

REGISTRO DE PACIENTES PATIENT REGISTRATION (SPANISH)

Fecha de hoy (día/mes/año) (Date)		Nombre preferido (Preferred Name)	
Primer nombre (First Name)		Apellido (Last Name)	
Número de seguridad social (Social Security Number)		Fecha de nacimiento (día/mes/año) (Day of Birth)	
Dirección (Home Address)			
Ciudad (City)		Estado (State)	Código postal (Zip Code)
Número de teléfono (Phone Number)		Número de teléfono alternativo (Alternate Phone Number)	
Dirección de correo electrónico (Email Address)			

Sexo legal (Legal Sex) ☐ Femenino (Female) ☐ Masculino (Male) ☐ No binario (Nonbinary) ☐ Desconocido (Unknown) ☐ X	
Identidad de género (Gender Identity) ☐ Femenino (Female) ☐ Masculino (Male) ☐ Hombre transgénero/hombre trans/FTM (Trans Man) ☐ Mujer transgénero/mujer trans/MTF (Trans Woman) ☐ No binario/Genderqueer (Non-Binary/Genderqueer) ☐ En cuestionamiento (Questioning) ☐ Dos espíritus (Two Spirit) ☐ Otro (Other) ☐ Prefiere no decir (Choose Not to Disclose)	Orientación sexual (Sexual Orientation) ☐ Heterosexual (Straight or Heterosexual) ☐ Lesbiana (Lesbian) ☐ Gay (Gay) ☐ Bisexual (Bisexual) ☐ Asexual (Asexual) ☐ Omnisexual (Omnisexual) ☐ Pansexual (Pansexual) ☐ Queer (Queer) ☐ Otra (Something Else) ☐ No sé (Don't Know) ☐ Se niega/Prefiere no decir (Choose Not to Disclose / Decline)
Sexo del/de la paciente asignado al nacer (Sex Assigned at Birth) ☐ Femenino (Female) ☐ Masculino (Male) ☐ Intersexual (Intersex) ☐ Desconocido (Unknown) ☐ No registrado en el certificado de nacimiento (Not Recorded on Birth Certificate) ☐ Prefiere no decir (Choose Not to Disclose)	

Estado civil (Marital Status) ☐ Soltero/a (Single) ☐ En pareja (Partnered) ☐ Casado/a (Married) ☐ Divorciado/a (Divorced) ☐ Separado/a (Separated) ☐ Viudo/a (Widowed)
¿Cuál es su origen étnico? (Ethnicity) ☐ No hispano/a, latino/a o de origen español (Not Hispanic, Latino/a or Spanish origin) ☐ Mexicano/a (Mexican) ☐ Mexicano/a-americano/a (Mexican American) ☐ Chicano/a (Chicano) ☐ Puertorriqueño/a (Puerto Rican) ☐ Cubano/a (Cuban) ☐ Otro origen hispano, latino o español (Other Hispanic, Latino/a or Spanish origin) ☐ No informado/Prefiere no decir el origen étnico (Unreported / Choose Not to Disclose)

¿Cuál es su raza o antecedentes familiares biológicos? (Marque todas las opciones que correspondan)(Race or biological family background) ☐ Indígena americano/a (American Indian) ☐ Nativo/a de Alaska (Alaska Native) ☐ Negro/a o afroamericano/a (Black or African American) ☐ Nativo/a de Hawái (Native Hawaiian) ☐ De otra isla del Pacífico (Other Pacific Islander) ☐ Guamaniano/a o chamorro/a (Guamanian or Chamorro) ☐ Samoano/a (Samoan) ☐ Blanco/a (White) ☐ Indoasiático/a (Asian Indian) ☐ Chino/a (Chinese) ☐ Filipino/a (Filipino) ☐ Japonés/a (Japanese) ☐ Coreano/a (Korean) ☐ Vietnamita (Vietnamese) ☐ De otro lugar de Asia (Other Asian) ☐ Otra raza (Other Race) ☐ Desconocido (Unknown) ☐ No informado / Prefiere no decir (Unreported / Choose Not to Disclose)
--

Contacto en caso de emergencia (Emergency Contact)	
Nombre (Name)	
Número de teléfono (Phone Number)	Relación con el/la paciente (Relationship)

