



## DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Información del Paciente					
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sufijo	Numero de Seguro Social	
Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento	Estado civil <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Other			
Idioma preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		La Raza <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Afroamericano/a <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Other:		Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> No Hispano/a <input type="checkbox"/> Desconocido/a	
Dirección de Envío		Ciudad/Estado	Código Postal	Teléfono	
Dirección de Correo Electrónico		¿Cómo te enteraste de nosotros?		Médico/a Referente	
Persona Responsable <small>Marque si es igual que: <input type="checkbox"/> Paciente</small>					
Apellido	Primer Nombre	Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento	¿Cuál es la relación del paciente con la parte responsable?	
Dirección de Envío		Ciudad/Estado	Código Postal	Teléfono	
Información del Empleador					
Empleador		Dirección		Ciudad/Estado	Código Postal
Información del Seguro <small>Marque si: <input type="checkbox"/> Pago en Efectivo</small>					
<small>Marque si es igual que: <input type="checkbox"/> Persona Responsable</small>			<small>Marque si es igual que: <input type="checkbox"/> Persona Responsable</small>		
Nombre del Suscriptor / Miembro		Fecha de Nacimiento	Nombre del Suscriptor / Miembro		Fecha de Nacimiento
¿Cuál es la relación del paciente con el suscriptor?		Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	¿Cuál es la relación del paciente con el suscriptor?		Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Compañía de Seguros Primaria		Fecha de Inicio	Compañía de Seguros Secundario		Fecha de Inicio
Dirección postal del Seguro	Ciudad/Estado	Código Postal	Dirección postal del Seguro	Ciudad/Estado	Código Postal
Suscriptor / Miembro #		Grupo #	Suscriptor / Miembro #		Grupo #

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso



- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Pacific Oaks Office</b><br>220 Pacific Oaks Rd Ste 2<br>Goleta, CA 93117<br>P: (805) 979-4646<br>F: (805) 685-2800 | <input type="checkbox"/> <b>Hollister Office</b><br>5333 Hollister Ave Ste 110<br>Goleta, CA 93111<br>P: (805) 683-0055<br>F: (805) 683-0149 | <input type="checkbox"/> <b>Santa Barbara Office</b><br>517 W Junipero St<br>Santa Barbara, CA 93105<br>P: (805) 682-8844<br>F: (805) 682-6499 | <input type="checkbox"/> <b>Carpinteria Office</b><br>5565 Carpinteria Ave Ste 4<br>Carpinteria, CA 93013<br>P: (805) 684-4119<br>F: (805) 566-2181 |
|--|--|--|---|

¿CÓMO ESTAMOS AUTORIZADOS PARA CONTACTARTE?		
<input type="checkbox"/> <b>TELÉFONO DE RESIDENCIA</b>	<input type="checkbox"/> <b>TELÉFONO DE TRABAJO</b>	<input type="checkbox"/> <b>TELÉFONO CELULAR</b>
<input type="checkbox"/> <b>NÚMERO:</b>	<input type="checkbox"/> <b>NÚMERO:</b>	<input type="checkbox"/> <b>NÚMERO:</b>
<input type="checkbox"/> Deje solo el número de devolución de llamada	<input type="checkbox"/> Deje solo el número de devolución de llamada	<input type="checkbox"/> Deje solo el número de devolución de llamada
<input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje detallado con persona	<input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje detallado con persona	<input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje detallado con persona
<input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje detallado en Contestador automático	<input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje detallado en Contestador automático	<input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje detallado en Contestador automático
<b>Otras especificaciones / restricciones:</b>		

**Autorización para la Divulgación (divulgación o uso) de Información de Salud Protegida**

1. Nombre, relación específica y número de contacto de un pariente o amigo autorizado para recibir información médica divulgada en nombre del paciente:

2. Descripción de la información que se publicará:

3. Restricciones con respecto a la información divulgada:

Esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento. La información divulgada ya no está bajo nuestro control y las regulaciones federales de privacidad no pueden prohibir otras divulgaciones.

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

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

Si es tutor, escriba el nombre y la relación: \_\_\_\_\_



**Pacific Oaks Office**

220 Pacific Oaks Rd Ste 2  
Goleta, CA 93117  
P: (805) 979-4646  
F: (805) 685-2800

**Hollister Office**

5333 Hollister Ave Ste 110  
Goleta, CA 93111  
P: (805) 683-0055  
F: (805) 683-0149

**Santa Barbara Office**

517 W Junipero St  
Santa Barbara, CA 93105  
P: (805) 682-8844  
F: (805) 682-6499

**Carpinteria Office**

5565 Carpinteria Ave Ste 4  
Carpinteria, CA 93013  
P: (805) 684-4119  
F: (805) 566-2181

## Aviso de Prácticas de Privacidad

Las prácticas médicas de **Jackson Medical Group, Inc.** y sus asociados han implementado políticas para proteger la privacidad de sus registros médicos. La siguiente es una descripción de cómo manejamos su información médica individual.

