

Formulario de admisión del paciente 2026

Escriba claramente. Llene toda la información.

Información del Paciente

APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
CORREO ELECTRÓNICO				
N.º DE SEGURO SOCIAL (SI TIENE UNO)			FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN			CIUDAD, ESTADO	
CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (CASA)		TELÉFONO (CELULAR)	
SEXO (AL NACER) ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO		IDIOMA PREFERIDO ☐ INGLÉS ☐ ESPAÑOL ☐ ÁRABE ☐ OTRO _____		

Preguntas sobre el Título X

Dinos si alguna de las siguientes afirmaciones es cierta (puedes elegir más de una respuesta):

- ☐ Estoy aquí para que me pongan Nexplanon (o me quiten el Nexplanon)
- ☐ Vengo a que me pongan un DIU (o a que me lo quiten)
- ☐ Estoy aquí para un examen de la mujer bien (incluyendo Papanicolaou y examen de mama)
- ☐ Estoy aquí para recibir otros cuidados de salud sexual o reproductiva

Busque el número de personas en su familia/hogar en la primera columna. Marque la casilla de la columna de ingresos que mejor describa su situación.

TAMAÑO DE LA FAMILIA	MENOS QUE O IGUAL A	MENOS QUE O IGUAL A	MENOS QUE O IGUAL A	MENOS QUE O IGUAL A	MENOS QUE O IGUAL A	IGUAL O SUPERIOR A
1	☐ \$15,960	☐ \$19,950	☐ \$23,940	☐ \$27,930	☐ \$31,920	☐ \$39,921
2	☐ \$21,640	☐ \$27,050	☐ \$32,460	☐ \$37,870	☐ \$43,280	☐ \$43,281
3	☐ \$27,320	☐ \$34,150	☐ \$40,980	☐ \$47,810	☐ \$54,640	☐ \$54,641
4	☐ \$33,000	☐ \$41,250	☐ \$49,500	☐ \$57,750	☐ \$66,000	☐ \$66,001
5	☐ \$38,680	☐ \$48,350	☐ \$58,020	☐ \$67,690	☐ \$77,360	☐ \$77,361
6	☐ \$44,360	☐ \$55,450	☐ \$66,540	☐ \$77,630	☐ \$88,720	☐ \$88,721
7	☐ \$50,040	☐ \$62,550	☐ \$75,060	☐ \$87,570	☐ \$100,080	☐ \$100,081
8	☐ \$55,720	☐ \$69,650	☐ \$83,580	☐ \$97,510	☐ \$111,440	☐ \$11,441

Información del Contact de Emergencia

APELLIDO		NOMBRE	
RELACIÓN	DIRECCIÓN		
CIUDAD, ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (CELULAR)	
TELÉFONO (CASA)	IDIOMA PREFERIDO ☐ INGLÉS ☐ ESPAÑOL ☐ ÁRABE ☐ OTRO _____		

Formulario de admisión del paciente 2026 (cont.)

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Si no tiene seguro, puede solicitarnos una estimado de sus costos antes de recibir atención. Nuestro personal consultará con el manager de la clínica para obtener este estimado.

Información Del Seguro/Titular De La Póliza

Información Del Seguro Primario

¿QUIÉN ES EL TITULAR DE LA PÓLIZA? ☐ PADRE/TUTOR ☐ CÓNYUGE ☐ PROPIO ☐ OTRO _____	
NOMBRE DE LA ASEGURADORA	
DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA	CIUDAD, ESTADO DE LA ASEGURADORA
CÓDIGO POSTAL DE LA ASEGURADORA	

Información Del Titular De La Póliza Del Seguro Principal

APELLIDO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
INICIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	SUFIJO ☐ Jr. ☐ Sr. ☐ Otro _____	FECHA DE NACIMIENTO	
TELÉFONO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
CIUDAD, ESTADO TITULAR DE LA PÓLIZA		CÓDIGO POSTAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
N.º DE ID DE LA PÓLIZA		N.º DE GRUPO/PLAN	