Contactos del/de la paciente (Patient Contacts)	
Información sobre el/la cónyuge, madre, padre, cuidador(a) o tutor(a):	
Nombre (Name) _____	Fecha de nacimiento (DOB) _____
Relación con el/la paciente (Relationship) _____	
Dirección (Address) _____	Ciudad (City) _____
Código postal del estado (State ZIP Code) _____	
Número de teléfono (Phone Number) _____	

Divulgar información médica (Release Medical Information)

☐ Sí (Yes)

☐ No (No)

¿Actualmente carece de un hogar? (Homelessness Status)

☐ Sí (Yes)

☐ No (no está sin hogar)

☐ Actualmente no carece de un hogar (sí en los últimos 12 meses) (Currently Not Homeless)

En caso afirmativo, elija una (1) opción a continuación

☐ Morada en un refugio (refugio para personas sin hogar) (Living in Shelter)

☐ Vivienda de transición (Transitional Housing)

☐ Convivencia con otras personas (vivienda compartida) (Living with Others)

☐ Calle, campamento, puente (Street, Camp, Bridge)

☐ Sin hogar desconocido Refugio (Homeless Unknown Shelter)

☐ Vivienda social permanente (Permanent Supportive Housing)

☐ Hotel de ocupación individual (Otro) (Single Occupancy Hotel)

☐ En riesgo de quedarse sin hogar (At Risk for Homelessness)

☐ En riesgo de quedarse sin hogar (niño/a) (At Risk for Homelessness)

☐ En riesgo de quedarse sin hogar (veterano/a) (At Risk for Homelessness)

¿Es usted un(a) trabajador(a) migratorio/a o de temporada? (Migrant / Seasonal Worker Status)

☐ Migratorio/a (Migrant)

☐ De temporada (Seasonal)

☐ Ninguno (Neither)

Empleo (Employment)

Situación laboral:

☐ De tiempo completo (Full time)

☐ De tiempo parcial (Part time)

☐ Desempleado/a (Unemployed)

¿Necesita un(a) intérprete? (Needs interpreter?)

☐ Sí (Yes)

☐ No (No)

¿Habla inglés? (Do you speak English?)

☐ Sí (Yes)

☐ No (No)

Mi idioma preferido es (My preferred language is) _____

Nivel de fluidez en inglés (English Fluency)

☐ Excelente (Excellent)

☐ Muy bueno (Very Good)

☐ Bueno (Good)

☐ Malo (Not Good)

☐ Nada (Not at All)

Idioma escrito preferido (Preferred Written language)

Idioma hablado preferido (Preferred Language Spoken)

¿Desea recibir ayuda durante su cita?

☐ Sí, asistencia por visión deficiente o ceguera. (Yes, support for Low Vision or Blindness.)

☐ Sí, por problemas de audición. (Yes, Hard of hearing.)

☐ Sí, asistencia para la movilidad (describa) (Yes, Mobility Assistance) _____

☐ Sí, de otro tipo (describa) (Yes, other) _____

Condición de veterano/militar (Veteran / Military Status)

☐ Sí, en servicio activo (Yes)

☐ No, con antecedentes (No)

Datos demográficos adicionales (Additional Demographics)

Pais de origen (Country of Origin) _____

ID/Licencia de conducir (ID/Driver License) _____ Estado (State) _____

Fecha de caducidad (Expiration Date)_____

Garante del seguro (Persona responsable) (Insurance Guarantor)

☐ Yo mismo(a) (Self)

☐ Para niños: nombre del padre, de la madre o tutor(a) legal (For children - name of parent or legal guardian) _____
Fecha de nacimiento (día/mes/año) (Day of Birth) _____

Dirección (si es diferente de la dirección del/de la paciente) (Address) _____

Ciudad (City) _____ Código postal del estado (State ZIP Code) _____

Relación con el/la paciente (Relationship) _____

Número total de personas en su hogar (usted y sus dependientes) (Total number of people in your household (you and your dependents)) _____

¿Cuál es el ingreso de su hogar antes de impuestos? \$ (income before tax) _____

☐ Mensualmente (Monthly)

☐ Anualmente (Yearly)

☐ Prefiero no decir (Choose Not to Disclose)

¿Qué pronombres usa? (Pronouns)

