



TRUE
Care

BIENVENIDO A WILMINGTON HEALTH **TRUE CARE**

Gracias por su confianza en Wilmington Health. Complete y envíe el formularios adjunto dos días antes de su cita para ayudarnos a brindar la mejor atención posible. ¡Esperamos poder servirle!

¿POR QUÉ ELEGIR WILMINGTON HEALTH?

En Wilmington Health, comienza con **Confiar**, en un lugar que lo **Respeta**. Donde la atención experta se une a un valor **Inigualable**. Y donde un enfoque colaborativo y **Empoderador** del bienestar no solo es nuestra principal prioridad, también es nuestra promesa para usted. Desde 1971, ningún otro proveedor del área ha ofrecido una atención mejor y más asequible que Wilmington Health. Lo llamamos **TRUE Care**. *Y es lo que ofrecemos a nuestros pacientes todos los días.*



WILMINGTONHEALTH.COM

Office Use Only: Recorded By: _____ Date: _____

Apellido de Paciente _____ Sufijo _____ Primer _____ Medio _____
Patient Last Name Suffix First Middle
 Apellido Anterior _____ Apodo _____ SSN _____ Fecha de Nacimiento _____ Masculino _____ Masculina _____
Prior Last Name Nickname SSN Birthdate Male Female

Dirección Secundaria o física

Secondary or Physical Address

Calle _____ Apto/Edificio/Lote _____
Street Apt/Bldg/Lot
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
City State Zip
 Condado _____ Pais: US/Otro _____
County Country: US/Other
 Proveedor de atención primaria _____ Estado Civil _____
Primary Care Provider Marital Status

Facturación o dirección de apartado de correos

Billing or PO Box Address

Calle _____ Apto/Edificio/Lote _____
Street Apt/Bldg/Lot
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
City State Zip
 Condado _____ Pais: US/Otro _____
County Country: US/Other
 Raza _____ Idioma _____ Etni cidad _____
Race Language Ethnicity

1- Nombre del Seguro Primario

Primary Insurance Name

ID de póliza# _____ Grupo# _____
Policy ID# Group#

Dirección del seguro _____
Insurance Address

Ciudad _____ Estado _____ código postal _____
City State Zip

Nombre del titular de la póliza (Ratrocinator) _____
Policy Holder (Sponsor) Name

Feccha de Nacimiento _____ Sexo _____ Teléfono _____
Birthdate Sex Phone

Calle _____ Apto/Edificio/Lote _____
Street Apt/Bldg/Lot

Ciudad _____ Estado _____ código postal _____
City State Zip

Relación del titular de la póliza con el paciente _____
Policy Holder's Relationship to Patient

Empleador _____
Employer

2- Nombre del Seguro Secundario

Secondary Insurance Name

ID de Póliza# _____ Grupo# _____
Policy ID# Group#

Dirección del seguro _____
Insurance Address

Ciudad _____ Estado _____ código postal _____
City State Zip

Nombre del titular de la póliza (Ratrocinator) _____
Policy Holder (Sponsor) Name

Feccha de Nacimiento _____ Sexo _____ Teléfono _____
Birthdate Sex Phone

Calle _____ Apto/Edificio/Lote _____
Street Apt/Bldg/Lot

Ciudad _____ Estado _____ código postal _____
City State Zip

Relación del titular de la póliza con el paciente _____
Policy Holder's Relationship to Patient

Empleador _____
Employer

Información de Contacto en caso de Emergencia Emergency Contact Information

Primer Nombre _____ Medio _____ Appellido _____ Relación _____
First Name Middle Last Relationship

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ código postal _____
Street City State Zip

Fecha de nacimineto _____ Teléfono de casa _____ Celular _____ Trabajo _____
Birthdate Home Phone Cell Work

Información de contacto del paciente

Patient Contact Information

Teléfono de casa _____ Celular _____
Home Phone Cell

Teléfono del día _____ Alterno _____
Day Phone Alternate

Contacto preferido (marque 1) Inicio _____ Celular _____ Trabajo _____ Portal _____
Preferred Contact (check 1) Home Cell Work Portal

Notificación preferido (marque 1) Teléfono _____ Texto _____ Recordatorios de voz _____
Preferred Notification (check 1) Phone Text Voice Reminders

Correo electrónico _____ Rechazar correo electrónico _____
E-Mail Decline E-Mail

Portal del paciente (marque 1) Solicitud de registro _____ Ya registrado _____
Patient Portal (check 1) Desires registration Already registered

Información de la madre (de paciente menor de 18 años)

Mother's Information (of patient under 18)

Primer Nombre _____ Medio _____
First Name Middle

Appellido _____ SSN _____
Last SSN

Teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____
Phone Birthdate

Calle _____ Apto/Edificio/Lote _____
Street Apt/Bldg/Lot

Ciudad _____ Estado _____ código postal _____
City State Zip

Correo electrónico _____ Rechazar correo electrónico _____
E-Mail Decline E-Mail

Información del padre (de paciente menor de años)

Father's Information (of patient under 18)

Primer Nombre _____ Medio _____
First Name Middle

Appellido _____ SSN _____
Last SSN

Teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____
Phone Birthdate

Calle _____ Apto/Edificio/Lote _____
Street Apt/Bldg/Lot

Ciudad _____ Estado _____ código postal _____
City State Zip

Correo electrónico _____ Rechazar correo electrónico _____
E-Mail Decline E-Mail

(1) Entiendo que soy responsable de los cargos no cubiertos o reembolsados por los agentes mencionados anteriormente. Estoy de acuerdo, en caso de impago, de asumir el costo de los intereses, cobro y legal acción (si es necesario). (2) Las leyes federales y estatales vigentes nos obligan a mantener la privacidad de su información médica. Nuestro document de Aviso de practicas de privacidad le informa sobre nuestra Aviso en cualquier momento. (3) Mi derecho al pago de todos los productos farmacéuticos, procedimientos, pruebas, alquiler de equipos médicos, sumimistros y servicios de enfermería/médicos, incluidos los principales beneficios médicos, se encuentran asignado a la salud de Wilmington. Esta asignación cubre todos y cada uno de los beneficios bajo Medicare, otros programas patrocinados por el gobierno, seguros privados y cualquier otro plan de salud. Yo reconozco este document como una asignación legalmente vinculante para cobrar mis beneficios como pago de reclamos por servicios. En el caso de que mi compañía de seguros no acepte la Asignación de Beneficios, o si los pagos se realizan directamente a mí o a mi representante, aseguraré dicho pago a Wilmington Health.