Información Del Titular De La Póliza Del Seguro Secundario

APELLIDO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
INICIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	SUFIJO ☐ Jr. ☐ Sr. ☐ Otro _____	FECHA DE NACIMIENTO	
TELÉFONO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
CIUDAD, ESTADO TITULAR DE LA PÓLIZA		CÓDIGO POSTAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
N.º DE ID DE LA PÓLIZA		N.º DE GRUPO/PLAN	

Díganos si le preocupa recibir una factura por servicios de salud reproductiva. Podemos evitar enviarle una factura a su dirección. También podemos hacer un plan sobre la facturación a su seguro. Podemos tomar estas medidas para proteger su intimidad o su seguridad. Háblenos de inmediato si esto le preocupa

FOR OFFICE USE ONLY	☐	DOCUMENTS REVIEWED	☐	PAY STUB	☐	TAX STATEMENT	☐	W2	☐	LETTER OF SUPPORT	☐	_____
---------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	----	--------------------------	-------------------	--------------------------	-------

Formulario de admisión del paciente 2026 (cont.)

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

Antecedentes del paciente

Raza	Etnicidad	Género de presentación (solo para pacientes mayores de 18 años)	Orientación sexual
☐ INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA ☐ ASIÁTICO ☐ NEGRO O AFROAMERICANO ☐ NATIVO DE HAWÁI ☐ OTRO ISLEÑO ☐ DEL PACÍFICO ☐ DOS O MÁS ☐ BLANCO	☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano ni Latino Lugar de nacimiento ☐ ESTADOS UNIDOS ☐ OTROS, _____ _____	☐ FEMENINO ☐ MASCULINO ☐ PREFIERE NO RESPONDER ☐ OTRO	☐ Bisexual ☐ LESBIANA, GAY ☐ ALGO MÁS ☐ Straight (Not Lesbian or Gay) ☐ (NO LESBIANA NI GAY) ☐ NO SÉ

Situación de vivienda

¿ESTÁ SIN HOGAR?	☐ SÍ ☐ No	¿ES VETERANO DE LAS FUERZAS ARMADAS?	☐ SÍ ☐ No
EN CASO AFIRMATIVO:	☐ REFUGIO ☐ CALLE ☐ VIVIENDA CON OTRA FAMILIA Up	☐ VIVIENDA TRANSITORIA	

Programas

ACTUALMENTE RECIBE VALES DE ALIMENTOS?	☐ SÍ ☐ No	ACTUALMENTE RECIBE WIC	☐ SÍ ☐ No	¿NECESITA AYUDA PARA PAGAR MEDICAMENTOS?	☐ SÍ ☐ No
--	---	------------------------	---	--	---

Farmacia de Alimentos de Neighborhood Health

¿QUIERE RECIBIR UNA CAJA DE ALIMENTOS HOY?	☐ SÍ ☐ No
--	---

Conocimientos de Salud

Marque su respuesta a las siguientes preguntas:

A. ¿CON QUÉ FRECUENCIA NECESITA QUE ALGUIEN LE AYUDE A LEER MATERIALES MÉDICOS?	☐ SIEMPRE ☐ CON FRECUENCIA ☐ A VECES ☐ OCASIONALMENTE ☐ NUNCA
¿CON QUÉ FRECUENCIA TIENE UN PROBLEMA PARA ENTENDER LO QUE SE LE DICE ACERCA DE SU	☐ SIEMPRE ☐ CON FRECUENCIA ☐ A VECES ☐ OCASIONALMENTE ☐ NUNCA

¿Cómo Se Enteró De Nosotros?

☐ AMIGO/FAMILIA	☐ NUESTRO PERSONAL	☐ Google	☐ Facebook	☐ X (Twitter)
☐ NUESTRO SITIO WEB	☐ PUBLICIDAD (POSTAL, PERIÓDICO, ETC.)	☐ VI LA CLÍNICA	☐ EVENTO COMUNITARIO	☐ Otro _____

Formulario de admisión del paciente 2026 (cont.)