☐ Ella/Su (She/Her/Hers)

☐ Él/Su (He/Him/His)

☐ Elle/Su (They/Them/Theirs)

☐ Ze/Hir/Hirs

☐ Ey/Em/Eirs

☐ Xe/Xem/Xyrs

☐ Ve/Vir/Virs

☐ Otro (Other)

☐ Nombre del/de la paciente (Patient's name)

☐ Desconocido (Unknown)

☐ Se niega a responder (Decline to Answer)

¿Cómo desea que nos pongamos en contacto con usted? (Communications Preferences)

Preferencias de comunicación (Marque con un círculo)

¿Cómo le gustaría que se contacten con usted para citas? (How would you like to be contacted for Appointments)	Teléfono (Phone)	Mensaje de texto (Text)	Correo electrónico (Email)	Correo (Mail)
¿Por problemas de facturación? (Billing Issues)	Teléfono (Phone)	Mensaje de texto (Text)	Correo electrónico (Email)	Correo (Mail)
¿Si hay preguntas o resultados de atención médica? (Healthcare Questions/Results)	Teléfono (Phone)	Mensaje de texto (Text)	Correo electrónico (Email)	Correo (Mail)
¿Para recibir mensajes de su proveedor? (Messages from your provider)	Teléfono (Phone)	Mensaje de texto (Text)	Correo electrónico (Email)	Correo (Mail)

Seguro (Insurance)

Número de identificación de miembro de Medicare (Medicare Member ID Number) _____

Fecha de entrada en vigor (Effective Date) _____

Número de identificación de miembro de Medicaid (Medicaid Member ID Number) _____

Fecha de entrada en vigor (Effective Date) _____

1. Entregue en recepción su tarjeta de seguro y su identificación de CA para que se copie en su historia clínica.
2. Entregue la solicitud del nivel federal de pobreza y el comprobante de ingresos para la escala de tarifas móviles (si paga por cuenta propia).
3. En recepción serán escaneados sus documentos para incorporarlos en su historia clínica.

Nombre del seguro (Anthem, Aetna, HealthNet, etc.) (Insurance Name)

ID de miembro del seguro (Member ID) _____

Nombre de la persona afiliada/miembro que figura en la tarjeta (Member Name on card) _____

Fecha de nacimiento de la persona afiliada (DOB) _____

Fecha de entrada en vigor (Effective Date) _____

Información del grupo asegurador
(Insurance Group Info)

- ☐ Nivano
☐ River City Medical Group
☐ Partnership Health
☐ Hill Physicians
☐ Molina
☐ Otro (Other) _____
(Nombre del grupo médico a saber)

**Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.
(I declare under penalty of perjury that the above information is true and correct to the best of my knowledge.)**

FIRMA DEL/ LA PACIENTE

FECHA

Consentimientos y ratificaciones

Tratamiento: doy mi consentimiento para el tratamiento que proporcionarán los proveedores de Elica Health Centers (EHC), así como sus asistentes y otros miembros del personal de EHC. Entiendo que la clínica elaborará y mantendrá un registro médico sobre mí, y que tengo derecho a obtener una copia de mi registro médico si firmo un Formulario de autorización de registros médicos proporcionado por la clínica para ese propósito.

Iniciales: _____

Estudiantes/residentes: entiendo que EHC participa en la educación de estudiantes en materia de atención médica. Puedo rechazar su participación en mis cuidados en cualquier momento.

Iniciales: _____

Telesalud: doy mi consentimiento para recibir atención por teléfono, telesalud o mediante el portal del paciente cuando sea médicamente necesario y clínicamente apropiado para intercambiar información médica entre el proveedor y yo, o entre un proveedor y otro proveedor.

Iniciales: _____

Asignación de beneficios: autorizo el pago directamente a EHC de los beneficios que de otro modo se me pagarían, pero que no excedan las tarifas normales de EHC por este servicio. Entiendo que tengo la responsabilidad financiera ante EHC por cualquier cargo que mi seguro no haya cubierto, incluido el saldo de mis cargos después de que se haya aplicado algún descuento.

