

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

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

Patient's Name: _____
Nombre del Paciente (Last/Apellido) (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 #

(City/Ciudad) Zip Code: _____
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 origen? Escoja la categoria correspondiente:

- Other Asian Am. Indian/Alaska Native African Am./Black Caucasian / White Native Hawaiian or Other Pacific Islander
(Hispano/Latino)
- 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 Tobacco Used by patient? Yes/Si No
Cualquier miembro de la familia trabaja en el campo/rancho? Fuma o usa tabaco?

Family Size: _____ Family Monthly Income: \$ _____ Primary Language: _____
Personas en la familia. Ingressos mensuales de la familia. Idioma principal.

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

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 siguiente: (Marque solo si le ha pasado, indicando la fecha y explicando, por favor.)

	Yes/Si	Date/Fecha	Explanation/Explicación
Hospitalizations Hospitilizaciones	<input type="checkbox"/>		
Operations Operaciones	<input type="checkbox"/>		
Serious Injuries Heridas Serias	<input type="checkbox"/>		

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 actualmente? _____

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)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Intestines (Intestinales) |
| <input type="checkbox"/> Whooping Cough (Tosferina) | <input type="checkbox"/> Typhoid (Tifoidea) | <input type="checkbox"/> Hay Fever (Catarro Alergico) |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Joints (Coyunturas) |
| <input type="checkbox"/> Measles (Sarampion) | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Eyes (Ojos) |
| <input type="checkbox"/> Mumps (Paperas) | <input type="checkbox"/> Nervousness (Nervios) | <input type="checkbox"/> Ears or Nose (Oido o Nariz) |
| <input type="checkbox"/> Chicken Pox (Viruela) | <input type="checkbox"/> Throat (Garganta) | <input type="checkbox"/> Epilepsy (Epilepcia) |
| <input type="checkbox"/> Scarlet Fever (Escarletina) | <input type="checkbox"/> Pneumonia | <input type="checkbox"/> Convulsions (Convulciones) |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Gallbladder (Vesicula) | <input type="checkbox"/> Anemia or Blood (Anemia o Sangre) |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever (Fiebre Rhumatica) | | <input type="checkbox"/> Heart Disease (Enfemedades del Corazon) |
| <input type="checkbox"/> Urinary or Kidney (Urinarios o Rinones) | | <input type="checkbox"/> 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 recibido una copia de las practicas de privacidad de Camino Health Center.

Signature/ Firma _____

Date/Fecha _____