

Patient Name _____ Date of Birth _____

How do you prefer to learn?

- Listening Reading Being Told Doing Unknown

Who is your support system to assist with learning?

- Spouse / Significant Other Family Friend No support
 Other _____

Which phrase best describes your level of understanding about improving your health?

- The nurses and doctors are most responsible for making me well
 I can play a role in improving my health, but I need help to understand what is needed
 I am taking early steps to improve my health
 I am confident I can manage my health to make necessary improvements

Are there any Cultural or Religious beliefs that may impact your care?

- Yes No

If Yes, please describe _____

Do you have current concerns about stress / grief / or anxiety that would impact your ability to learn?

- Yes No

If Yes, please describe _____

Do you have any hearing or vision impairments?

- Yes No

If Yes, please describe _____

Communication preference?

Preferred Language for discussion of your healthcare _____



Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

¿Cómo prefiere aprender?

- Escuchar Leer Que me digan Hacer Desconocido

¿Quién es su sistema de apoyo para ayudarlo con el aprendizaje?

- Cónyuge / Alguien especial Familia Amigo Sin apoyo Otro _____

¿Qué frases describe mejor su nivel de comprensión sobre cómo mejorar tu salud?

- Las enfermeras y los médicos son los más responsables de sanarme.
- Puedo desempeñar un papel en la mejora de mi salud, pero necesito ayuda para entender lo que necesito
- Estoy dando los primeros pasos para mejorar mi salud.
- Confío en que puedo administrar mi salud para realizar las mejoras necesarias

¿Existen creencias culturales o religiosas que puedan afectar su cuidado?

- Si No

En caso afirmativo, describa _____

¿Tiene preocupaciones actuales sobre el estrés / dolor / ansiedad que podrían afectar su capacidad de aprendizaje?

- Si No

En caso afirmativo, describa _____

¿Tiene alguna discapacidad auditiva o visual?

- Si No

En caso afirmativo, describa _____

¿Preferencia de Comunicación?

Idioma preferido para hablar de su atención médica _____



PATIENT NAME
DOB:

**CONSENT TO THE RELEASE OF HEALTH CARE AND/OR
FINANCIAL INFORMATION AT NORTH STAR LODGE**

For your privacy protection, we will not disclose your information to others unless you give us permission to do so or unless the law authorizes or requires us to do so. We recognize that you may want us to provide information to friends or family members and to do so we need your written permission. Please complete each section below.

Do NOT release health care information to anyone – skip to Section #2
OR
 You may disclose my health care information to: *Please provide up to two names. Calls from other persons will be referred to you or your contact persons(s) to provide them with information about your treatment.*

1. NAME _____ PHONE NUMBER _____

2. NAME _____ PHONE NUMBER _____

North Star Lodge may use or disclose the following health care information to the individuals above (check all that you would like to apply)

All health care information in my medical record at North Star Lodge

Health care information in my medical record relating to the following treatment or condition(s) _____

Health care information in the medical record for the date(s) _____

Other _____

SECTION 2 – FINANCIAL INFORMATION

Financial information consists of charges, payments, adjustments, patient assistance programs and retail pharmacy programs where you may be a participating member during your care at North Star Lodge.

If you would like us to use the same contacts as above for disclosure of health care related financial information initial here: _____
If you have different contacts for financial information please fill out the following:

Financial Information

Do NOT release financial information to anyone – skip to Section #3
OR
 You may disclose my financial information to:

1. NAME _____ PHONE NUMBER _____

2. NAME _____ PHONE NUMBER _____

All financial information related to treatment at North Star Lodge

Financial information in the medical record for the date(s) _____

Other _____

SECTION 3 – This consent will remain in effect until the conclusion of care at North Star Lodge. You may revoke or change this consent at any time by notifying the North Star Lodge medical Records Department in writing. Revocation of this consent cannot be retroactive to a release of information made in good faith. I understand that once the health care/financial information I have authorized to be disclosed to the noted recipient, that person may re-disclose it, at which time it may no longer be protected under privacy laws. North Star Lodge will not withhold treatment if you do not sign this consent.

Patient signature (or legal guardian)

Date Time

Printed name of patient

Date of Birth

Printed name if signed on behalf of patient

Relationship



NOMBRE DEL PACIENTE :

FECHA DE NACIMIENTO:

**CONSENTIMIENTO PARA DAR INFORMACION DE CUIDADOS DE SALUD Y / O
INFORMACIÓN FINANCIERA EN NORTH STAR LODGE**

Para su protección privacidad, no divulgaremos su información a otros a menos que usted nos autorice para hacerlo o a menos que la ley lo autorice o requiera que lo hagamos. Reconocemos que tal vez desee que proporcionemos información a amigos o familiares y para ello necesitamos su permiso por escrito. Por favor complete cada sección a continuación.

