

# B-Healthy Clinic

## Información de Paciente

### INFORMATION PERSONAL

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ seguro social: \_\_\_\_\_ hombre: \_\_\_\_\_ mujer: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ # de Apt.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Tel. De Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Trabaja: \_\_\_\_\_

Estado Matrimonial: Casado: \_\_\_\_\_ Soltero: \_\_\_\_\_ Divorciado: \_\_\_\_\_ Viudo: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

### INFORMATION DE SEGURO

Aseguro Primaria: \_\_\_\_\_ Adquiridor de Póliza: \_\_\_\_\_

Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Numero De Grupo: \_\_\_\_\_

Partido Responsable: \_\_\_\_\_ Relación Al Paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Día de Efectividad: \_\_\_\_\_

Nombre de Empleo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### TIENE ALGUNA ASEGURANZA ADDICIONAL?

SI: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

(Si es así, por favor llene la sección siguiente)

Seguro Aseguranza: \_\_\_\_\_ Adquiridor de póliza: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha De Efectividad: \_\_\_\_\_

Nombre de póliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

### CONTACTO EN CASO DE EMERGINCIA:

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Yo consiento al tratamiento necesario para cuidado del paciente mencionado arriba. Si necesario, Yo autorizo que reciben expediente del medico anterior y del seguro. Yo soy responsable por todo los servicios de B-Healthy Clinic. En Caso que no cobra el seguro con mis cuentas medicas, Yo entiendo que soy responsable por las cuentas. Autorizo que el seguro paje las cuentas a B-Healthy Clinic. Yo he leído y entiendo la forma de consentimiento, tratamiento, financiero, responsabilidad, información medico y de autorización del seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente of padre si menor de edad

\_\_\_\_\_  
Fecha

QUESTIONARIO DE SALUDE PARA PACIENTES (PHQ-9)

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

En las pasadas 2 semanas que se guido le a molestado alguno de los siguientes problemas?

**Use √ para indicar su respuesta**

- 1) Poco interes o placer en hacer cosas
- 2) Sintiendo bajo deprimido o sin esperanza
- 3) Problema para quedar dormidio o durmiendo mucho
- 4) Sintiendo cansado o teniendo muy poca energia
- 5) Poco apetito o sobrecomiendo
- 6) Sintiendo mal de usted mismo o que es un fracasado o a decepcionado a su propia familia
- 7) Problema concentrandose en las cosas como leyendo el periodico o mirando television
- 8) Moviendose o hablando tan lento que otras personas pueden notar o lo opuesto estando muy inquieto o agitado que se ha estado moviendo mucho mas de lo usual
- 9) Pensamiento que es mejor estar muerto o de lastimarse a simismo

| Para nada     | Varios dias | Mas de la mitad del tiempo | Casi cada dia |
|---------------|-------------|----------------------------|---------------|
| 0             | 1           | 2                          | 3             |
| 0             | 1           | 2                          | 3             |
| 0             | 1           | 2                          | 3             |
| 0             | 1           | 2                          | 3             |
| 0             | 1           | 2                          | 3             |
| 0             | 1           | 2                          | 3             |
| 0             | 1           | 2                          | 3             |
| 0             | 1           | 2                          | 3             |
| 0             | 1           | 2                          | 3             |
| 0             | 1           | 2                          | 3             |
| Sume columnas |             |                            |               |

Total \_\_\_\_\_

10) Si marco algun problema, que tan dificil han sido estos problemas para que usted haga su trabajo, cuidar de cosas en su hogar o sobrellevarse con otras personas?

Nada dificil \_\_\_\_\_  
 Algo defencil \_\_\_\_\_  
 Muy dificil \_\_\_\_\_  
 Exageradamente defencil \_\_\_\_\_

# Health History

Nombre de paciente \_\_\_\_\_ D.O.B \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ paciente # \_\_\_\_\_

## **HA TENIDO USTED ALGUNA VEZ PROBLEMA CON SU: (POR FAVOR CIRCUIKE UNO)**

|   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| ¿Corazón? Como Alta presión, aginas, enfermedades Del corazón, Ataques cardiacos.                     | <u>No</u> | <u>Si</u> |
| ¿Pulmones? Como asma, Enfisema pulmonar, tos persistente, TB, Cáncer, Otros.                          | <u>No</u> | <u>Si</u> |
| ¿Estomago/Digestión? Como Ulceras, problemas al regir, problemas De la Vejiga, Hígado, cáncer, Otros. | <u>No</u> | <u>Si</u> |
| ¿Riñones /Vejiga? Infecciones, Múltiples, Sangrado, Dolor, Otros.                                     | <u>No</u> | <u>Si</u> |
| ¿Sistema Nervioso? Como Dolores severos de Cabeza, Epilepsia, Ataques.                                | <u>No</u> | <u>Si</u> |
| ¿Ojos? Como visión doble, Visión Borrosa, Glaucoma, Cataratas, Otros.                                 | <u>No</u> | <u>Si</u> |
| ¿Nariz/Oídos/Garganta? Como prob. Para oír, prob. Para pasar la Comida, sinusitis                     | <u>No</u> | <u>Si</u> |
| ¿Huesos/Coyunturas/Músculos? Como Artritis, Dolores de espalda Persistentes, Otros.                   | <u>No</u> | <u>Si</u> |

