

|                             |   |                                  |      |                               |                         |
|-----------------------------|---|----------------------------------|------|-------------------------------|-------------------------|
| Fecha                       | Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido) | N.º de cuenta del paciente       | Sexo | Fecha de nacimiento           | Número de seguro social |
| Correo electrónico          |   | Nombre de contacto de emergencia |      | N.º de teléfono de emergencia |                         |
| Compañía de seguro primaria |   | Compañía de seguro secundaria    |      | Nombre del médico             |                         |

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ N.º dpto.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N.º dpto.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Misma dirección postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ (confirme igual que arriba)

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo a mi plan/programa médico a reembolsar a TrueCare™ por todos los servicios que recibo. Entiendo que soy responsable de cualquier saldos pendientes de pago, copagos, coseguros, deducibles y/o servicios no cubiertos.

### ELEGIBILIDAD DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

Para determinar si reúne los requisitos para recibir un descuento en los servicios de salud provistos, es necesario que hagamos preguntas personales acerca del tamaño e ingreso de su familia. Esta información es estrictamente confidencial y no puede divulgarse sin su autorización. Con el fin de reunir los requisitos del Programa de Descuento de Tarifa Variable, deberá declarar su ingreso anual o cuando haya un cambio en el tamaño o ingreso de su familia. Para determinar la elegibilidad, **seleccione una** de las siguientes afirmaciones:

- Declaro que no tengo documentación del ingreso total actual de mi familia ni talones de pago hoy, y que los proveeré en mi próxima cita o antes de esta. Declaro que:
- El ingreso bruto mensual de mi familia (importe ganado antes de impuestos) es \$ \_\_\_\_\_.
- El tamaño de mi familia (la cantidad de personas en la vivienda que viven de este ingreso), incluido yo mismo, es \_\_\_\_\_.
- He provisto documentación del ingreso total actual de mi familia o talones de pago que reflejan:
- El ingreso bruto mensual de mi familia (importe ganado antes de impuestos) es \$ \_\_\_\_\_.
- El tamaño de mi familia (la cantidad de personas en la vivienda que viven de este ingreso), incluido yo mismo, es \_\_\_\_\_.
- He rechazado la opción de brindar información acerca de mi ingreso y entiendo que no seré elegible para recibir servicios con descuento.

### ESTADO DE TRABAJADOR MIGRATORIO/DE TEMPORADA

- Declaro que yo o alguien de mi familia inmediata gana 51% o más de nuestro ingreso a partir de trabajo de agricultura. El trabajo de agricultura puede ser trabajo migratorio o de temporada.

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, RECHAZO DE TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, (el paciente, persona responsable o cuidador autorizado) autorizo a TrueCare™ y a su personal clínico designado a administrar y a realizar todo tratamiento, diagnóstico, cirugía u otros servicios médicos considerados recomendables o necesarios para la atención de la salud. Entiendo que tengo derecho de rechazar el tratamiento en cualquier momento. Puedo hacerlo firmando un formulario de **RECHAZO DE TRATAMIENTO**. También otorgo consentimiento para utilizar y divulgar la información médica necesaria para el tratamiento y pago, y otras operaciones de atención médica.

### CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN

Yo, (el paciente, persona responsable o cuidador autorizado) autorizo a TrueCare™ y a su personal clínico designado a comunicarse conmigo a través de carta, llamada telefónica o mensaje de texto utilizando la información anteriormente provista. Si no deseo que se comuniquen a la dirección ni número de teléfono antes mencionados, pediré a alguien del personal de TrueCare™ que me provea un formulario de **SOLICITUD DE CAMBIO DE PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN**.

|       |   |                            |      |                     |                         |
|-------|---|----------------------------|------|---------------------|-------------------------|
| Fecha | Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido) | N.º de cuenta del paciente | Sexo | Fecha de nacimiento | Número de seguro social |
|-------|---|----------------------------|------|---------------------|-------------------------|

### CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Yo, (el paciente, persona responsable o cuidador autorizado) autorizo a TrueCare™ y a su personal clínico designado a comunicarse conmigo de manera electrónica a través de la cuenta de MyHealth. Entiendo que dicha comunicación basada en la web es una elección y que puede elegir no registrarme en MyHealth.

