



FORMA DE REGISTRO

Fecha de Hoy:		Doctor de Cabecera:		
INFORMACION DEL PACIENTE				
Apellido legal de Paciente:		Primer nombre:		Segundo nombre:
Nombres anteriores/Previous/Alias:	Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	# de Seguro Social:	Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otros
Teléfono de su hogar:	Teléfono Celular:		Teléfono del Trabajo:	
Dirección de Correspondencia:		Ciudad:	Estado:	Código de Area:
Correo Electrónico (Email en inglés):				
Raza: <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo				Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana o Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana o homosexual) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo		Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgenero / Masculino-a-Femenino <input type="checkbox"/> Hombre transgenero / Femenino-a-Masculino <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo		Pronombre al Preferido: <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ellos/Ellas <input type="checkbox"/> Paciente Nombre <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo <input type="checkbox"/> Desconocido
ESTATUS DE EMPLEO				
Estatus de Empleo: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Servicio Militar Activo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante Medio Tiempo	Es usted Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Número de Miembros en la Familia:			Ingreso Mensual (Antes de Impuestos) \$	
LENGUAJE				
Que lengua habla usted en su hogar: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros: _____			Necesidad de un intérprete: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Preferencia: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No tiene preferencia	
PERSONA RESPONSABLE DE LA FACTURA				
Si el paciente es menor de edad (menos de 18 años), el padre o guardián acompañamiento el paciente será considerado el garante.				
Padres/Guardián Legal Responsable del pago:		Fecha de Nacimiento: / /	# de Seguro Social de los Padres/Guardián Legal:	
Dirección do Correspondencia: <input type="checkbox"/> Igual que arriba		Ciudad:	Estado:	Código do Area:
Teléfono:		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		

(Voltee la página para alcanzar a terminar y firme el forma de registro)

INFORMACION ADICIONAL

Estatus de no tener Hogar:	<input type="checkbox"/> Con Hogar	<input type="checkbox"/> Viviendo con Otros	<input type="checkbox"/> Calle, Campamento, Puente
	<input type="checkbox"/> En Riesgo de estar sin Hogar	<input type="checkbox"/> Sin Hogar, Refugio Desconocido	<input type="checkbox"/> Actualmente con Hogar, pero si hogar en los últimos 12 Meses
	<input type="checkbox"/> Hogar Transicional	<input type="checkbox"/> Viviendo en un Refugio	

Reconocimiento del Trabajo Agrícola: Esta usted o alguien de su grupo familiar involucrado en algún tipo de trabajo agrícola que puede incluir: Preparación de suelos, siembra, recolección, limpieza, clasificación, embalaje, cultivo de árboles de Navidad?

Sí No

Migrante – Usted o un miembro de su familia ha establecido un hogar temporal para poder hacer trabajo agrícola

Estacional – Usted o un miembro de su familia hace trabajo agrícola que solo ocurre en ciertos tiempos del año

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Neighborhood Health Center o a la compañía de seguros a que divulguen cualquier información requerida para procesar mis reclamaciones.

Firma de Paciente/Guardian

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

Initials for Special Confidentiality: _____ Screen By: _____ Total Income: \$ _____

TITLE X: Clients pay _____ % per sliding fee scale for non-FPEP covered service.

Address Verification: Yes Date/Initials _____ Patient declined confidentiality



AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO COMBINADO

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente (FDI)

FINANCIACIÓN Y TRATAMIENTO

Yo autorizo el tratamiento de la persona mencionada arriba y acepto la responsabilidad financiera para todos los tratamientos incluyendo cualquier vacuna necesaria o recomendada proporcionados. Autorizo al Neighborhood Health Center el proporcionar toda la información necesaria a mi seguro médico para procesar los reclamos de seguro y asigno al Neighborhood Health Center todos los beneficios de la aseguradora asignados hacia mí en la extensa completa a mis obligaciones financieras. Una fotocopia o imagen escaneada de esta autorización deberá considerarse tan válida como la original.