NO divulgue información de atención médica a nadie - salte a la Sección # 2 , O
 Puede revelar mi información de atención médica a:

Por favor proporcione hasta dos nombres. Las llamadas de otras personas serán enviadas a usted o a su (s) persona (s) de contacto para proporcionarles información sobre su tratamiento.

1. **NOMBRE** _____ **NUMERO DE TELEFONO** _____

2. **NOMBRE** _____ **NUMERO DE TELEFONO** _____

North Star Lodge puede usar o revelar la siguiente información de atención médica a las personas mencionadas arriba (marque todo lo que le gustaría aplicar)

Toda la información sobre atención médica en mi historial médico en North Star Lodge
 Información medica de mi expediente sobre mi tratamiento o mi condición (s) _____
 Información de atención médica en el expediente médico de la (s) fecha (s) _____
 Otro _____

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN FINANCIERA

La información financiera consiste en cargos, pagos, ajustes, programas de asistencia al paciente y programas de farmacia minorista donde usted puede ser un miembro participante durante su atención en North Star Lodge.

Si desea que utilicemos los mismos contactos que se indican anteriormente para la divulgación de la información financiera relacionada con la atención médica, inicie aquí: _____ . Si tiene diferentes contactos para obtener información financiera, por favor, complete lo siguiente:

Información Financiera

NO divulgue información financiera a nadie - salte a la Sección # 3, O
 Puede revelar mi información financiera a:

1. **NOMBRE** _____ **Número de teléfono** _____
2. **NOMBRE** _____ **Número de teléfono** _____

Toda la información financiera relacionada con el tratamiento en North Star Lodge
 Información financiera en el expediente médico o de la (s) fecha (s) _____

SECCIÓN 3

- Este consentimiento permanecerá en vigor hasta la conclusión de la atención en North Star Lodge. Usted puede revocar o cambiar este consentimiento en cualquier momento notificando al Departamento de Registros Médicos de North Star Lodge por escrito. La revocación de este consentimiento no puede ser retroactiva a la divulgación de información hecha de buena fe. Entiendo que una vez que la información médica / financiera que he autorizado para ser revelada al destinatario señalado, esa persona puede volver a divulgarla, momento en el cual puede que ya no esté protegida bajo las leyes de privacidad. North Star Lodge no retendrá el tratamiento si no firma este consentimiento.

Firma del paciente (o tutor legal)

Fecha Hora

Nombre impreso del paciente

Fecha de nacimiento:

Nombre impreso si es firmado en nombre del paciente

Relación



Patient Information Summary
Resumen De Información Del Paciente

This information will remain confidential unless you authorize its release
Esta información se mantendrá confidencial a menos que usted autorice su liberación

Name _____ Date _____ Date of Birth _____
Nombre Fecha Fecha de Nacimiento¹

Reason for your visit to North Star Lodge? _____
¿La razón por su visita a North Star Lodge?

What doctors have you seen? _____
¿Cuáles médicos ha visto?

Referred by: _____
Referido por:

Have you had x-rays or scans? When and Where? _____
¿Ha tenido usted alguna radiografía o imagen escaneada? ¿Cuándo y Donde?

_____ Have you been hospitalized in the past? Reason(s) _____
¿Ha sido usted hospitalizado en el pasado? La razón

_____ Have you had surgery in the past? Type and year _____
¿Ha tenido usted cirugía en el pasado? Tipo y año

Personal Health History

Have you had any of the following? If yes, please explain
¿Ha tenido cualquiera de lo siguiente? Si si, explique por favor.

___ Allergy *Alergia* _____

___ Anemia *Anemia* _____

___ Arthritis *Artritis* _____

___ Asthma *Asma* _____

___ Cancer *Cáncer* _____

___ Depression *Depresión* _____

___ Diabetes *Diabetes* _____

___ Emphysema *Enfisema* _____

___ Heart disease or a heart murmur _____
Enfermedad del corazón o un soplo cardiaco

___ Hepatitis or Yellow Jaundice *Hepatitis o Ictericia* _____

___ High blood pressure *Presión arterial alta* _____

___ Kidney Stones *Piedras en los riñones* _____

___ Liver disease *Enfermedad del hígado* _____

___ Low back pain *Dolor de espalda inferior* _____

___ Migraine *Migraña* _____

___ Seizures *Ataque epiléptico* _____

___ Tuberculosis _____

___ Other medical condition *Otra condición medica* _____

Are you taking prescription medications? If yes, please list.