Otorgo consentimiento para lo siguiente al elegir utilizar MyHealth:

- A recibir documentos como resúmenes de las consultas
- A recibir resultados de laboratorio de manera electrónica
- A recibir mensajes seguros de mi médico y del personal clínico designado

### PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA (Opcional)

Como su equipo de atención médica, podemos necesitar comunicarnos con usted acerca de su salud. Queremos invitarlo a incluir a miembros de su familia y a otras personas para que sean parte de su grupo de apoyo de salud. Las personas que identifique a continuación podrán hablar acerca de su información de salud, lo que incluye entre otros, información de citas, resultados de laboratorio, instrucciones de medicamentos, información de referencias, y podemos comunicarnos con ellos con fines de seguimiento en casos de que no podamos comunicarnos con usted. Todas las partes mencionadas a continuación que deseen acceder a su información deben proveer su información de manera precisa. La persona designada debe mostrar una identificación con foto válida en la clínica. **Para solicitar una copia en papel, complete el formulario de AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD.**

| Apellido, nombre | Fecha de nacimiento<br>mm/dd/aaaa | N.º de teléfono | Dirección | Relación con el paciente | *Información médica confidencial                           |
|------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------|--------------------------|--|
|                  |                                   |                 |           |                          | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |
|                  |                                   |                 |           |                          | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |
|                  |                                   |                 |           |                          | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |

\*La información médica confidencial incluye información de tratamiento de salud mental, resultados de análisis de VIH, información de tratamiento de alcohol o drogas.

### CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Confirmando que la información que he provisto a TrueCare™ es precisa y verdadera según mi saber. Mi firma debajo confirma que entiendo lo siguiente:

- Si he provisto información falsa, puedo quedar descalificado del Programa de Descuento de Tarifa Variable.
- Si la información provista en este formulario cambia, debo informar al personal en mi próxima cita o antes de esta.
- TrueCare™ no ofrece reembolsos para servicios profesionales brindados.
- He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad, o tuve acceso a una copia.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(Padre, tutor, apoderado o cuidador). Se debe escanear y guardar una copia de los documentos legales en la cuenta del paciente.

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

| PARA USO EXCLUSIVO DE TrueCare™   |       |       |
|---|-------|-------|
| Al firmar debajo, certifico que este formulario está completo y que la cuenta del paciente se ha actualizado. |       |       |
| _____   | _____ | _____ |
| Nombre impreso  | Firma | Lugar |



# HISTORIA DEL NIÑO/NIÑA

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

Fecha: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE NACIMIENTO

| Si                       | No                       |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Recibió Ud. Cuidado prenatal? ¿Lo recibió en North County Health Services? _____      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿En qué mes de parto comenzó su cuidado? _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Fue un parto completo de 9 meses? _____ BW? _____                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Fue un nacimiento vaginal? ¿Fue una operación cesárea? ¿Porque? _____                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ud. y el bebé salieron del hospital juntos? Si no salieron juntos, ¿porque fue? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El bebé nació en que hospital? _____ O ¿donde nació? _____                            |

## HISTORIA MÉDICA

|                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha estado su bebé en el hospital? Si es así, ¿cuando y porque? _____                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha visitado al dentista? ¿La última visita fue? _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Toma su hijo/hija alguna medicina regularmente como Tylenol, vitaminas o fluoruro? _____            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Es su hijo/hija alérgico a que medicina? _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Qué pasa cuando toma esta medicina? _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Dónde reciben sus niños vacunas? _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Están sus vacunas al día?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido alguna vez su hijo/hija reacción a las vacunas? ¿Qué pasa? _____                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción positiva de tuberculosis? ¿Cuándo? _____ ¿Tuvo rayos X?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguien en su casa ha tomado medicina para la tuberculosis o ha tenido una reacción positiva? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido su hijo viruela? ¿Cuándo? _____ ¿Tuvo complicaciones? _____                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido asma?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido hepatitis?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido anemia?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene su hijo/hija infección de los oídos con frecuencia?   |

## PARA NIÑAS SOLAMENTE:

|                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Comenzó ya su menstruación? ¿A qué edad? _____                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Son sus periodos regulares? ¿Cuántos días duran? _____ ¿Tiene dolores? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene tratamiento para los dolores? _____                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fecha de último periodo; _____/_____/_____                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Toma pastillas anticonceptivas? ¿Qué clase? _____                            |

## HISTORIA DE SU FAMILIA

Favor de contestar si su familia tiene alguno de los siguientes problemas: \_\_\_ Enfermedad del corazón \_\_\_ Diabetes \_\_\_ Presión alta  
 \_\_\_ Enfermedad de los riñones \_\_\_ Enfermedad del hígado \_\_\_ Cáncer \_\_\_ Defectos de nacimiento \_\_\_ Anemia \_\_\_ Ataques  
 \_\_\_ Artritis \_\_\_ Mucho dolor de cabeza \_\_\_ Enfermedad mental \_\_\_ Alcoholismo \_\_\_ Uso de drogas \_\_\_ Asma \_\_\_ Fuman en su casa

