



## HEALTH COMPANION DATA SHEET

### Buenas Noticias! Ahora puede tener acceso a sus resultados de Imagen por Internet.

Nombre de Paciente:		Fecha de Nacimiento:
Fecha:	Número de la seguridad social:	
(Correo electrónico) es necesario para recibir informes)	Correo Electronico:	

Por favor de proporcionar la informacion solicitada en la caja sombreada a continuacion. Si usted es un paciente el cual esta regresando y a contestado estas preguntas previamente, las respuestas que usted nos a dado seran indicadas en negro **Oscuro**. Si no han avido cambios usted puede conservar esta forma la cual contiene informacion referente a los nuevos beneficios de Health Companion!

<b>Etnicidad:</b>	<b>Raza:</b>	<b>Idioma de preferencia:</b>
<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French
<input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino	<input type="checkbox"/> Black or African American	<input type="checkbox"/> Italian <input type="checkbox"/> Japanese
<input type="checkbox"/> Me niego a contestar	<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Portuguese <input type="checkbox"/> Russian
	<input type="checkbox"/> Me niego a contestar	<input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Unknown/Other
<b>Estatus de fumar:</b>		
<input type="checkbox"/> Actual fumador de todos los dias <input type="checkbox"/> Actual fumador ocasionalmente <input type="checkbox"/> Ex fumador <input type="checkbox"/> Nunca a fumado		
Condiciones Medicas:	<input type="checkbox"/> Ninguna	
Favor de anotar: _____		Fecha que comenzo: _____
Favor de anotar: _____		Fecha que comenzo: _____
Lista de Medicamentos:	<input type="checkbox"/> Ninguna	
Favor de anotar: _____		Dosis: _____
Favor de anotar: _____		Dosis: _____
Favor de anotar: _____		Dosis: _____
Allergias Medicas:	<input type="checkbox"/> Ninguna	
Favor de anotar: _____		Reaccion: _____
Favor de anotar: _____		Reaccion: _____
Historial Medico Familiar:	<input type="checkbox"/> Ninguna	
Favor de anotar: _____		Relacion: _____
Favor de anotar: _____		Relacion: _____

- Valla a:**  
[www.HealthCompanion.com/ehr/00490](http://www.HealthCompanion.com/ehr/00490)
- Usted va a necesitar ingresar el PIN si no se establecido Un vincular entre su cuenta de Health Companion y nosotros.
- Su numero de PIN es:**

**Que es Health Companion?** Es un expediente de salud personal para ayudarle a conservar informacion y asi poder vivir una vida mas saludable. Es completamente gratis, seguro, y confidencial.

**Que pasa si mi expediente no esta disponible cuando entro a la pagina e-internet?** Vuelve a intentar dentro de uno a dos dias. Los reportes de Images llegaran despues de **3 dias** para permitirle al medico quien lo referirio el tiempo de revisarlas

**Que pasa si no me registro?** Su acceso personal a la informacion que le

hemos proveado se vencera dentro de **30 dias** si no completa su registracion , pero nos puede contactar si usted gusta que le enviemos las informacion nuevamente.

**Despues que se registre para Health Companion:** Utilice Health Companion para manegar su informacion medica. Si usted desea, puede subir sus otros expedientes medicos. Seguir la pista a sus necesidades de prevencion , exámenes de revision y habitos saludables. Invite amigos y familiares a unirse y communiqué problemas de salud con otros, Sin compartir su informacion medica personal.