¿Esta usted tomando medicinas recetadas? Si si, por favor listar.

Over the counter medications?

¿Medicinas sin receta medica?

Vitamins, minerals, herbals or supplements?

¿Vitaminas, minerales, hierbas o suplementos?

Do you have allergies or bad reactions to any medications?

¿Tiene usted alergias o mala reacción a alguna medicina?

Name of medication

What happens when you take it?

Nombre de la medicina

¿Qué sucede cuando se la toma?

What is your pharmacy of choice?

¿Cuál es su farmacia de selección?

Family History

If any of the following apply, please explain

Historia Familiar

Si cualquiera de lo siguiente aplica, por favor explique.

If alive, is your father ill with any disease process or cancer? List

¿Si vivo, esta su padre enfermo con cualquier proceso de enfermedad o cáncer? Lista

Age and cause of death if deceased

Edad y causa de muerte si difunto

If alive, is your mother ill with any disease process or cancer? List

¿Si viva, esta su madre enferma con cualquier proceso de enfermedad o cáncer

Age and cause of death if deceased

Edad y causa de muerte si difunta

Do you have sisters and brothers? Their ages and health?

¿Tiene usted hermanas e hermanos? Sus edades y salud

Do you have children? ¿Tiene usted hijos?

How many?

Ages and Health

¿Cuántos?

Edades y Salud

Are there diseases that run in the family? Name

¿Hay enfermedades que vienen en familia? Nombres

Social History-Historia Social

What is your age?

Marital Status

S

M

W

Div

Sep

¿Cuál es su edad?

Estado Matrimonial

S

C

V

Div

Sep

Where do you live (town)?

Current/Prior Occupation

¿Dónde vive usted (Pueblo)?

Corriente/Previa Ocupación



Are you working? Yes Full time ___ Part time ___ No – Retired ___ Student ___
¿Trabaja usted? Si tiempo completo parte de tiempo Jubilado Estudiante

If no, do you plan to return to work? ¿Si no, tiene usted previsto volver al trabajo? _____

Educational Experience: High School ___ College ___ Post Grad ___
Experiencia Educacional Secundaria Colegio Posto-Graduo

What are your main hobbies or interests?

¿Cuáles son sus pasatiempos principales o intereses? _____

Check in any of the following apply. Please explain
Indique si cualquiera de lo siguiente aplica
Explique por favor.

In the last year have you experienced any of the following?
¿En el año pasado ha usted experimentado cualquiera de lo siguiente?

Smoking History Antecedentes de Fumador

Never smoked _____

Nunca Fume

Smoke fumo _____

Quit _____ Date Quit _____

Deje de fumar Fecha que deje de fumar

Alcohol consumption Consumo Alcohol

Frequency Amount Beer Wine Liquor_

Frecuencia Cantidad Cerveza Vino Licor

Less than once a week _____

menos de una vez por semana

2-4 times a week _____

2-4 veces por semana

Nearly every day _____

Casi diario

None _____

Ninguna

_____ Marriage

Matrimonio

_____ Divorce or Separation

Divorcio o Separación

_____ Major Illness or death

Enfermedad grave o muerte en la familia

_____ Personal illness or injury

enfermedad o herida personal

_____ Gain a new family member

Ganancia de un nuevo miembro de la familia

_____ Change in job or home

Cambio de trabajo o hogar

_____ Do you have any religious/culture beliefs/needs that we should be aware of during your treatment?>

¿Tiene usted alguna creencia/necesidad religiosa/cultural que debemos estar consiente de durante su tratamiento?

Check if any of the following apply. Indique si cualquiera de lo siguiente aplica.

Yes Si ___ No ___ Do you support yourself by full time employment? ¿Se mantiene usted con empleo de tiempo completo? _____

Yes Si ___ No ___ Do you collect Social Security? ¿Colecta usted Seguro Social? _____

Yes Si ___ No ___ Do you support yourself with public assistance? ¿Se mantiene usted con ayuda publica? _____

Yes Si ___ No ___ Do you have other means of support? Explain ¿Tiene usted otros medios de apoyo? Explique _____

Yes Si ___ No ___ Do you live in your own home? ¿Vive usted en su propio hogar? _____

Yes Si ___ No ___ Do you live in an apartment? Vive usted en un apartamento? _____

Yes Si ___ No ___ Other living accommodations? Explain ¿Otros alojamientos? Explique _____

Yes Si ___ No ___ Are you safe in your home? If not, why? ¿Esta usted seguro en su hogar? Si no, porque? _____

Yes Si ___ No ___ Are you anticipating needing help at home? ¿Anticipa usted necesitar ayuda en casa? _____

Yes Si ___ No ___ Do you have difficulty walking? Why? _____

¿Tiene usted dificultad para caminar? Porque? _____

Yes Si ___ No ___ Do you have a living will? If yes, please bring a copy with you if available. _____

¿Tiene usted un testamento en viada? Si si, favor de traer una copia con usted si es disponible.