RECONOCIMIENTO DE LAS NOTIFICACIONES DE HIPPA

Yo reconozco el haber recibido las Prácticas de las Normas de Privacidad del Neighborhood Health Center

CONSENTIMIENTO PARA LOS CUIDADOS DE ATENCIÓN PRIMARIOS EN EL HOGAR CENTRADOS EN EL PACIENTE

La atención primaria de su salud en casa coordinara mejor nuestros cuidados para ayudarle a obtener los servicios que usted necesite, escuchara sus preocupaciones, responderá sus preguntas, ofrecerá ayuda fuera de horario regular le brindara alternativas a la sala de emergencia y le ayudara a jugar un papel activo en su salud. He leído y entendido la información acerca de los Cuidados de Salud en el Hogar Centrados en el Paciente y doy mi permiso para formar parte del Hogar Medico del Neighborhood Health Center.

SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

Cuando busque servicios de salud reproductiva del Neighborhood Helath Center, yo entiendo que estoy recibiendo estos servicios voluntariamente.

Yo entiendo que estos servicios podrían incluir:

- Consejería de control en natalidad de salud reproductiva, embarazarse, embarazos saludables, y otros temas que sean necesarios;
- Proporcionar un método de control anticonceptivo;
- Una visita de un proveedor para una receta médica y quizás un examen físico;
- Pruebas y/o tratamientos para infecciones de transmisión sexual(ITS);
- Pruebas de cáncer cervical, embarazos y/o otros problemas de salud; y
- Referencias para otros servicios, si son necesarios.

(Voltee la página para alcanzar a terminar y firme el formulario de consentimiento)

Entiendo que todos los servicios serán explicados y que puedo hacer preguntas.

Entiendo que yo podría recibir información acerca de métodos de control de natalidad. Puedo hacer preguntas y rechazar cualquier método anticonceptivo que no quiera utilizar.

Entiendo que no se me negará cuidados si debo dinero de otras visitas.

Entiendo que estos servicios no incluyen cuidados de 24 horas, y que, en caso de una emergencia médica, necesitare dirigirme a una sala de emergencia y pagar sus costos.

Entiendo que mis registros médicos y los servicios que reciba son privados, excepto:

- Si un juez emite una orden de mis registros. El Neighborhood Health Center está obligado por la ley a otorgar los registros al tribunal.
- Si tengo una enfermedad reportable, El Neighborhood Health Center estará obligado a reportarlo al Departamento de Salud de Oregon.
- El estado de Oregon requiere a todo el personal del Centro de salud del vecindario reportar cualquier abuso a personas vulnerables, incluyendo niños, ancianos, personas con problemas de salud mental, discapacidad de desarrollo o que vivan en un centro de cuidado a largo plazo al departamento de servicios humanos del que haya sido testigo o se haya enterado dentro o fuera de Neighborhood Health Center.
- Entiendo que yo puedo escoger no hablar de información sensible, como la edad(es) de las parejas sexual(es), y que aun así obtendré los servicios.

Entiendo que, si recibo servicios de salud reproductiva aquí, todavía puedo solicitar u obtener servicios de otros programas. Si yo obtengo cuidados de otros programas, yo aún poder recibir servicios en el Neighborhood Health Center.

SERVICIOS DENTALES

Yo entiendo que Neighborhood Health Center trabaja en sociedad con diferentes Instituciones académicas y que puedo ser atendido por un estudiante o practicante externo que está bajo la directa supervisión de un profesional con licencia en Neighborhood Health Center. Yo autorizo a Neighborhood Health Center, sus profesionales y socios para proporcionar dicho tratamiento y esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea revocada por escrito.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante del Paciente (Si el Paciente es menor de 18)

Fecha

Relación del Representante



PERMISOS PARA COMUNICACIONES SOBRE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Los pacientes menores a los 18 años de edad pueden solicitar ciertos niveles de confidencialidad y consentimiento para varios asuntos de cuidados médicos, dependiendo de su edad. Más detalles sobre esto puede proveerse por el personal de NHC.