Iniciales: _____

Acuerdo financiero: acepté pagar todos los cargos que no son pagaderos por el seguro o por un tercero. Acepto cumplir con los términos y las condiciones de la Política de cobro de EHC. Elica Health Centers no es una clínica gratuita y el incumplimiento de su responsabilidad financiera para con nosotros o la no aceptación de un calendario de pagos puede generar su baja financiera de nuestros servicios. De acuerdo con la Política de cobro de EHC, EHC puede optar por terminar su relación con cualquier paciente que no cumpla con este acuerdo financiero.

Iniciales: _____

Libre elección de farmacia por el/la paciente (según los requisitos del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Recursos y Servicios [Health Resources and Services Administration, HRSA] de los Estados Unidos y el estado de California): por medio del presente reconozco que soy libre de elegir una farmacia. Cualquier fax o transmisión electrónica de mis recetas se realizará a la farmacia o dispensario que yo seleccione. Si soy elegible para recibir medicamentos a través de un programa de farmacia gratuito o con descuento, se me dirigirá a un dispensario o farmacia específica. Elica tiene medicamentos gratuitos o con descuento en ciertas farmacias contratadas. Si elijo no usar una farmacia contratada, puedo adquirir un medicamento con receta en otra farmacia, a un precio sin descuento.

Iniciales: _____

Aviso de prácticas de privacidad: al firmar este formulario, acusó recibo del Aviso de prácticas de privacidad de la clínica.

Iniciales: _____

Validez del consentimiento: entiendo que este consentimiento será válido mientras sea paciente o tutor(a) legal de un(a) paciente de Elica Health Centers. Tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento. Si elijo hacerlo, debo proporcionar esa retirada por escrito a la clínica. La retirada del consentimiento sólo se aplicará después de que se reciba y no se aplicará a la información para la cual se haya dado consentimiento previamente.

Iniciales: _____

Fotografías: doy mi consentimiento para que se tomen fotografías mías o de mi hijo/a (o de la persona de la que soy tutor(a) legal). Entiendo que la información sólo se utilizará para mi registro de salud con fines de identificación.

Iniciales: _____

Elica Health Centers es parte de un acuerdo de asistencia sanitaria organizada que incluye participantes en OCHIN. Hay una lista actualizada de los participantes de OCHIN disponible en www.ochin.org. Como socio comercial de Elica Health Centers, OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de prácticas recomendables y acceder a los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas de registros médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de las derivaciones de pacientes internos y externos. Es posible que Elica Health Centers comparta su información médica con otros participantes de OCHIN, cuando sea necesario con fines operativos para garantizar la atención médica por parte de la organización en virtud del acuerdo de asistencia sanitaria.

Iniciales: _____

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, CONFIRMÓ QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN EL FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER Y QUE LEÍ LA SECCIÓN DE CONSENTIMIENTO, Y ENTIENDO Y ACEPTO SUS TÉRMINOS.

Nombre del paciente/tutor legal

Parentesco con el paciente del individuo que firma este formulario (por ejemplo, paciente, padre/madre, tutor legal, cuidador)

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

Testigo (Miembro del personal de la clínica)
(Witness/Translator Signature)

Fecha



Health Centers

HISTORIAL MÉDICO PARA ADULTOS Y PACIENTES PEDIÁTRICOS A PARTIR DE LOS 12 AÑOS (ADULT & PEDIATRIC AGE 12+ HEALTH HISTORY)

Nombre del paciente:
(Patient Name)

Fecha de nacimiento:
(Date of Birth)

Les preguntamos a todas las personas acerca de sus necesidades de salud reproductiva.

Preguntas de valoración acerca de la intención de embarazarse

(We ask everyone about their reproductive health needs. Pregnancy Intention Screening Questions)

¿Actualmente está embarazada? ☐ Sí ☐ No
(Are you currently pregnant?) (Yes)

¿Cuál fue el primer día de su último ciclo menstrual, si tiene menstruación? Fecha: _____ ☐ N/A
(What was the first day of your Last Menstrual Period, if menstruating?) (Date)

¿Actualmente está amamantando? ☐ Sí ☐ No
(Are you currently breastfeeding?) (Yes)

¿Desea quedar embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ No está segura ☐ Le da igual ☐ N/A
(Do you want to become Pregnant?) (Yes) (Unsure) (Ok either way)

¿Desea hablar hoy sobre anticonceptivos o prevención del embarazo? ☐ Sí ☐ No
(Do you want to talk about contraception or pregnancy prevention today?) (Yes)

¿ALERGIAS A MEDICAMENTOS, ALIMENTOS U OTRAS SUSTANCIAS?
(ALLERGIES TO ANY MEDICATIONS, FOOD OR OTHER SUBSTANCES?)