Yes Si ___ No ___ Do you have a Durable Power of Attorney? If yes, please bring a copy with you if available. _____

¿Tiene usted un Poder Duradero? Si si, favor de traer una copia con usted si es disponible

Yes Si ___ No ___ Are you or your family member(s) interested in a support group? What type? _____

¿Esta usted o su familia interesados en un grupo de apoyo? Que tipo? _____

Yes Si ___ No ___ Do you have any questions regarding your dietary needs? _____

¿Tiene usted alguna pregunta con respeto sus necesidades dietéticas? _____



Indicate any of the following services you are using *Indique cualquiera de los siguientes servicio que esta utilizando.*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Home care <i>cuidado casero</i> | <input type="checkbox"/> Sick Benefits <i>Beneficios de Enfermos</i> |
| <input type="checkbox"/> Social Work <i>Trabajo Social</i> | <input type="checkbox"/> Cancer Society <i>Sociedad de Cáncer</i> |
| <input type="checkbox"/> Physical Thereapy <i>Fisioterapia</i> | <input type="checkbox"/> Disability <i>Incapacidad</i> |
| <input type="checkbox"/> Oxygen Thereapy <i>Terapia de Oxigeno</i> | <input type="checkbox"/> Welfare |
| <input type="checkbox"/> Unemployment insurance <i>Seguro de Desempleo</i> | <input type="checkbox"/> Other <i>Otro</i> _____ |

REVIEW OF SYSTEMS

REVISION DE SISTEMAS

Check if any of the following apply. Please explain.

Indique si cualquiera de lo siguiente aplica. Favor de explicar

GENERAL

- Recent weight loss Pounds _____
Perdida de peso reciente Libras
- Recent weight gain Pounds _____
Aumento de peso reciente Libras
- Night Sweats *Sudores Nocturnos*
- Fevers *Fiebre*
- Loss of appetite *Perdida de apetito*
- Swollen ankles *Tobillos hinchados*
- Skin Problems *Problemas de la piel*
- Increase in thirst *Aumento en la sed*
- New lumps in skin or armpits
Nuevos bultos en la piel o axila
- Fatigue, lack of energy
Fatiga, falta de energia
- Difficulty sleeping *Dificultad para dormir*
- Muscle weakness *Debilidad de los musculos*
- Use Walter/cane/wheelchair
Utiliza andadera/bastón/silla de ruedas

HEART CIRCULATION

CORAZON CIRCULACION

- Have a Herat murmur *tiene un soplo cardiaco*
- Chest pain at rest *Dolor de pecho a reposo*
- Chest pain with walking or exercise
Dolor de pecho con caminar o ejercicio
- Frequent irregular Heart beat
Latido irregular del corazón frecuente
- Need to sit up to breathe at night
Necesita sentarse para respirar por la noche
- Get pain in thighs or calves that goes away when you stop walking
Tiene dolor en los muslos o pantorrillas que para al dejar de caminar

LUNGS

PULMONES

- Chronic cough *Tos cronica*
- Coughing up blood *Arroja sangre cuando tose*
- Pain with breathing *Dolor con la respiración*
- Wheezing *Silbidos*
- Shortness of breath *Falta de respiración*

Do you understand how to manage your pain? Yes *Si* ___ No ___

¿Comprende usted como manejar su dolor?

Would you be interested in a free exercise program? Yes *Si* ___ No ___

¿Estuviera usted interesado/a en un programa de ejercicio gratuito?

Do you have any dental conerns? Yes *Si* ___ No ___

¿Tiene usted alguna preocupación dental?