Nombre del paciente: _____		Fecha de nacimiento: _____	
¿ESTÁ BIEN QUE NEIGHBORHOOD HEALTH CENTER SE COMUNIQUE CON USTED? <i>(por favor, marque todas las que apliquen):</i>			
1. ¿Podemos enviar facturas a su domicilio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
2. ¿Podemos enviar recordatorios de citas automatizados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿que tipo?			
	<input type="checkbox"/> Llamada telefónica	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto	
3. ¿Podemos llamarle sobre su visita/tratamiento con nosotros? Tipos de llamadas que podrían hacerse:			
Cuidados primarios (resultados de laboratorio, instrucciones médicas, referencias, medicamentos, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Cuidados dentales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Salud mental (seguimiento de inquietudes, referencias, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Salud reproductiva (salud sexual, tratamiento de ITS, resultados de pruebas)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Comunicación Preferido: <input type="checkbox"/> No contacte <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico de MyChart <input type="checkbox"/> No tiene preferencia			
Si su respuesta a uno de los anteriores es "No", ¿Cómo podemos comunicarnos con usted sobre sus cuidados médicos?			
Nombre del contacto: _____			
Número de teléfono: _____			
Si se registra en MyChart, toda su información está disponible en línea. Pídale a la recepcionista que le ayude a inscribirse en MyChart			
¿CON QUIÉN PODEMOS HABLAR SOBRE SUS CUIDADOS MÉDICOS? Y COTACTOS DE EMERGENCIA <i>(NOTA: esto no es una autorización para divulgar sus registros médicos):</i>			
Yo autorizo a Neighborhood Health Center para hablar con la siguiente persona, directamente o por teléfono:			<input type="checkbox"/> No se aplica
Nombre: _____			
Relación: _____		Teléfono: _____	
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente		
Con respecto a <i>(marque todas las que apliquen)</i> :			
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas	<input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico	
<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes	
	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
Nombre: _____			
Relación: _____		Teléfono: _____	
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente		
Con respecto a <i>(marque todas las que apliquen)</i> :			
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas	<input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico	
<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes	
	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
Nombre: _____			
Relación: _____		Teléfono: _____	
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente		
Con respecto a <i>(marque todas las que apliquen)</i> :			
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas	<input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico	
<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes	
	<input type="checkbox"/> Otro: _____		

INDIQUE UN REPRESENTANTE LEGAL, TUTOR LEGAL, CARTA PODER, ETC., SI HAY ALGUNO (provea una evidencia)

Nombre: _____ No se aplica

Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

FIRMA REQUERIDA (abajo):

Esta autorización puede cambiarse o revocarse por escrito en cualquier momento y permanecerá vigente hasta un (1) año a partir de la fecha indicada abajo. Al firmar abajo, reconozco que este documento se me entregó en mi idioma por escrito o leído para mí en su totalidad.

Firma (paciente/tutor legal)

Fecha

Nombre (con letra de molde)

Relación



VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Pacientes que van a aplicar para el descuento de tarifa reducida tiene que declarar sus ingresos a la hora de su cita. También deben llenar un formulario de verificación de ingresos y proporcionar prueba del ingreso bruto (ingreso antes de impuestos) como se describe a continuación. Los pacientes de nuestro programa Título X no necesitan de este requisito.

Ingresos tendrán a ser verificados una vez al año. Si un paciente tiene un cambio en sus ingresos, es su responsabilidad de notificar a Neighborhood Health Center de ése cambio.