## **Ha Tiendo usted**

|  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| ¿Diabetes? (Demasiada Azúcar en la Sangre)   | <u>No</u> | <u>Si</u> |
| Enfermedades Transmitidas sexualmente? Como herpes, mezquinos, Clamada, Gonorrea.  | <u>No</u> | <u>Si</u> |
| ¿Alguna Prueba De HIV Positiva?  | <u>No</u> | <u>Si</u> |
| ¿Reciente Subida o Perdida de peso?  | <u>No</u> | <u>Si</u> |
| ¿Recientemente se siente muy cansado(a)?   | <u>No</u> | <u>Si</u> |
| Tiene Historia De salud mental? Como Depresión, Esquizofrenia, Intento de suicido. | <u>No</u> | <u>Si</u> |
| ¿Alguna Transfusión De Sangre?   | <u>No</u> | <u>Si</u> |
| ¿Fiebre De Valúe?  | <u>No</u> | <u>Si</u> |

## **Mujer: Ha Tiendo Usted**

|   |                           |           |
|---|---------------------------|-----------|
| ¿Problema con sus pechos? Como bolitas extrañas, Desecho inusual dolor. | <u>No</u>                 | <u>Si</u> |
| ¿Problema Con su Vagina o Útero? Como Dolor o Sangrado In usual, otros  | <u>No</u>                 | <u>Si</u> |
| ¿Esta Usted Embarazada?   | <u>No</u>                 | <u>Si</u> |
| Numero De Embarazos      # De niños vivos      # De Abortad             |                           |           |
| Ultimo Periodo menstrual _____  | Ultimo Papanicolaou _____ |           |
| Ultimo Mamograma _____  |                           |           |

## **Hombre: Ha tiendo Usted**

|   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| ¿Problema con su pene? Como erupciones, Desecho ínsula, Dolor, Otros. | <u>No</u> | <u>Si</u> |
| ¿Problemas con sus testículos? Como Bolitas Extrañas, Dolor, Otros.   | <u>No</u> | <u>Si</u> |
| ¿Problemas Al Orinar? Como Dificultad, Dolor, Otros                   | <u>No</u> | <u>Si</u> |

|   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| ¿Ha sido Usted Paciente De Algún Hospital o ha tiendo alguna operación? | <u>No</u> | <u>Si</u> |
|---|-----------|-----------|

Describe Cuando y donde:

---

---

---

---

---

**Por favor escribe los medicamentos que esta tomando incluyendo los que no le han sido prescritos.**

| Medicamento: | Dosis: | Cada Que Tanto Tiempo | Razón Para Tomarla |
|--------------|--------|-----------------------|--------------------|
| _____        | _____  | _____                 | _____              |
| _____        | _____  | _____                 | _____              |
| _____        | _____  | _____                 | _____              |

¿Es usted alérgico(a) a Algún Medicamento, comida, u otras Alergias?

A que y describa lo que pasa

No Si

¿Ha tiendo una prueba de Tuberculosis Durante el ano pasado?

No Si

¿Le Han Vacunado Contra el tétano en los últimos 10 anos?

No Si

¿Le han hecho un examen de la vista durante el no pasado?

No Si

¿Le han hecho Examen dental durante ano pasado?

No Si

¿Le han dicho que necesita medicamento Ante De ir con el dentista?

No Si

¿Tiene Algún problema medico que no se mencione Anteriormente?

No Si

**Por favor descríballo:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historia Familiar (algún pariente consanguíneo suyo)**

|                        |    |    |               |
|------------------------|----|----|---------------|
| Cáncer o leucemia      | No | Si | ¿Quién? _____ |
| Tuberculosis           | No | Si | ¿Quién? _____ |
| ¿Diabetes?             | No | Si | ¿Quién? _____ |
| ¿Problema Del Corazón? | No | Si | ¿Quién? _____ |
| ¿Alta Presión?         | No | Si | ¿Quién? _____ |
| ¿Ataques al corazón?   | No | Si | ¿Quién? _____ |
| ¿Problemas mentales?   | No | Si | ¿Quién? _____ |
| ¿Anemia?               | Ni | Si | ¿Quién? _____ |

**Practicar:**

¿Toma usted Cafeína? (cola, Te, Café) No Si

¿Que Clase? \_\_\_\_\_ ¿Que Tanto? \_\_\_\_\_

¿Esta usted en una dieta especial? \_\_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

¿Fuma o mastica tabaco? ¿Cual? No Si

¿Alguien en su casa fuma? No Si

¿Toma bebidas Alcohólicas? No Si

Qué Tipo de trabajo Hace \_\_\_\_\_ Escritorio Activo \_\_\_\_\_

**Tiene Algún problema que no se mencione anteriormente:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signatura**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

# ***B-Healthy Clinic***

## **NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

### **To our patients:**

This notice describes how health information about you (as a patient of this practice) may be used and disclosed, and how you can get access to your health information. This is required by the privacy regulations Created as a result of the Health Insurance portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA)

### **Our commitment to your privacy:**

Our practice is dedicated to maintaining the privacy of your health information. We are required by law to maintain the confidentiality of your health information.