Edad de la madre \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Edad del padre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

¿Es Ud. madre soltera? \_\_\_\_\_

Edad de sus niños \_\_\_\_\_

¿Qué clase de vivienda usted habita? Apartamento  Casa  Comparte una habitación  con amigos o familiares

¿Por cuánto tiempo ha vivido allí? Menos de 3 meses  menos de 1 año  más de 1 año

¿Usted tiene facilidades para cocinar y para bañarse? SI  NO

¿Usted tiene alguna creencia que puede interferir con su cuidado médico? SI  NO

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Clinician: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Internal use only: clinicians initial and update annually:*

|           |           |           |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ____/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ |
| ____/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ |



Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Patient Name/Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Patient Date of Birth/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**TUBERCULOSIS RISK ASSESSMENT**

Patient: refers to you or your child depending upon who is visiting the doctor.

High Risk Country: refers to countries other than the United States, Canada, Australia, New Zealand or countries located in Western or Northern Europe.

|  | YES                      | NO                       | FOR TRUECARE STAFF USE  |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. Has the <u>patient</u> had a positive tuberculosis test OR been diagnosed with tuberculosis disease?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perform symptom check – <b>NO PPD/QG</b>  |
| 2. Has a family member or other person who has contact with the <u>patient</u> had a positive tuberculosis test OR tuberculosis disease?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PPD Testing or Quantiferon Gold (QG) Testing or Symptom Check as clinically indicated |
| 3. Was the <u>patient</u> born in a high-risk country (see above)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 4. Has the <u>patient</u> traveled to a high-risk country (see above) for more than 3 weeks in the past year or do they cross the US-Mexico border on a regular basis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 5. Has the <u>patient</u> ever consumed raw (unpasteurized) milk or cheese (queso fresco) purchased outside of the United States?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PPD/QG Testing  |
| 6. In the past year, has the <u>patient</u> had close contact with someone who is homeless, abused drugs, or has been in prison (including themselves)?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 7. Has the <u>patient</u> had a high risk medical condition such as HIV, malignancy, silicosis or prolonged immune suppressing therapy?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |

*Note: HIV positive patients need annual tuberculosis testing.*

**EVALUACIÓN DE RIESGO DE TUBERCULOSIS**

Paciente: se refiere a usted o a su hijo/a dependiendo de quién consulte al doctor.

País de alto riesgo: se refiere a países que no sean Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda ni países ubicados en Europa del Norte u Occidental.

|  | SI                       | NO                       | SOLO PARA PERSONAL DE TRUECARE  |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. ¿Ha tenido el/la <u>paciente</u> una prueba positiva de tuberculosis O se le ha diagnosticado tuberculosis?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perform symptom check- <b>No PPD/QG</b>   |
| 2. ¿Algún miembro de la familia u otra persona que tiene contacto con el/la <u>paciente</u> ha tenido una prueba de tuberculosis positiva O diagnosticado con tuberculosis?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PPD Testing or Quantiferon Gold (QG) Testing or Symptom Check as clinically indicated |
| 3. ¿El/la <u>paciente</u> nació en un país de alto riesgo (ver definición arriba)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 4. ¿El/la <u>paciente</u> ha viajado a un país de alto riesgo (ver definición arriba) por más de 3 semanas en el último año o cruzan la frontera de USA-México de forma regular? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 5. ¿El/la <u>paciente</u> ha consumido alguna vez quesos (queso fresco) o leche cruda (sin pasteurizar) que se haya comprado fuera de los Estados Unidos?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PPD/QG Testing  |
| 6. En el último año, ¿El/la <u>paciente</u> ha tenido contacto cercano con una persona sin hogar, que ha abusado drogas o que ha estado en prisión (incluso ellos mismos)?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 7. ¿El/la <u>paciente</u> ha tenido una condición médica de alto riesgo como VIH, malignidad, silicosis o terapia inmunodepresora prolongada?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |

*Nota: los pacientes con VIH positivo deben hacerse la prueba de tuberculosis anualmente.*

Patient Signature /Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Clinician Signature: \_\_\_\_\_

**FOR TRUECARE™ STAFF USE/SOLO PARA PERSONAL DE TRUECARE™: PROBING QUESTIONS/NOTES FOR “YES” ANSWERS**

Q1&2: Did the patient have active or latent TB and did they receive Tx or Prophylaxis and if so, did they finish treatment? Hx of BCG? Have they had a CXR if no prophylaxis and if so, when?      Q3: Name country      Q4: Name country, length of time and when?  
 Q5: Name what, when and where      Q6: Consider annual testing if repetitive exposure      Q7: HIV+ requires annual testing