	Imprimir Nombre <small>Print Name</small>	Nombre de la muestra <small>Sign Name</small> (se requiere firma) (Signature Required)	Relación con el paciente <small>Relationship to Patient</small>	Fecha <small>Date</small>
Paciente <small>Patient</small>				
Responsable Partido <small>Responsible Party</small> (De paciente menor de 18 años O cuidado de la salud (POA) (Of Patient Under 18 Or HealthCare POA)				

A tención primaria de salud de Wilmington

Formulario de historial de salud de paciente nuevo adulto



Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Correo electrónico _____

Farmacia Municipal _____ Farmacia de pedidos por correo _____

Motivo de su visita hoy _____

Médicos anteriores/actuales _____

Historial médico personal: Marque cada uno de los siguientes que se apliquen a usted (actualmente o en el pasado)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo 1 o 2) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> ERGE/Reflujo | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Artritis (Tipo _____) | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/Migraña | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca/
Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Demencia |
| <input type="checkbox"/> Próstata agrandada (BPH) | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre/Trastorno
de la coagulación | <input type="checkbox"/> Intestino irritable | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (Tipo _____) | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> EPOC/Enfisema | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | Solo mujeres |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias
coronarias/Stents | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Convulsiones | # ____ de embarazos |
| | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | # ____ de niños |
| | | Último período menstrual
_____ |

Otros problemas médicos (no enumerados anteriormente) _____

Lista de medicamentos: enumere los medicamentos recetados actualmente y cualquier suplemento.

Nombre del medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia?	¿RX de 30/90 días?	¿Se necesitan recargas?

Alergias: describa cualquier reacción alérgica a medicamentos, alimentos o el medio ambiente.



Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Historial quirúrgico: si necesita espacio adicional, use el reverso de la hoja

Tipo de Cirugía (ejemplo: histerectomía)	Fecha (año)

Mantenimiento de la salud: traiga una copia de sus vacunas a su cita.

	Fecha	Resultados
Colonoscopia		
Mamografía (solo mujeres)		
Prueba de Papanicolaou (solo mujeres)		
DEXA (densidad ósea)		

Historia Social: ¿Cuál es su ocupación? _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Compañero

¿Con quien vives? _____

Uso de tabaco: Usuario actual Nunca usó Usuario anterior

Tipo usado: _____ Cantidad por día: _____

de años que usó: _____ Año de abandono: _____

Uso de alcohol: Usuario actual Nunca usó Usuario anterior

Tipo de alcohol: _____ Cuánto por semana: _____

Uso de drogas/abuso de sustancias: Usuario actual Nunca usó Usuario anterior

Historial familiar: indique su historial familiar en los cuadros a continuación

Marque aquí si es adoptado (no hay antecedentes familiares disponibles)

Miembro de la familia biológica	¿fallecido??	Enumere cualquier problema médico (con la edad en el momento del diagnóstico, si se conoce)
Madre/padre 1		
Padre/padre 2		
Hermana(s)		
Hermano(s)		
Hija(s)		Edades: _____
Hijo(s)		Edades: _____
Abuela materna		
Abuelo materno		
Abuela paterna		
Abuelo paterno		
Otras relaciones		

AUTORIZACIÓN para el USO y/o DIVULGACIÓN de INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA



Autorizo el uso y/o divulgación de mi información de salud protegida, como se establece a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que, si las personas u organizaciones que autorizo a continuación son no son proveedores de atención médica, pueden divulgar aún más la información médica protegida y ya no puede estar protegido por las leyes federales de privacidad de la información de salud. **Esta autorización permanecerá en vigor hasta que un el aviso de cambio se proporciona por escrito.**

Información del paciente (letra de imprenta):

Nombre _____

Fecha de nacimiento: _____

Información médica protegida que se usará y/o divulgará:

Autorizo a Wilmington Health a discutir información médica sobre mi atención, resultados de pruebas, citas y/o información de facturación con alguien que no sea yo? Sí No

En caso afirmativo, autorizo a Wilmington Health a divulgar mi información médica protegida a los siguientes individuos, con quienes Wilmington Health puede comunicarse directamente:

	Nombre	Relación	Número de teléfono
1			
2			
3			

Autorizo a Wilmington Health a dejar un mensaje sobre mi atención médica en mi correo de voz.

Sí No En caso afirmativo, proporcione el número de teléfono: _____

¿Autorizo a Wilmington Health a enviar recordatorios de citas por mensaje de texto? Sí No

En caso afirmativo, por favor proporcione el número de teléfono: _____

Tenga en cuenta que pueden aplicarse cargos de datos según su operador de telefonía celular.

Reconozco que me han informado sobre el Aviso de prácticas de privacidad de Wilmington Health. he tenido lleno oportunidad de leer y considerar el contenido del Aviso de Prácticas de Privacidad de Wilmington Health.

Firma _____ Fecha _____

Si esta autorización está firmada por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____