We realize that these laws are complicated, but we must provide you with the following important information:

### **Use and disclosure of your health information certain special circumstances**

The following circumstances may require us to use or disclose your health information.

1. To public health authorities and health oversight agencies that are authorized by law to collect information.

Lawsuits and similar proceedings in response to a court or administrator order. If required to do so by a law enforcement official. When necessary to reduce or prevent a serious threat to your health and safety or the health Safety of another individual or the public. We will only make disclosures to a person or organization able to help prevent the threat.

5. If you are a member of U.S. or foreign military forced (including veterans) and if required by the appropriate authorities.

6. To federal officials for intelligence and national security activities authorized by law.

7. To Correctional institutions or law enforcement officials if you are an inmate or under the custody of law enforcement official.

8. For Worker's Compensation and similar programs.

### **Your rights regarding your health information**

1. Communications. You can request that our practice communicate with you about your health related issues in a particular manner or at a certain location. For instance, you may ask that we Contact you at home, rather than at work. We will accommodate reasonable requests.

2. You can request a restriction in our use of disclosure of your health information for treatment, payment, or health care options. Additionally, you have the right to request that we restrict our

disclosure of your health care information to only certain individuals involved in your care or the payment for your care, such as family members and friends. We are not required to agree to your request; however, if we do agree, we are bound by our agreement except when otherwise required by law, in emergencies, or when the information is necessary to treat you. 3. You have the right to inspect and obtain a copy of the health information that may be used to

make decisions about you, including patient medical records and billing records but not including patient medical records and billing records, but not including psychotherapy notes.

You must submit your request in writing to:

B-Healthy Medical B-Healthy Medical 915OW. Indian School #105 4502 W. Indian School # A3  
Phoenix AZ85037 Phoenix AZ 85031  
(623)247-2300 (623)247-0414

4. You may ask us to amend your health information if you believe it is incorrect or incomplete and as the long as the information is kept by or for our practice. To request an amendment, you request must be written and submitted to B-Healthy Medical. You must provide with reason that supports your request for amendment.

5. You have a right to a copy of this notice. You are entitled to receive a copy of this Notice of Privacy Practice. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. To obtain a copy of the notice contact our front desk.

6. You have a right to file a complaint. If you believe you privacy rights have been violated, you may file a complaint with our practice, or with the secretary of the Department of Health and Human Services. To file a complaint with our practice contact B-Healthy Medical as above for handling complaints. All complaints must be submitted in writing you will not be penalized for filling a complaint.

7. Right to provide an authorization for uses and disclosures that are not identified by this notice or permitted by applicable law.

If you have any questions regarding this notice or our health information privacy policies, please Contact B-Healthy Medical as above information provided for further information.

herby acknowledge that I have been presented with a copy of B-Healthy Medical Notice of Privacy Practices.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

# B-HEALTHY CLINIC

**Who should we contact in case of an emergency?**

**A quien podemos contactar en caso de una emergencia?**

1) Name/Nombre \_\_\_\_\_ Relationship/Parentesco \_\_\_\_\_

Address/Domicillo \_\_\_\_\_

City/Cuindad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip/CodigoPostal \_\_\_\_\_

Phone number/Numero telefonico \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**2A) Do you have and Advance Directive for your health care?  
(Living will or a Medical Power of Attorney)**

**Tiene usted Avance Directivo para su cuidado medio?  
(Directiva Avanzada o Poder Legal Medico)**

Yes/SI \_\_\_\_\_ No/No \_\_\_\_\_ Initials/Iniciales \_\_\_\_\_

**2B) If you answered “Yes” Please provide a copy for your medical record. Thank You.  
Si su respondio “Si” Porfavor de proveer de una copia para su registro medico. Gracias.**

**2C) If you answered “no” would you like information regarding an advanced directive?  
Si su respondi6 ‘no’le gustar6 recibir informaci6n sobre una directiva avanzada?**

Yes/SI \_\_\_\_\_ No/No \_\_\_\_\_ Initials/Iniciales \_\_\_\_\_

Signature/Firma \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY/ SOLAMENTE PAR USO DE OFICINA

PATIENT GIVEN ADVANCED DIRECTIVE INFORMATION YES \_\_\_/NO \_\_\_

Received Date \_\_\_\_\_

Staff Members Initials \_\_\_\_\_