(*) Se requiere que los pacientes proveer por lo menos uno de lo siguiente:

1. Impuestos (declaración de impuestos) del año pasado
2. W-2 del año pasado
3. 2 talones de pago más recientes
4. Carta de su empleador
5. Talones de cheque del desempleo (los últimos 4, si sea posible)
6. Declaraciones bancarias anteriores de 3 meses
7. Las personas que trabajan por cuenta propia deben proporcionar su declaración de impuestos del año anterior y los últimos 3 meses de ingresos

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Elegibilidad para el descuento de tarifa reducida es basada en los ingresos totales del hogar. Por favor liste todos los miembros de la familia dentro de este hogar y combine su ingreso mensual para el descuento de escala móvil.

Familiar : _____ Fecha de nacimiento: _____

Familiar : _____ Fecha de nacimiento: _____

Familiar : _____ Fecha de nacimiento: _____

Familiar : _____ Fecha de nacimiento: _____

Familiar : _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de familiares en el hogar: _____ Cantidad mensual combinada de nómina \$ _____

Frecuencia de sueldo : ___ Semanalmente ___ Quincenal ___ Dos veces al mes ___ Mensualmente

Firma del paciente o representante: _____ **Fecha:** _____

2018 GUÍA FEDERAL DE POBREZA		USO DE OFICINA
Tamaño de familia	Ingreso mensual 200% ó menos	Household Monthly Income According to Documentation \$ _____
1	\$2,023.00	Documentation Type: _____
2	\$2,743.00	Reviewed By: _____
3	\$3,403.00	Date _____
4	\$4,183.00	
5	\$4,903.00	
6	\$5,623.00	
7	\$6,343.00	
8	\$7,063.00	

Familias con más de 8 miembros, añade \$720.00 por cada uno



AUTORIZACIÓN PARA QUE NHC RECIBA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre anterior: _____

Yo solicito y autorizo a la persona / clínica / proveedor indicado abajo para que divulgue una copia de mi expediente médico a NHC:

Nombre de persona / clínica / proveedor: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Esta autorización otorga permiso para divulgar los siguientes registros:

- Lista de problemas
- Lista de medicamentos
- Tres notas de progreso más recientes
- Notas de consulta del proveedor especialista
- Todos los exámenes de laboratorio, electrocardiogramas y estudios de diagnóstico del año anterior
- Todos los resultados de Papanicolau
- Todos los resultados de colonoscopia
- Registros de vacunación
- Otro: _____

Entiendo que cierta información no puede divulgarse sin un permiso específico como lo requieren las leyes estatales/federales. Al escribir mis iniciales, yo autorizo la divulgación de la siguiente información protegida o confidencial.

(por favor, escriba sus iniciales)

(por favor, escriba sus iniciales)

_____	Información de diagnóstico, tratamiento y/o referencias sobre drogas / alcohol	_____	Pruebas de ETS / SIDA / VIH
_____	Diagnóstico y/o tratamiento de salud mental	_____	Pruebas genéticas

Firma del paciente /padre/tutor legal

Relación con el paciente

Fecha

Entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, a excepción de las medidas que ya fueron adoptadas en base a esta autorización. Una revocación no afectará una inspección de registros que sea necesaria para validar los costos realizados por o a nombre de entidades del gobierno. Para revocar esta autorización, por favor envíe una declaración por escrito a Neighborhood Health Center y explique que usted está revocando esta autorización. A menos que sea revocado antes, este consentimiento expirará en el evento o fecha indicado: _____ o después de un (1) año a partir de la fecha firmada si se deja en blanco.

PARA DESTINATARIOS DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA: La información compartida con usted por esta autorización está protegida por leyes estatales (ORS 179.505, 192.516) y regulaciones federales (42 CFR Parte 2, 45 CFR Partes 160-164). Usted tiene indicado que no puede compartir nuevamente esta información sin un consentimiento expresado por escrito de la persona a quien pertenece la información. Una autorización general para divulgar información médica u otra información no es suficiente para compartir los registros sobre tratamiento de drogas y alcohol. Las regulaciones federales limitan el uso de registros sobre tratamiento de drogas y alcohol para investigar o demandar a un paciente tratado por abuso de drogas y alcohol.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Sección 1: Complete cada apartado como se indica con la siguiente información:

- Nombre del paciente (escriba claramente con letra de molde)
- Otros nombres usados por el paciente. Si no hay ninguno, deje el espacio en blanco.
- Fecha de nacimiento

Sección 2: Escriba el nombre de la persona o compañía que va a recibir/divulgar la información. Incluya toda la información que pueda:

- Nombre de la persona o compañía
- Dirección (incluyendo ciudad, estado y código postal)
- Número de teléfono
- Número de fax

Sección 3: Escriba sus iniciales para cualquier información confidencial protegida por la ley que usted quiere que sea divulgada.

Por favor, firme con su nombre para indicar que la información en el formulario de divulgación es correcta y está aprobada por usted. Si usted no es el paciente, describa su relación y autoridad legal para firmar y deberá proporcionar la documentación legal para demostrarlo. Escriba la fecha de la autorización.



HISTORIAL MÉDICO DE ADULTOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Cuál es la razón de su visita? _____

Indique cualquier alergia (medicamentos, ambiental, alimentos, etc.)	Reacción

Indique cualquier medicamento que toma actualmente (incluyendo vitaminas, hierbas, pastillas de dieta, medicamentos recetados y medicamentos comprados sin receta)	Dosis	Frecuencia

¿Qué farmacia usa usted? _____

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

- | | | | | | |
|--|---|------------------------|---|---------------------------|---|
| Alergias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Depresión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema/COPD | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de nervios | |
| Ansiedad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Insuficiencia cardiaca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | /muscular | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/
Trastorno de Articulaciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras estomacales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Qué tipo? _____ | | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque cardiaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | Enfermedad de riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Indique cualquier otra condición médica: _____

HISTORIAL MÉDICO DE MUJERES

- ¿Último Papanicolau? _____ ¿Tuvo resultados normales? Sí No ¿Tuvo un Papanicolau anormal antes? Sí No
- ¿Ha estado alguna vez embarazada? Sí No ¿Cuándo fue el primer día de su último periodo menstrual? _____
- ¿Ha estado alguna vez embarazada? Sí No ¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____
- ¿Cuándo fue su última mamografía? _____

HISTORIAL DE CIRUGÍAS

- | | | | | | |
|------------------------|---|----------------------|---|-----------------------|---|
| Apendectomía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cesárea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reemplazo de | |
| Cirugía del cerebro | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cirugía de ojos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | articulación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cirugía de la vesícula | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cirugía de fracturas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cirugía de la columna | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cirugía del colon | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cirugía del cora | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ligadura de trompas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cirugía cosmética | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reparación de hernia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Vasectomía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Qué tipo? _____ | | Histerectomía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalectomía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Indique cualquier otra cirugía que usted haya tenido: _____

(POR FAVOR COMPLETE EL REVERSO DE ESTA PÁGINA)

FAMILY HISTORY

Relación	¿Vive todavía?	Edad	Adicción a drogas/alcohol	Cáncer	Problemas cardiacos	Diabetes	Colesterol alto	Presión arterial alta	Enfermedad mental
Madre									
Padre									
Hermana									
Hermano									
Hija									
Hijo									

Se desconoce el historial médico de la familia Adoptado(a) Si indicó cáncer, ¿qué tipo de cáncer? _____
 Otra condición en el historial médico de la familia: _____

HISTORIAL SOCIAL

Uso do Tabaco ¿Usa actualmente? Sí No ¿Usó anteriormente? Sí No ¿Listo(a) para dejarlo? Sí No
 Tipo de tabaco usado: Cigarrillos Pipa Puros Cigarrillos electrónicos Rapé Masticado
 ¿Cuántos paquetes fuma o fumó anteriormente por día? _____
 ¿Cuántos años ha fumado o fumó anteriormente? _____ ¿Qué año dejó de fumar? _____