Se construye un registro escrito o electrónico de su atención médica en cada encuentro. Este registro puede incluir sus síntomas, examen, resultados de pruebas, plan de tratamiento, registros externos y otra información médica. Los servicios de transcripción a menudo se utilizan. Nuestros empleados acceden a este registro solo por razones médicas o comerciales legítimas. Todos los empleados están capacitados en procedimientos de confidencialidad del paciente. Se toman medidas de seguridad para evitar la divulgación involuntaria de su información de atención médica durante la creación, utilización, almacenamiento y destrucción. Todo lo que identifica a un paciente con su atención médica individual está protegido.

**Por ley, su información médica puede ser compartida (sin su autorización) para:**

1. **Tratamiento:** para facilitar su atención, podemos compartir información con médicos consultores, entidades de atención médica, entidades legales y de salud pública, y médicos de guardia. Por ejemplo, le enviaremos a un médico consultor las notas relevantes de la tabla.
2. **Pago:** para obtener el pago de terceros, proporcionaremos la información solicitada a las aseguradoras. Por ejemplo, su compañía de seguros puede solicitar notas gráficas antes del pago.
3. **Operaciones sanitarias:** podemos proporcionar información médica con fines de control de calidad, actividades comerciales y otras operaciones de atención médica. Por ejemplo, es posible que necesitemos llamar a su casa para recordarle una cita. Any other disclosures of your medical record will require your written or expressed authorization.

Esto incluso incluye divulgaciones a familiares no dependientes. Todas las divulgaciones de su registro que requieran autorización serán documentadas.

**Tiene ciertos derechos con respecto a su registro individual, incluido el derecho a:**

1. Para inspeccionar y copiar su registro y sus divulgaciones. Ciertas condiciones como acciones legales pueden restringir este derecho. Se requiere un aviso por escrito de 30 días antes de la inspección, y se puede requerir una tarifa de supervisión.
2. Solicitar restricciones y modificaciones con respecto a su registro. Su solicitud debe ser por escrito, específica y sensible al tiempo. Aceptaremos o rechazaremos su solicitud por escrito. El manejo especial crea una carga para nosotros y podemos cobrar una tarifa.
3. Para presentar quejas por escrito sobre su registro a nuestro gerente de oficina.
4. Revocar por escrito cualquier autorización de divulgación previa en cualquier momento.
5. Solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted por métodos alternativos.

**Algunas de las acciones específicas que hemos tomado para proteger su privacidad incluyen:**

1. Todos los empleados con acceso a su registro médico están capacitados para proteger su privacidad. La capacitación en privacidad incluye protección tanto en la oficina como en la comunidad..
2. Los asociados contratados y comerciales con acceso a su registro médico han recibido instrucciones sobre el manejo confidencial de su registro y han firmado acuerdos para proteger su privacidad.
3. Su registro médico y su información demográfica nunca se venden ni se divulgan a sabiendas para fines no médicos o comerciales.

Si hay alguna parte de esta política de privacidad que no comprende, consulte a nuestro gerente de oficina. Nos complace atender sus preguntas y preocupaciones. Este aviso entra en vigencia el 1 de agosto de 2015. Una copia escrita de este aviso está disponible a pedido.

**Su firma es un reconocimiento de que nuestra política de privacidad ha sido puesta a su disposición:**

Nombre: \_\_\_\_\_

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



- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Pacific Oaks Office</b><br>220 Pacific Oaks Rd Ste 2<br>Goleta, CA 93117<br>P: (805) 979-4646<br>F: (805) 685-2800 | <input type="checkbox"/> <b>Hollister Office</b><br>5333 Hollister Ave Ste 110<br>Goleta, CA 93111<br>P: (805) 683-0055<br>F: (805) 683-0149 | <input type="checkbox"/> <b>Santa Barbara Office</b><br>517 W Junipero St<br>Santa Barbara, CA 93105<br>P: (805) 682-8844<br>F: (805) 682-6499 | <input type="checkbox"/> <b>Carpinteria Office</b><br>5565 Carpinteria Ave Ste 4<br>Carpinteria, CA 93013<br>P: (805) 684-4119<br>F: (805) 566-2181 |
|--|--|--|---|

## **Nuestra Política Financiera**

***Estamos dedicados a brindarle la mejor atención posible,  
y queremos que comprenda completamente nuestras políticas financieras.***

