

JD Health and Wellness Center Intake

608 Lancaster Drive SE Salem, OR 97317 503-877-1995 P. 888-990-1352 F.

Nombre Completo: _____

Apodos: _____

Fecha de Nacimiento: __/__/____ Número de licencia: _____ SS# ____ - ____ - _____

Domicilio: _____

Número Telefónico ____ - ____ - _____

Género () Hombre () Mujer Si es mujer, está embarazada? () No () Si

Es usted veterano? () No () Si

Nacionalidad: _____ Estatura: __'__" Peso _____lbs.

Color de Pelo _____ Color de Ojos _____

Ultimo Nivel de Estudio: _____

Alguna vez has estado sin hogar? () Si () No

Esta actualmente inscrito en la escuela? () Si () No

Está trabajando? () Si () No

Si no, está actualmente buscando trabajo? () Si () No

Si trabaja, cuantas horas trabaja? () Mas de 35 horas por semana
() 17-34 Horas por semana
() Menos de 17 horas por semana

Ingreso mensual en bruto \$ _____ (Incluir usted y cualquier persona que vive con usted)

Listar el nombre y la edad de las personas depende de ese ingreso _____

Principal fuente de ingresos del hogar: () Salarios / Sueldos () Seguro Social () SSI-Federal
() Asistencia Pública () Dividendos / Intereses () Pensiones/desempleo/veteranos

Factor de empleabilidad: () Empleable o Trabajando () Estudiante () Ama de case
() Retirado () No puede, por razones físicas o psicológicas () Trabajador de temporada
() Despedido temporal

Covertura de aseguranza: () Plan médico de Oregón () Medicare () Medical () V.A.
() Aseguranza Privada: _____ () Publica: _____ () Ninguna

Estado Civil: () Casado/a () Soltero/a () Divocado/a () Casado/a, separado/a () Viudo/a
() Viviendo como casados () Otro: _____

Arreglo de vivienda: () En mi propia casa () Padres, familiares o en el hogar de sus hijos mayores
() Casa Cuna () institución u hogar de grupo () En casa de un amigo () Sin hogar, en casa de refugio

Seguro primario para facturar: _____

Número Telefónico ___ - ___ - ___ **Numero de Grupo:** _____ **ID#** _____

Relación al asegurado () Yo () Hijo/a () Esposo/a

Nombre de asegurado: _____ **D.O.B** ___ / ___ / ___

Seguro secundario a facturar _____

Número Telefónico ___ - ___ - ___ **Numero de Grupo:** _____ **ID#** _____

Nombre del asegurado secundario: _____ **D.O.B** ___ / ___ / ___

POR LEY TENEMOS QUE TENER UN CONTACTO DE EMERGENCIA

Persona a notificar en caso de una emergencia: _____

Relación: _____ **Número Telefónico** ___ - ___ - ___

Domicilio _____

Podemos dejar un correo de voz con su contacto en caso de una emergencia? () Si () No

Autorización para pagar los beneficios y la liberación de información:

¿Hay alguien que desea autorizar al horario / cancelar citas para usted () Si () No

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento** ___ / ___ / ___

Acuerdo Financiero y Consentimiento Para el Tratamiento Médico

Por la presente asigno JD Health and Wellness todos los pagos a los que tengo derecho para los gastos relacionados con los servicios prestados y dirigir que el pago por dichos servicios que deben introducirse en JD Health and Wellness. Autorizo JD Health and Wellness para liberar la información que pueda ser necesaria para garantizar dicho pago. Este acuerdo se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de este documento debe considerarse tan válida como el original. Entiendo que si mi seguro niega mi reclamo soy responsable por el pago total de todos los servicios prestados. Doy mi consentimiento para servicios médicos / de rehabilitación llevadas a cabo por JD Health and Wellness Center.

Firma de Paciente

Fecha

Firma del Personal

Fecha

JD Health and Wellness

608 Lancaster Dr. SE

Salem, OR 97317

503-877-1995 P. 888-990-1352 F.

Historia de Salud para Pacientes Nuevos

Sus respuestas le ayudarán a su médico obtener una historia precisa de sus preocupaciones y de las condiciones médicas. Si usted es un paciente actual hay un formulario de actualización más corto que puede utilizar. Por favor complete todas las páginas. Si usted no puede recordar detalles específicos, por favor proporcione su mejor conjetura. Si se siente incómodo con cualquier pregunta, no tiene que contestarla. Gracias.

La razón principal para la visita de hoy: _____

Otras preocupaciones: _____

Cuáles son sus objetivos de salud para el próximo año? _____

Dónde estaba recibiendo su atención medica antes? _____

Medicamentos: Por favor liste todas las recetas y medicamentos de venta libre, vitaminas, remedios caseros, píldoras anticonceptivas, hierbas, inhaladores, etc.

() NO TOMO NINGUNA MEDICINA

Medicina	Dosis	Cuantas veces por día
----------	-------	-----------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alergia o intolerancia a los medicamentos (incluye tipo de reacción)