Alergia a:
(Allergic to)

Reacción:
(Reaction)

Gravedad de la reacción:
(Severity of Reaction)

☐ Anafilaxis ☐ Urticaria
(Anaphylaxis) (Hives)
☐ Sarpullido ☐ Hinchazón
(Rash) (Swelling)
☐ Náuseas/vómitos
(Nausea/ vomiting)
☐ Otros: _____
(Other)

☐ Baja (Low)
☐ Media (Medium)
☐ Alta (High)

☐ Anafilaxis ☐ Urticaria
(Anaphylaxis) (Hives)
☐ Sarpullido ☐ Hinchazón
(Rash) (Swelling)
☐ Náuseas/vómitos
(Nausea/ vomiting)
☐ Otros: _____
(Other)

☐ Baja (Low)
☐ Media (Medium)
☐ Alta (High)

☐ Anafilaxis ☐ Urticaria
(Anaphylaxis) (Hives)
☐ Sarpullido ☐ Hinchazón
(Rash) (Swelling)
☐ Náuseas/vómitos
(Nausea/ vomiting)
☐ Otros: _____
(Other)

☐ Baja (Low)
☐ Media (Medium)
☐ Alta (High)

HISTORIAL MÉDICO (Marque todas las enfermedades y afecciones médicas aplicables) (MEDICAL HISTORY (Check all diseases and medical conditions that apply))

☐ Sin historial médico
(No Past Medical History)

☐ Abuso en la adultez (víctima) (Abuse as Adult (victim))	☐ Depresión (Depression)	☐ Enfermedad hepática (Liver disease)
☐ Abuso en la niñez (víctima) (Abuse as a child (victim))	☐ Diabetes mellitus (Diabetes mellitus)	☐ Meningitis
☐ Alergias (Allergies)	☐ Enfisema/EPOC (Emphysema/COPD)	☐ Infarto del miocardio (Myocardial infarction)
☐ Anemia	☐ ERGE (GERD)	☐ Enfermedades de los músculos/los nervios (Nerve/Muscle disease)
☐ Ansiedad (Anxiety)	☐ Glaucoma	☐ Osteoporosis
☐ Artritis/trastorno de las articulaciones (Arthritis / Joint disorder)	☐ Enfermedad cardíaca (Heart disease)	☐ Convulsiones (Seizures)
☐ Asma (Asthma)	☐ Insuficiencia cardíaca (Heart Failure)	☐ Anemia de células falciformes (Sickle cell anemia)
☐ Transfusión de sangre (Blood Transfusion)	☐ Soplo en el corazón (Heart murmur)	☐ Úlceras estomacales (Stomach ulcers)
☐ Cáncer (Cancer)	☐ VIH/SIDA (HIV/AIDS)	☐ Accidente cerebrovascular (Stroke)
☐ Cataratas (Cataracts)	☐ Hiperlipidemia (Hyperlipidemia)	☐ Abuso de sustancias (Substance abuse)
☐ Trastorno de coagulación (Clotting disorder)	☐ Hipertensión (Hypertension)	☐ Tuberculosis (TB disease)
☐ EPOC (COPD)	☐ Enfermedad renal (Kidney disease)	☐ Enfermedad de la tiroides (Thyroid disease)
☐ Otros. Explique: (Other, please explain)		

HISTORIAL QUIRÚRGICO (SURGICAL HISTORY)

☐ Sin historial quirúrgico
(No Past Surgical History)