NERVOUS SYSTEM

SISTEMA NERVIOSO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Headaches <i>Dolores de cabeza</i> | <input type="checkbox"/> Blurred or double vision <i>Vision borrosa o doble vision</i> |
| <input type="checkbox"/> Seizures <i>Ataque epiléptico</i> | <input type="checkbox"/> Diminished hearing <i>Audiencia disminuida</i> |
| <input type="checkbox"/> Difficulty with speech <i>Dificultad con hablar</i> | <input type="checkbox"/> Numbness, tingling <i>Entumecimiento o hormigueo</i> |
| <input type="checkbox"/> Balance problems <i>Problemas de equilibrio</i> | <input type="checkbox"/> History of falling <i>Historia de caer</i> |
| <input type="checkbox"/> Memory trouble <i>Problemas de memoria</i> | <input type="checkbox"/> Panic Attacks <i>Ataques de panico</i> |
| <input type="checkbox"/> Anxiety <i>Ansiedad</i> | <input type="checkbox"/> Excessive worry <i>Preocupación excesiva</i> |
| <input type="checkbox"/> Crying spells <i>Ratos de llanto</i> | <input type="checkbox"/> Feeling of worthlessness <i>Sensación de inutilidad</i> |
| <input type="checkbox"/> Depression <i>Depresión</i> | |

STOMACH, INTESTINAL
ESTOMAGO, INTESTINAL

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Difficulty swallowing <i>Dificultad con tragar</i> | <input type="checkbox"/> On tube feeding/TPN <i>Utiliza la alimentación por sonda/TPN</i> |
| <input type="checkbox"/> Frequent heartburn
<i>Agruras (acidez gástrica) frecuentes</i> | <input type="checkbox"/> Known ulcer <i>Úlcera conocida</i> |
| <input type="checkbox"/> Nausea and vomiting <i>Nausea y Vomito</i> | <input type="checkbox"/> Frequent stomach pain <i>Dolor estomacal frecuente</i> |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea <i>Diarrea</i> | <input type="checkbox"/> Gallstones <i>Calculo biliar</i> |
| <input type="checkbox"/> Red blood in BM's
<i>Sangre roja en evacuación intestinal</i> | <input type="checkbox"/> Black or tarry BM's
<i>Evacuación intestinal negra o alquitranada</i> |
| <input type="checkbox"/> Constipation <i>Estreñimiento</i> | <input type="checkbox"/> Mucous in BM's <i>Mucoso en evacuación intestinal</i> |
| | <input type="checkbox"/> Have an ostomy <i>Ha tenido una Ostomia</i> |
- Yes Si No One to two normal BM's nearly every day
Una a dos evacuaciones intestinales normales casi diario.

HEAD, EYES, EARS, NOSE, THROAT
CABEZA, OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hoarseness, recent or lasting longer than 2 wks
<i>Ronquera, reciente o que dura mas de 2 semanas</i> | <input type="checkbox"/> Frequent bleeding gums <i>Encías sangrientas frecuentes</i> |
| <input type="checkbox"/> Hay fever <i>Fiebre del heno</i> | <input type="checkbox"/> Frequent nosebleeds <i>Hemorragia nasal frecuente</i> |

URINARY
URINARIO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Having frequent urinary tract infections
<i>Infecciones de las vías urinarias frecuentes</i> | <input type="checkbox"/> Burning with urination <i>Ardor cuando orina</i> |
| <input type="checkbox"/> Lose your urine when coughing or excited
<i>Suelta la orina al toser o excitarse</i> | <input type="checkbox"/> Have to urinate ever hour <i>Tiene que orinar cada hora</i> |
| <input type="checkbox"/> Urge to urinate, but pass only small amounts
<i>Urgencia de orinar pero solo pasa cantidades pequeñas</i> | <input type="checkbox"/> Blood in urine <i>Sangre en la orina</i> |
| <input type="checkbox"/> Frequency of urination at night
<i>Orina frecuentemente por las noches</i> | <input type="checkbox"/> Trouble starting urination
<i>Problemas para comenzar a orinar</i> |

FEMALES
MUJERES

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Breast lumps <i>Bultos en los senos</i> | Date of last pap smear _____
<i>Fecha de su ultimo Papanicolaou</i> |
| <input type="checkbox"/> Unusual vaginal bleeding <i>Sangrado vaginal inusual</i> | Date of last mammogram _____
<i>Fecha de su ultima mamografía</i> |
| <input type="checkbox"/> Vaginal discharge <i>Secreción vaginal</i> | Age at 1 st menstrual period _____
<i>Edad a comenzar su 1 regla menstrual</i> |
| <input type="checkbox"/> Sexual problems <i>Problemas sexuales</i> | Age at menopause _____
<i>Edad a comenzar la menopausia</i> |
| <input type="checkbox"/> Regular periods <i>Reglas regulares</i> | |
| How many children _____
<i>Cantidad de hijos</i> | |
| Yes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿realiza usted los exámenes
<i>Mensuales de seno?</i> | |

Patient Signature _____
Firma del Paciente