CAMINO HEALTH CENTER

Adult Registration/History — Registro/Historial Medico

Chart No: _____ Method of Payment: □ APC □ MediCal □ MSI Date / Fecha _____

Discounts for qualifying patients / Descuentos para los pacientes que reunan los requisitos

Patient's Name: _____
Nombre del Pacienté (Last/Apallido) (First/Nombre) (Middle)

Birthdate: _____/_____/_____ Sex: □ M □ F Patient's Social Security #: _____
Fecha da nacimiento (Mo./Mes) (Day/Dia) (Year/año) Numero de Seguro Social

Ethnicity (check one) / Etnico (marquè uno): □ Hispano/Latino □ Non-Hispano or Latino

Address: _____
Domicilio Street No. and Street Name, and Apartment #

_____ Zip Code: _____
(City/Ciudad) Zona Postal

Home Phone: (_____)_____ Work Phone: (_____)_____ Cell Phone: (_____)_____
Telefono de la casa Telefono del trabajo Telefono de celular

What origin are you? (check all that apply) / Que es su origin? Escoja la categoria correspondiente:

□ Other □ Asian □ Am. Indian/Alaska Native □ African Am./Black □ Caucasian / White (Hispano/Latino) □ Native Hawaiian or Other Pacific Islander

□ Asian **AND** Caucasian/White □ Am. Indian/Alaska Native **AND** Caucasian/White □ Am. Indian/Alaska Native **AND** African Am./Black □ African Am./Black **AND** Caucasian/White

Responsible person's employer: _____
Lugar de empleo del la persona responsable

Responsible person's occupation: _____
Tipo de trabajo de la persona responsable

Are any member's of your family migrant farm workers? □ Yes/Si □ No
Cualquier miembro de la familia trabaja en el campo/rancho?

Tobacco Used by patient? □ Yes/Si □ No
Fuma o usa tabaco?

Family Size: _____ Personas en la familia.

Family Monthly Income: $ _____ Ingressos mensuales de la famililia.

Primary Language: _____ Idioma principal.

Patient's Marital Status: El paciente es □ Single Soltero □ Married Casado □ Divorced Divorciado □ Separated Separado

Do you have any psychological, spiritual or cultural values that will assist us in your treatment? □ Yes/Si □ No
Tiene algun valor psicologico, espiritual o cultural que nos pueda ayudar a tratarse?

Do you want information about Advance Healthcare Directives? □ Yes/Si □ No
Quiziera obtener informacion sobre la preparacion de directivas por anticipado?

IN CASE OF EMERGENCY, PLEASE CONTACT / EN CASO DE EMERGENCIA, A QUIEN AVISAMOS?

NAME: _____
NOMBRE

ADDRESS: _____
DOMICILO

RELATIONSHIP: _____ PHONE #: _____
RELACION TELEFONO

CAMINO HEALTH CENTER
Adult Registration/History — Registro/Historial Medico

Have you ever had the following: (If yes, give date(s) and explanation.)
La ha pasado lo siguente: (Marque solo si le ha pasado, indicando la fecha y explicando, por favor.)

	Yes/Si	Date/Fecha	Explanation/Explicación
Hospitalizations Hospitilizaciones	☐	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Operations Operaciones	☐	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Serious Injuries Heridas Serias	☐	_____ _____	_____ _____

Have you ever had any serious health problems? (If yes, please explain.) ☐ Yes/Si ☐ No/No_____
Ha tenido problemas serios de salud? (Si contesta si, explique por favor.) _____
_____

Are you taking any medications at this time? ☐ Yes/Si ☐ No/No_____
Esta tomando alguna medicina actulamente? _____

Do you have any allergies (food, grass, medicines)? ☐ Yes/Si ☐ No/No_____
Tiene alguna alergia (a las medicinas, a los alimentos, las hierbas)? _____

Have you ever had a tuberculosis skin test? (If yes, when? And, what was the result?) ☐ Yes/Si ☐ No/No _____
La han puesto a usted la prueba de la piel para la tuberculosis? (Cuando fue? Y cuales fueron los resultados)?

Have you ever had the following illnesses/problems? (Please check if "yes")
Ha tenido usted las siguientes enfermedades? (Ponga una "X" se contesta si, por favor)

- ☐ Diphtheria
- ☐ Whooping Cough (Tosferina)
- ☐ Polio
- ☐ Measles (Sarampion)
- ☐ Mumps (Paperas)
- ☐ Chicken Pox (Viruela)
- ☐ Scarlet Fever (Escarletina)
- ☐ Cancer
- ☐ Rheumatic Fever (Fiebre Rhumatica)
- ☐ Urinary or Kidney (Urinarios o Rinones)
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Typhoid (Tifoidea)
- ☐ Asthma
- ☐ Diabetes
- ☐ Nervousness (Nervios)
- ☐ Throat (Garganta)
- ☐ Pneumonia
- ☐ Gallbladder (Vesicula)
- ☐ Intestines (Intestinales)
- ☐ Hay Fever (Catarro Alergico)
- ☐ Joints (Coyunturas)
- ☐ Eyes (Ojos)
- ☐ Ears or Nose (Oido o Nariz)
- ☐ Epilepsy (Epilepcia)
- ☐ Convulsions (Convulciones)
- ☐ Anemia or Blood (Anemia o Sangre)
- ☐ Heart Disease (Enfemedades del Corazon
- ☐ Muscle or Bone (Musculos o Huesos)

The foregoing information is true to the best of my knowledge. I request and authorize Camino Health Center to provide me with medical care. I understand that Camino Health Center may use and disclose my information as described in the Notice of Privacy Practices. I have received a copy of Camino Health Center's Notice of Privacy Practices.

Toda informacion proporcionada es cierta y real y autorizo que Camino Health Center me proporcione servicio medico. Comprendo que la clinica de Camino Health Center pudiera usar, discutir o proporcionar mi informacion deacuerdo a su notificacion de practices de privacidad. He recivido una copia de las practicas de privacidad de Camino Health Center.

_____ _____
Signature/ Firma Date/Fecha