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Acerca De Usted

Cuéntenos sobre sus antecedentes. Esto nos ayuda a brindar la mejor atención posible.
Protegeremos su privacidad. Tratamos su información de manera confidencial.

Alergias

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA REACCIÓN ALÉRGICA?	☐	SÍ	☐	No	ALERGIAS A MEDICAMENTOS
ALERGIAS A LOS ALIMENTOS					OTRAS ALERGIAS (LÁTEX, PICADURAS DE ABEJA, ETC.)

Información Sobre La Farmacia

NOMBRE DE LA FARMACIA	TELÉFONO
DIRECCIÓN/UBICACIÓN	

Dental

¿ACTUALMENTE TIENE PROBLEMAS DE DOLOR DENTAL?	☐	SÍ	☐	No	¿SUS ENCÍAS SANGRAN?	☐	SÍ	☐	No
¿ALGUNA VEZ HA TOMADO UN TRATAMIENTO DE PREMEDICACIÓN CON ANTIBIÓTICOS?					☐	SÍ	☐	No	

Historial Familiar ☐ Se Desconoce El Historial Familiar De Nacimientos

¿En su familia existe alguna de las siguientes afecciones?	MADRE	PADRE	HERMANOS	ABUELOS
ALCOHOLISMO	☐	☐	☐	☐
CÁNCER (¿DE QUÉ TIPO?)	☐	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐	☐
DEPENDENCIA DE DROGAS	☐	☐	☐	☐
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	☐	☐	☐	☐
HIPERTENSIÓN	☐	☐	☐	☐
COLESTEROL ALTO	☐	☐	☐	☐
ENFERMEDAD MENTAL	☐	☐	☐	☐
DERRAME CEREBRAL	☐	☐	☐	☐
PARO CARDÍACO REPENTINO (MENOR DE 50 AÑOS)	☐	☐	☐	☐
OTRO (POR FAVOR EXPLIQUE)	☐	☐	☐	☐
FALLECIDO	☐	☐	☐	☐

Formulario de admisión del paciente 2026 (cont.)

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Su historial médico (¿Tiene o has tenido alguna vez alguna de las siguientes afecciones?)

☐ Abuso de alcohol	☐ Hipertensión	☐ Varicela
☐ Alergias Nasales / Fiebre Del Heno	☐ Incontinencia	☐ Urticaria
☐ Anemia	☐ Infección De Vih	☐ Verrugas Genitales
☐ Anorexia (Trastorno De Alimentación)	☐ Lupus	☐ VPH
☐ Artritis	☐ Malaria	☐ Otras Enfermedades De Transmisión Sexual (Ets) _____
☐ Asma	☐ Migrañas / Dolores De Cabeza Severos	☐ Otros Enfermedades Del Hígado Estomago O Intestinales _____
☐ Bulimia (Trastorno De Alimentación)	☐ Mononucleosis Infecciosa	☐ Otros Problemas De Salud Mental _____
☐ Cálculos Renales	☐ Neumonía	☐ Otros Problemas Neurológicos _____
☐ Cáncer	☐ Paperas	
☐ Clamidia	☐ Pérdida De La Audición	
☐ Coágulos De Sangre / Trastornos De La Coagulación	☐ Sclerosis Multipli	
☐ Colesterol Alto	☐ Sífilis	
☐ Colitis Ulcerosa / Enfermedad De Crohn	☐ Síndrome De Ovario Policístico (SOP)	
☐ Conmociones Cerebrales	☐ Síndrome Del Intestino Irritable	
☐ Convulsiones	☐ Sinusitis Crónica	
☐ Depresión	☐ Soplo Cardíaco r	
☐ Derrame Cerebral / Ataque Isquémico Transitorio (Ait)	☐ Soriasis	
☐ Diabetes	☐ Syphilis	
☐ Distrofia Muscular	☐ TDAH	
☐ Eczema	☐ Terapia De Radiación	
☐ Enfermedad Cardíaca / Ataque Cardíaco	☐ Tipo De Hepatitis: _____	
☐ Enfermedad Celíaca	☐ Trastorno Bipolar	
☐ Enfermedad Crónica De Riñones O Vejiga	☐ Trastorno De Ansiedad	
☐ EPOC	☐ Trastorno De La Tiroides	
☐ Esquizofrenia	☐ Trastornos De Sangrado	
☐ Fiebre Tiroidea	☐ Trastornos Oculares (Excepto Anteojos O Lentes De Contacto)	
☐ Fracturas De Huesos	☐ Trastornos Suprarrenales	
☐ Gonorrea	☐ Tuberculosis	
☐ Herpes Genital	☐ Ulceras Estomacales/Duodenales	