1. El pago se debe al momento del servicio a menos que su compañía de seguros haya hecho los arreglos por adelantado. Aceptamos Visa, Mastercard, American Express y Discover.
2. Tenga en cuenta que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como un servicio para usted, archivaremos sus reclamos de seguro si asigna los beneficios al médico. Si su compañía de seguros no paga la práctica dentro de un período razonable, buscaremos su pago. Si luego recibimos el pago de su asegurador, le reembolsaremos cualquier pago en exceso.
3. Hemos hecho arreglos previos con muchas compañías de seguros y otros planes de salud para aceptar una asignación de beneficios y los facturaremos. Si se aplica un copago, se deberá pagar al momento de su visita.
4. Si está asegurado por un plan con el que Jackson Medical Group no tiene contrato, prepararemos y le enviaremos el reclamo. Esto significa que la aseguradora le enviará el pago directamente a usted.
5. No todos los planes de seguro cubren todos los servicios. En el caso de que su plan de seguro determine que un servicio está "no cubierto", usted será responsable del cargo completo. El pago se debe al recibir un extracto de nuestra oficina.
6. Le facturaremos a su compañía de seguros por todos los servicios prestados por Jackson Medical Group. Usted es responsable de cualquier saldo adeudado.

**He leído y entiendo la política financiera de Jackson Medical Group y acepto cumplir sus términos.  
También entiendo que estoy de acuerdo en que dichos términos pueden ser modificados por la  
práctica de vez en cuando.**

---

**Signature of Patient (or responsible party, if minor)**

**Date**

---

**Please print name of patient**



## Questionario De Salud Para El Adulto

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuáles son sus síntomas, preguntas o problemas de salud para su visita el día de hoy?  
*What symptoms, medical problems and concerns have prompted this visit today?*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. ¿Cuáles son sus expectativas o metas que quisiera completar con esta consulta?  
*What expectations do you have and what goals do you hope to accomplish by the conclusion of this office visit?*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Por favor anote cualquier condición médica o enfermedad crónica que tenga (como: alta presión, diabetes, etc):

*Please list any conditions or chronic illnesses you have (such as high blood pressure, diabetes, etc)*

**Ninguna** *(none)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

4. Por favor anote cualesquiera alergias que tenga a algún medicamento o comida:

*Please list allergies to food or medication:*

**Ninguna** (none)

---

---

---

5. Por favor anote todas las cirugías y las fechas o edad en que las tuvo:

*Please list all surgeries including the approximate date or age each was performed:*

**Ninguna** (none)

---

---

---

---

6. ¿Usted fuma cigarrillos?  Si  No

*Do you presently smoke cigarettes?*

7. ¿Alguna vez fue un fumador?  Si  No

Si es así, cuando dejo de hacerlo \_\_\_\_\_

*Have you ever been a smoker? If so, when did you quit?*

8. ¿Qué tanto alcohol que consume en una semana? \_\_\_\_\_

*How much alcohol do you consume in a week?*

9. ¿Tiene antecedentes de alcoholismo o dependencia de sustancias químicas?  Si  No

*Do you have a history of alcoholism or chemical dependency?*

10. ¿Cuándo tuvo su último examen físico completo o chequeo? \_\_\_\_\_

*When did you have your last complete physical exam or check up?*

11. ¿Cuándo tuvo su última vacuna contra el tétanos? \_\_\_\_\_

*When did you have your last tetanus shot?*

¿Fue incluida la vacuna de la tos ferina (tos convulsiva)?  Si  No

*Did it include vaccination against pertussis (whooping cough)?*

12. ¿Alguna vez has tenido una sigmoidoscopia? (¿Prueba de detección de pólipos en el colon y tumores?  Si  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

*Have you had a sigmoidoscopy? (Screening test for colon polyps and tumors) When?*

13. ¿Alguna vez has tenido una colonoscopia completa?  Si  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Tuvo pólipos?  Si  No

*Have you ever had a total colonoscopy? If so, when? Any polyps?*

14. ¿Cuándo tuvo su última mamografía? \_\_\_\_\_

*When was your last mammogram?*

15. ¿Alguna vez has tenido la vacuna Pneumovax o neumonía?  Si  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

*Have you ever had the Pneumovax or pneumonia vaccine? When?*

16. ¿Alguna vez ha tenido la vacuna contralto que causa la varicela (Zostavax)?  Si  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

*Have you ever had the shingles vaccine (Zostavax)? When?*

17. Si usted es diabético, cuando se presentó asa último examen de los ojos? \_\_\_\_\_

*If you are diabetic, when did you have your last eye examination?*

18. ¿Alguna vez has tenido una densidad mineral ósea? De prueba (osteoporosis/DEXA)?

