mujer transgénero/mujer trans     Hombre transgénero/hombre trans  
 Género queer     No binario     Dos espíritus     Prefiero no divulgarlo     *(Se describe a sí mismo/a como):* \_\_\_\_\_

**¿Está activo sexualmente?**  Sí     Nunca     No actualmente

**¿Tiene parejas?** *(Seleccione todo lo que corresponda)*  Mujer     Hombre     *(describalo usted mismo/a):* \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su método actual de protección y/o de control de la natalidad?** *(Marque todo lo que corresponda):*

- Abstinencia     Capuchón cervical     Preservativo     Diafragma     Conciencia sobre la fertilidad  
 Parche hormonal     Implante (Nexplanon)     Inyección (Depo)     DIU (cobre)     DIU (hormonal)  
 Menopausia     Ninguno     Píldora     Ritmo     Espermicida  
 Esponja     Quirúrgico     Anillo vaginal     Vasectomía     Coito interrumpido

**Antecedentes obstétricos y ginecológicos**

Edad de la primera menstruación: \_\_\_\_\_ Primer día del último período menstrual: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Edad de la menopausia: \_\_\_\_\_

Edad en el primer embarazo: \_\_\_\_\_ Cantidad de meses de lactancia: \_\_\_\_\_ Cantidad de embarazos: \_\_\_\_\_

Cantidad de hijos nacidos vivos: \_\_\_\_\_ Cantidad de abortos espontáneos: \_\_\_\_\_ Cantidad de abortos: \_\_\_\_\_

**Cuestionario de salud del paciente - 2:** Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha preocupado por alguno de los siguientes problemas?

- Poco interés o placer al hacer las cosas:  casi todos los días  más de la mitad de los días  varios días  para nada
- Sentirse triste, deprimido o sin esperanzas:  casi todos los días  más de la mitad de los días  varios días  para nada

**Seguridad alimentaria:** *Responda las siguientes preguntas relacionadas con sus antecedentes sociales:*

- En el último año, nos preocupamos de que se nos acabaran los alimentos antes de que pudiéramos comprar más:  
 a menudo verdadero  a veces verdadero  nunca  no lo sé/no deseo contestar
- En el último año, los alimentos que compramos no alcanzaron y no tuvimos dinero para comprar más:  
 a menudo verdadero  a veces verdadero  nunca  no lo sé/no deseo contestar

**Revisión de los sistemas: Marque cualquier síntoma actual (en las últimas 2 semanas).**

**Constitución y piel**

- |  |                                      |  |   |
|--|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre                            | <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Transpiración | <input type="checkbox"/> Aumento de peso            |
| <input type="checkbox"/> Sarpullido                        | <input type="checkbox"/> Comezón     | <input type="checkbox"/> Debilidad     | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso            |
| <input type="checkbox"/> Moretones/sangrados con facilidad |                                      | <input type="checkbox"/> Sed excesiva  | <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío/calor |

**Cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta    | <input type="checkbox"/> Dolor en los senos paranasales | <input type="checkbox"/> Congestión                             | <input type="checkbox"/> Dolor de oídos         |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de la nariz | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición         | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos                   | <input type="checkbox"/> Secreción en los oídos |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la visión | <input type="checkbox"/> Dolor de ojos                  | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento o secreción de los ojos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz  |

**Corazón y pulmones**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Inflamación de las piernas | <input type="checkbox"/> Calambres en las piernas |
| <input type="checkbox"/> Tos            | <input type="checkbox"/> Falta de aire | <input type="checkbox"/> Tos con sangre             | <input type="checkbox"/> Producción de esputo     |

**Problemas gastrointestinales**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acidez estomacal | <input type="checkbox"/> Náuseas       | <input type="checkbox"/> Vómitos             | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal                 |
| <input type="checkbox"/> Diarrea          | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Sangre en las heces | <input type="checkbox"/> Heces negras/de color alquitrán |

**Genitourinario**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Orinar con dolor   | <input type="checkbox"/> Secreción anormal | <input type="checkbox"/> Urgencia urinaria        | <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria   |
| <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Hernias           | <input type="checkbox"/> Bultos en los testículos | <input type="checkbox"/> Dificultades sexuales |

**Musculoesquelético**

- |   |  |   |                                 |
|---|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor muscular | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello o de espalda | <input type="checkbox"/> Caídas |
|---|--|---|---------------------------------|

**Neurológico**

- |                                    |                                       |  |  |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mareos    | <input type="checkbox"/> Debilidad    | <input type="checkbox"/> Hormigueo           | <input type="checkbox"/> Desmayos          |
| <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Cambios en el habla | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza |

**Psiquiátrico**

- |  |  |                                    |  |
|--|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Depresión     | <input type="checkbox"/> Nerviosismo/ansiedad  | <input type="checkbox"/> Insomnio  | <input type="checkbox"/> Ideas de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones | <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria | <input type="checkbox"/> Agitación | <input type="checkbox"/> Confusión         |

**Acepto que, a mi leal saber y entender, la información antes mencionada es verdadera y exacta:** \_\_\_\_\_