Historial ginecológico

Fecha Del Último Periodo Menstrual _____

Fecha De La Ima Prueba De Papanicolaou _____

¿Historial de Prueba Papinicolaou Anormal?

☐ Sí ☐ No

Fecha del Último Examen de Mama _____

¿Historial de Examen de Mama? ☐ Sí ☐ No

Numero Total de Embarazos _____

Numero de Hijos Nacidos _____

¿Esta Actualmente Embarazada O Lactando?

☐ Sí ☐ No

Nivel de actividad

Diriq que su nivel de actividad es:

☐ POCO EJERCICIO: Sentado la mayor parte del día; trabajo de oficina; poca actividad. Por ejemplo: caminar 10-15 minutos 1-2 veces por semana.

☐ ALGO DE EJERCICIO: Actividad que eleva el ritmo cardíaco y te hace sudar. Por ejemplo: Caminar a paso ligero 30 minutos al día 5 días a la semana.

☐ MUCHO EJERCICIO: Actividad que eleva tu ritmo cardíaco y te hace respirar fuerte y rápido. Por ejemplo, trotar o correr durante 1 hora y 15 minutos cada semana.

CONSUMO DE SUSTANCIAS

☐ ¿Bebe alcohol?

☐ ¿Fuma?

☐ ¿Tomas drogas recreativas?

☐ ¿Vapeas?

Formulario de admisión del paciente 2026 (cont.)

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

Historial médico

Por favor, marque cualquiera de los siguientes puntos que USTED haya tenido o tenga en la actualidad.

Historial quirúrgico

☐	APENDECTOMÍA ADENOIDECTOMÍA		
☐	CIRUGÍA DE COLON		
☐	TUBOS PARA LOS OÍDOS EXTRACCIÓN DE LA VESÍCULA		
☐	APENDECTOMÍA ADENOIDECTOMÍA		
☐	CIRUGÍA DE COLON		
☐	CIRUGÍA DE CADERA	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐	CIRUGÍA DE RODILLA	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐	Histerectomía		
☐	Trasplante de órganos		

☐	Extirpación de quistes ováricos
☐	Cirugía de próstata
☐	Esplenectomía
☐	Amigdalectomía
☐	Cirugía de pérdida de peso
☐	Otras cirugías previas
☐	_____
☐	_____

Otra Historia

☐

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES / VISITAS A LA SALA DE EMERGENCIAS

Indique todos los medicamentos que toma actualmente. Incluya medicamentos recetados, anticonceptivos, para el acné, de venta libre, vitaminas, etc.