Si  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

*Have you ever had a bone mineral density (osteoporosis/DEXA) test?*

19. ¿Alguna vez has tenido un/prueba de esfuerzo cardiaco prueba de rutina para la detección de la enfermedad de las arterias coronarias?  Si  No

*Have you ever had a treadmill test/cardiac exercise test to screen for coronary artery disease?*

20. ¿Ha llenado una “directiva anticipada” para la planificación avanzada?  Si  No

*Have you filled out an “advanced directive” for advanced planning?*

21. ¿Hay alguna otra información que considere que debemos saber acerca de su salud en el pasado?  Si  No

*Is there any other information you feel we should know concerning you past health?*

Si es así, indique los detalles:

*If so, please elaborate:*

22. ¿Hay algún antecedente familiar de cualquier cáncer, diabetes, o enfermedades del corazón, la enfermedad coronaria en la familia?  Si  No

*Is there family history of cancer of any kind, diabetes, or heart disease?*

Si es así, indique si y discutir con el proveedor:

*If so, please elaborate:*

23. Describe su programa de ejercicios:

*Describe your exercise program:*

24. ¿Tienes un problema personal que desea discutir con el medico?

*Do you have anything personal you would like to discuss with the provider?*

---

Firma

---

Fecha





Enumere todos los medicamentos recetados actualmente (incluidos los que se toman para afecciones crónicas, etc.) así como los que se toman regularmente sin receta (como aspirina, antiácidos, vitaminas, pastillas para alergias, productos "naturales", etc.)

<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>	<b>Como lo Toma</b> Por ejemplo: 1 tableta dos veces al día	<b>Problema Medico</b>

Firma \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## El Cuestionario de Salud del Paciente -2 (PHQ-2)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de visita \_\_\_\_\_

<b>En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?</b>	<b>De ningún modo</b>	<b>Varios días</b>	<b>Más de la mitad de los días</b>	<b>Casi todos los días</b>
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sentirse deprimido, o desesperado.	0	1	2	3

### 1. ¿Con qué frecuencia toma una bebida que contiene alcohol?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca            | <input type="checkbox"/> 2-3 veces a la semana     |
| <input type="checkbox"/> Mensual o menos  | <input type="checkbox"/> 4 o más veces a la semana |
| <input type="checkbox"/> 2-4 veces al mes |  |

### 2. ¿Cuántas bebidas estándar que contienen alcohol toma en un día típico?

- |                                |                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0     | <input type="checkbox"/> 5 a 6    |
| <input type="checkbox"/> 1 o 2 | <input type="checkbox"/> 7 a 9    |
| <input type="checkbox"/> 3 a 4 | <input type="checkbox"/> 10 o más |

### 3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas en una ocasión?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca            | <input type="checkbox"/> Semanal                        |
| <input type="checkbox"/> Menos de mensual | <input type="checkbox"/> Diariamente o casi diariamente |
| <input type="checkbox"/> Mensual          |   |



**AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF MEDICAL INFORMATION**

This authorization allows the healthcare provider(s) named below to release confidential medical information & records. Note: *information & records regarding treatment of minors, HIV, psychiatric/mental health conditions or alcohol/substance abuse have special rules that require specific authorization.*

**I hereby authorize:** \_\_\_\_\_  
Physician/Healthcare Facility

To release information regarding my medical history, illness or injury, consultation, prescriptions, treatment, diagnosis or prognosis, including x-rays, correspondence and/or medical records including those from my other health care providers that the above named health care provider may hold, by means of mail, fax, or other electronic methods.

To: \_\_\_\_\_  
Name  
\_\_\_\_\_  
Address  
\_\_\_\_\_  
City, State, Zip Code

The medical information will be used for the following purpose: \_\_\_\_\_

**This authorization is:**  
 **ALL** health information to pertaining to the last two years of my medical history, as well as treatment received. {OPTIONAL}  
EXCEPT (*describe*): \_\_\_\_\_

I also consent to the release of the following records:

- Drug/Alcohol/Substance Abuse \_\_\_\_\_ {initial}
- Psychiatric/Mental Health \_\_\_\_\_ {initial}
- Tests for Antibodies to HIV \_\_\_\_\_ {initial}
- HIV Diagnosis/Treatment \_\_\_\_\_ {initial}
- Genetic Information \_\_\_\_\_ {initial}

**ONLY** the following medical records or types of health information, include given dates (explain):  
\_\_\_\_\_

**DURATION:** This authorization shall be effective immediately and remain in effect until: \_\_\_\_\_

**RESRICTIONS:**  
Permissions for further use of disclosure of this medical information is not granted unless another authorization is obtained from or unless such disclosure is specifically required or permitted by law.

A photocopy of facsimile of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

I have been advised of my right to receive a copy of this authorization.

\_\_\_\_\_  
Signature of patient or legal/personal representative

\_\_\_\_\_  
Relationship if other than patient

\_\_\_\_\_  
Patients Name (PRINT)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Patients Social Security Number

\_\_\_\_\_  
Patients Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Witness Name

\_\_\_\_\_  
Witness Signature