

Charis Health Center
Mt. Juliet Office
2620 N. Mt. Juliet Rd.
Mt. Juliet, TN 37122

Charis Health Center
Gladeville Office
9000 Stewarts Ferry Pk
Mt. Juliet, TN 37122

Fecha de Hoy _____

Apellido _____ Nombre _____

Inicial Segundo Nombre _____ Nombre Preferido _____

Masculino _____ Femenino _____

Fecha de Nacimiento _____

Direccion _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____

Correo Electrónico _____

Idioma _____

Raza

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Prefiere no Decir |
| <input type="checkbox"/> Afro Americano | <input type="checkbox"/> Asiatico | <input type="checkbox"/> Otro |

Etnicidad

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino |
|---|--|

Estado Marital

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Casado/a | <input type="checkbox"/> Divorciado/a | <input type="checkbox"/> Menor de Edad |
| <input type="checkbox"/> Soltero/a | <input type="checkbox"/> Otro | |

Si es menor de edad, firma de padre o guardian _____

Cómo supo acerca de la clínica? _____

Contacto de Emergencia

Nombre y Apellido _____

Direccion _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Teléfono _____ Relación con el paciente _____

CHARIS HEALTH CENTER

HISTORIA MEDICA

Fecha _____

Nombre Completo _____ Fecha De Nacimiento _____

Lista de medicamentos que esta tomando (prescripciones y medicamentos sin receta), dosis y que tan frecuente las toma?

Allergias _____ Gravedad: Leve Regular Severo Reaccion: _____
_____ Gravedad: Leve Regular Severo Reaccion: _____
_____ Gravedad: Leve Regular Severo Reaccion: _____

Cirugías _____ Alguna vez tenido alguna transfusión de sangre? _____

HISTORIA DE HOSPITALIZATION

Ha sido usted hospitalizado por una razón aparte de cirugías? Si si, por favor explique _____

Alguna vez ha sido diagnosticado con una de las siguientes enfermedades?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presion Alta |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Endometriosis |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Problemas Gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Citología Abnormal/ Tratamiento del Cuello Uterino | <input type="checkbox"/> Problemas de MSK (Muscular y Sistema Óseo) |

Tiene historia médica de algunas de los siguientes? Si, si explique:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Presion Alta _____ | <input type="checkbox"/> Cancer _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno autoinmunitario _____ |

Usted usa cualquier de los siguientes?

Cigarros _____ Si si, Qué tan frecuente? _____
Alcohol _____ Si si, Qué tan frecuente? _____
Drogas _____ Si si, Qué tan frecuente? _____

CHARIS HEALTH CENTER

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN OF INFORMATION

Yo autorizo a Charis Health Center a que divulgue mi información médica, solo si es necesario, a las personas que yo autorize en este documento. El propósito es para informar al paciente o otros siguiendo las instrucciones de el/la paciente.

Yo comprendo que Charis Health Center puede discutir my condición médica y puede compartir mis récords médicos con un medico, extensor medico, enfermera, terapeuta, o otros proveedor médico que estén participando en mi tratamiento.

	SI	NO
Charis tiene mi consentimiento de llamar a mi teléfono celular, teléfono en casa para recordarme acerca de Citas medicas.	_____	_____
Charis tiene mi consentimiento de mandar mensajes de textos a mi teléfono celular para recordarme de mis citas médicas.	_____	_____
Charis tiene mi consentimiento de dejar mensajes de voz con otras personas en casa acerca de mis citas medicas.	_____	_____
Yo autorizo a Charis para que hable con las personas listadas abajo acerca de mi condición médica y resultados de laboratorios	_____	_____

Nombre completo _____ Numero de telefono _____

Nombre completo _____ Numero de telefono _____

Interpretador

Firma _____ Nombre completo _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Por la presente doy mi consentimiento voluntariamente para recibir examinación médica, tratamientos y procedimientos, los cuales son necesarios en la opinión de mi proveedor médico. Esto también incluye pruebas de VIH, pruebas de laboratorio, y rayos X.

Yo entiendo que mi información médica es estrictamente confidencial y es protegida por las leyes del el estado de Tennessee y no se han dado garantías acerca de mis examinaciones, tratamientos y procedimientos.

Mi firma prueba que me han dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de este consentimiento y tengo el conocimiento de que yo tengo la habilidad de rechazar los servicios médicos.

Firma _____ Fecha _____

DERECHOS DEL PACIENTE

Yo tengo el conocimiento de que tengo el derecho a cambiar esta autorización a cualquier momento y también sé que tengo el derecho de revisar y copiar la información que está en este documento. Para revisar y copiar la información en este documento, yo tendré que enviar una notificación por escrito a:

Clinic Director, Charis Health Center, 2620 N. Mt. Juliet Rd. Mt. Juliet, TN 37122

Yo entiendo que cualquier tipo de cambios en este documento es efectivo de la fecha en la que este documento se firme.

Yo entiendo que la información usad y divulgada como resultado de esta autorización puede ser sujeta a re-divulgación por el recipiente y podría perder la protección por el estado de tennessee y el estado federal.

Yo entiendo que tengo el derecho a rechazar esta autorización y tengo el conocimiento de que mi tratamiento no será condicionado al firmar o no firmar este documento. Este documento estará en efecto hasta que le el paciente lo rechaza.

Firma _____ Fecha _____

Charis Health Center
Mt. Juliet Office
2620 N. Mt. Juliet Rd.
Mt. Juliet, TN 37122

Charis Health Center
Gladeville Office
9000 Stewarts Ferry Pk
Mt. Juliet, TN 37122

Verificacion

Apellido _____

Nombre _____ segundo nombre _____

Yo verifico que:

- No tengo** aseguranza de ningún tipo
- Soy residente del condado de _____
- Tengo empleo en _____
 - Tiempo completo
 - Medio tiempo
- No tengo empleo/ No trabajo
- Soy un veterano
- No soy** un veterano

Firma de paciente

Fecha

Firma de testigo

Fecha