Formulario de consentimiento del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

	Resumen	Detalles Completos
Inicial _____ Aquí _____	Quiero recibir el tratamiento que Neighborhood Health (NH) me recomienda.* Acepto que NH me trate.* *O a un hijo menor si él/ella es el paciente y yo soy el padre o tutor legal y puedo autorizar el tratamiento.	Doy mi consentimiento para la evaluación y el tratamiento que se considere necesario o aconsejable a juicio de un médico de Neighborhood Health u otro proveedor clínico. Esto puede incluir, entre otros, una entrevista, un examen físico, análisis clínicos u otros servicios prestados al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del proveedor. Sé que puedo obtener servicios de planificación familiar aquí o puedo optar por no recibirlos. Mi elección sobre planificación familiar no afecta si puedo obtener otros servicios aquí. También doy mi consentimiento para que un médico de Neighborhood Health u otro proveedor clínico trate, diagnostique, opere o recete para cualquier dolencia física, lesión física o deformidad; recete, dispense, entregue o administre cualquier fármaco o medicamento; y preste servicios psicológicos o de asesoramiento. Si doy este consentimiento para un niño menor de edad, (a) soy el padre/madre o tutor legal del niño, y tengo la autoridad para proporcionar este consentimiento para este niño; o (b) de otra manera se me ha otorgado autoridad para tomar decisiones con respecto a la atención médica de este niño según la ley estatal (o soy un menor de edad que puede dar su consentimiento para recibir atención según la ley estatal).
Inicial _____ Aquí _____	Acepto que la aseguradora, Medicare, TennCare u otros programas puedan pagar mi factura. Permiso que NH se quede con estos pagos. Además, acepto que Neighborhood Health sea mi proveedor de atención primaria y autorizo a Neighborhood Health a informar de ello a mi compañía de seguros.	En consideración por los servicios brindados, por el presente transfiero y cedo a NH todos los derechos, títulos e intereses de cualquier pago adeudado a mí (o a mi hijo(a)) por los servicios descritos en este documento, según lo dispuesto en la póliza o pólizas de seguro mencionadas anteriormente. NH puede divulgar todo o parte del expediente del paciente (incluyendo información sobre tratamiento psiquiátrico, abuso de alcohol y drogas, familiares o empleadores del paciente) en relación con todo o parte del cargo de la clínica, incluidas, entre otras, a compañías de servicios médicos y dentales, aseguradoras, compañías de compensación al trabajador, fondos de asistencia social o al empleador del paciente. Por el presente acepto que todos los pagos de Medicaid / Medicare relacionados con mi tratamiento (o el de mi hijo(a)) se asignen a NH. Dinos si te preocupa recibir una factura por servicios de salud reproductiva. Autorizo a Neighborhood Health a presentar una solicitud de cambio de médico de cabecera (PCP) a mi compañía de seguros en mi nombre (o en el de mi hijo(a)). Entiendo que puedo comunicarme con mi compañía de seguros para solicitar un cambio de médico de cabecera en cualquier momento.
Inicial _____ Aquí _____	Acepto pagar las tarifas adeudadas y que no están cubiertas por el seguro, Medicare, TennCare u otros programas.	Acepto que, como contraprestación por los servicios que se me brindarán (o a mi hijo(a)), estoy obligado a pagar las tarifas correspondientes según los ingresos de mi hogar y el tamaño de mi familia. Entiendo que NH puede presentar la reclamación de seguros como cortesía. Sin embargo, si una reclamación se rechaza por cualquier motivo, soy responsable del pago. También entiendo que debo pagar cualquier copago, deducible, coaseguro o cualquier otro saldo no pagado por mi seguro o un pagador externo (o el de mi hijo(a)) dentro de un período de tiempo razonable que no exceda los noventa (90) días.
Inicial _____ Aquí _____	NH puede contactarme por teléfono, correo electrónico y mensaje de texto.	Doy mi permiso para que NH se comunique conmigo por teléfono, correo electrónico y mensaje de texto con respecto a citas, resultados de análisis clínicos, facturación y avisos. Sé que puedo optar por no recibirlos informando a NH que no deseo recibir mensajes de una manera en particular.
Inicial _____ Aquí _____	Neighborhood Health puede obtener una lista de mis medicamentos.	Doy mi permiso a Neighborhood Health para obtener una lista de todos mis medicamentos (incluidos mis medicamentos anteriores) de mis farmacias, otros proveedores de atención médica y mis aseguradoras. Doy mi permiso para que estas entidades compartan mi información con Neighborhood Health. Esta información formará parte de mi expediente médico aquí.
Inicial _____ Aquí _____	NH me ofreció un aviso sobre privacidad. NH también me ofreció un aviso sobre mis derechos como paciente.	Se me ha ofrecido (a) una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la ley HIPAA por parte de NH; y los (b) Derechos y responsabilidades del paciente de Neighborhood Health. Sé que puedo encontrar estos documentos en línea en www.neighborhoodhealthtn.org. También sé que NH me enviará una copia de estos documentos por correo electrónico o postal si los solicito.
Inicial _____ Aquí _____	Sé que NH conservará una copia de esto.	Autorizo a NH a utilizar una copia de estas autorizaciones y asignaciones. NH archivará cualquier original impresa. Su autorización sigue siendo válida a menos que y/o hasta que la revoque por escrito.