Uso de Drogas ¿Usa actualmente? Sí No ¿Usó anteriormente? Sí No
 Marihuana Cocaína Éxtasis IV Heroína LSD Crack Metanfetamina Otra: _____
 ¿Cómo usa estas drogas? Fumadas Inyectadas Otra: _____ ¿Cuántas veces por semana? _____

Uso de Alcohol Sí No
 Número de bebidas por semana _____ Vasos de vino (5oz) _____ Latas de cerveza (12oz) _____ Tragos de licor (1.5oz) _____

Sexualmente Activo(a) Sí No Parejas: Hombres Mujeres Ambos
 Control de natalidad: Condón Píldora/Parque Anticonceptivo Implante Inyección DIU Cirugía Menopausia Otro
 ¿Cuántos hijos tiene usted? _____

Estilo de Vida
 ¿Hace ejercicio? Sí No ¿Cuántas veces por semana? _____ ¿Por cuánto tiempo (horas o minutos)? _____
 ¿Sigue alguna dieta específica? Sí No Si responde que sí, ¿qué tipo de dieta? _____

Ambiente en el Hogar
 ¿Tiene un lugar estable en donde vivir? Sí Sí, pero me preocupa perderlo No (temporal, sin hogar, refugio, otro)
 ¿Con qué frecuencia se siente solo(a)? Nunca Rara vez Algunas veces Con frecuencia Siempre Se negó a responder
 ¿Cuánto estrés ha experimentado en el último mes? Ninguno Un poquito Algo Bastante Demasiado
 Negó a responder
 ¿Tiene a alguien a quien llamar para pedirle ayuda? Sí No




Saguridad en sus Relaciones Debido a que muchas personas experimentan una violencia o abuso y esto afecta su salud, estamos preguntando:
 ¿Con qué frecuencia alguna persona (incluyendo amigos y familiares) le hace a usted lo siguiente?:
 Le lastima físicamente: Nunca Rara vez Algunas veces Con cierta frecuencia Muy frecuente
 Le insulta o menosprecia: Nunca Rara vez Algunas veces Con cierta frecuencia Muy frecuente
 Amenaza con lastimarlo: Nunca Rara vez Algunas veces Con cierta frecuencia Muy frecuente
 Le grita o dice vulgaridades: Nunca Rara vez Algunas veces Con cierta frecuencia Muy frecuente



SBIRT

Nombre: _____ Fecha: _____

Una vez al año, pedimos a todos nuestros pacientes que completen este formulario, ya que el consume de drogas y alcohol y el estado de ánimo pueden afectar su salud y los medicamentos que toma. Ayúdenos a brindarle la mejor atención médica al responder las preguntas que aparecen a continuación.

Una bebida =		12 oz. cerveza		5 oz. vino		1.5 oz. licor (un trago)
--------------	---	-------------------	---	---------------	---	--------------------------------

	No	Sí
¿Esta usted en recuperacion por abuso de alcohol o sustancias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ninguno	Uno o más
ALCOHOL		
Hombres: ¿Cuántas veces durante el ultimo año ha bebido 5 o más bebidas en un día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mujeres: ¿Cuántas veces durante el ultimo año ha bebido 4 o más bebidas en un día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ninguno	Uno o más
DROGAS		
¿Cuántas veces durante el ultimo año ha consumido una droga o utilizado un medicamento recetado para fines que no son médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
ESTADO DE ÁNIMO				
Durante las últimas 2 semanas , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?				
Poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



PHQ-9

PATIENT NAME: _____

DATE: _____

Este cuestionario es una parte importante de proveerle con el mejor cuidado medico posible. Sus respuestas nos ayudaran a entender su salud

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "X" para indicar su respuesta)	Ningún Día 0	Varios días 1	Más de la mitad de los días 2	Casi todos los días 3
Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener poco apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL				

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
Nivel de severidad:	5-9 minimo	10-14 leve	15-19 medio > 20 alto