Formulario de consentimiento del paciente

Inicial _____ Aquí	Sé que todos son bienvenidos en Neighborhood Health.	Si he sido discriminado por motivos de raza, color u origen nacional, sé que pue-do presentar una queja ante NH en virtud del Título VI llamando al 615-227-3000 x1007. También puedo presentar una queja ante la oficina regional o central del Departamento de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, o la Oficina de Derechos Civiles, en 101 Marietta Tower, Suite 2706, Atlanta, GA.
Inicial _____ Aquí	Acepto realizarme las pruebas de laboratorio que recomienda Neighborhood Health.	Su proveedor medico puede solicitar algunas pruebas de laboratorio para obtener más información sobre su salud. Las pruebas también nos ayudan a detectar afecciones como diabetes, sida y hepatitis. Por favor, infórmenos si desea excluirse de alguna prueba. Hable con nuestro personal de recepción para registrarse en el portal del paciente y poder consultar sus resultados.
Inicial _____ Aquí	Sé que Neighborhood Health puede utilizar la transcripción mediante IA para ayudar a documentar mi visita.	Es posible que utilicemos herramientas de transcripción para documentar lo que ocurrió durante su visita. Esto nos permite centrarnos en usted, en lugar de tener que estar escribiendo durante toda la consulta. Es posible que estas herramientas de transcripción utilicen tecnología de inteligencia artificial (IA). No obstante, su proveedor revisará toda la documentación antes de que se incorpore a su expediente médico. Si no desea que utilicemos estas herramientas de transcripción hoy, comuníquese a su proveedor.
Inicial _____ Aquí	Estoy de acuerdo en que Neighborhood Health pueda compartir mi información con WeGo si adquiero un WeGo Journey Pass	Si vivo en Nashville, Neighborhood Health podría ofrecerme un Journey Pass. Esto me permitiría viajar en los autobuses de WeGo de manera gratuita durante 3 años. Si acepto un Journey Pass, estoy dando mi consentimiento para que Neighborhood Health envíe mi nombre completo, fecha de nacimiento, número de teléfono y correo electrónico a WeGo. WeGo utilizará esta información para dar seguimiento a mi Journey Pass y para contactarme a fin de renovarlo. WeGo requiere esta información para todos los Journey Pass. Si no deseo que Neighborhood Health envíe mi información a WeGo, no aceptaré el Journey Pass de WeGo.

Al firmar a continuación, estoy diciendo: Soy el paciente adulto que figura en este formulario, o soy el padre (o tutor legal) del niño que figura en este formulario, a menos que marque la casilla siguiente.

☐ Soy menor emancipado, estoy embarazada o soy padre o madre de un menor sobre el que tengo la custodia, y sé que también debo rellenar el "Formulario de excepción para aceptar el consentimiento de un hijo menor".

Sé que Neighborhood Health utilizará la información de este formulario cuando me brinde atención a mí y a mi familia. Toda la información que proporcione en este formulario es verdadera y precisa.

FIRMA: X _____ **FECHA:** _____