☐ Apendicectomía (Appendectomy)	☐ Cirugía estética (Cosmetic surgery)	☐ Cirugía del intestino Delgado (Small intestine surgery)
☐ Cirugía cerebral (Brain surgery)	☐ Cirugía oftalmológica (Eye surgery)	☐ Cirugía de columna vertebral (Spine surgery)
☐ Cirugía de senos (Breast surgery)	☐ Cirugía por fractura (Fracture surgery)	☐ Extracción del tercer molar (Third Molar Extraction)
☐ Bypass coronario (CABG)	☐ Reparación de hernias (Hernia repair)	☐ Amigdalectomía (Tonsillectomy)
☐ Colectomía (Cholecystectomy)	☐ Reemplazo articular (Joint replacement)	☐ Reemplazo de válvula (Valve replacement)
☐ Cirugía del colon (Colon surgery)	☐ Cirugía de próstata (Prostate surgery)	☐ Vasectomía (Vasectomy)
☐ Otros. Explique: (Other, please explain:)		

HISTORIAL FAMILIAR (Marque todas las enfermedades y afecciones aplicables): (Family History)

		Sin problemas conocidos (No Known Problems)	Consumo de alcohol y drogas (Alcohol/Drug Use)	Alergias (Allergies)	Enfermedad de Alzheimer (Alzheimer's Disease)	Anemia (Anemia)	Enfermedad autoinmune (Autoimmune Disease)	Cáncer de seno (Breast Cancer)	Cáncer de colon (Colon Cancer)	Cáncer (Cancer)	Depresión (Depression)	Diabetes (Diabetes)	Ataque cardíaco (Heart Attack)	Colesterol alto (High Cholesterol)	Hipertensión (Hypertension)	Enfermedad renal (Kidney Disease)	Enfermedad hepática (Liver Disease)	Enfermedad pulmonar (Lung Disease)	Accidente cerebrovascular (Stroke)	Muerte súbita (Sudden Death)	Suicidio (Suicide)	Enfermedad de la tiroides (Thyroid Disease)	Problemas de la vista (Vision Problems)	Otro (Other)
(Relationship)	Nombre (Name)																							
Madre (Mother)																								
Padre (Father)																								
Hermana (Sister)																								
Hermano (Brother)																								
Hija (Daughter)																								
Hijo (Son)																								
Tía materna (Maternal Aunt)																								
Tío materno (Maternal Uncle)																								
Tía paterna (Paternal Aunt)																								
Tío paterno (Paternal Uncle)																								
Abuela materna (Maternal Grandmother)																								
Abuelo materno (Maternal Grandfather)																								
Abuela paterna (Paternal Grandmother)																								
Abuelo paterno (Paternal Grandfather)																								
Otro (Other)																								

ENUMERE CUALQUIER OTRO HISTORIAL FAMILIAR A CONTINUACIÓN: (LIST ANY OTHER FAMILY MEDICAL HISTORY BELOW)	
Enfermedad o problema médico: (Disease or medical problem)	Miembro de la familia: (Family member)

CONSUMO DE TABACO (TOBACCO USE)	
¿Utiliza cigarrillos electrónicos o vapea alguna sustancia? (Do you use E-Cigarettes or Vape any substances?) ☐ Nunca lo ha utilizado (Never used) ☐ Usuario anterior, fecha en que cesó el consumo: _____ (Former user, quit date) ☐ Sí, todos los días (Yes- every day) ☐ Sí, algunos días (Yes- some days)	
De ser así, ¿cuál sustancia? (If yes, what substance?) ☐ Nicotina (Nicotine) ☐ THC ☐ CBD ☐ Con sabor (Flavoring) ☐ Otro: _____ (Other)	
¿Fuma cualquier producto derivado del tabaco? (cigarrillos, puros, etc.) (Do you smoke any tobacco products? (cigarettes, cigars, etc)) ☐ Nunca lo ha utilizado (Never used) ☐ Usuario anterior, fecha en que cesó el consumo: _____ (Former user, quit date) ☐ Sí, todos los días (Yes every day) ☐ Sí, algunos días (Yes some days)	
¿Consume tabaco que no produce humo? (masticable, rapé, soluble, etc.) (Do you use any smokeless tobacco? (chew, snuff, dissolvables, etc)) ☐ Nunca lo ha utilizado (Never used) ☐ Usuario anterior, fecha en que cesó el consumo: _____ (Form er user, quit date) ☐ Sí (Yes)	
¿Está actualmente o alguna vez estuvo expuesto al humo del tabaco? (Exposición pasiva) (Are you, or have you been in the past, regularly exposed to smoke? (Passive exposure)) ☐ Nunca (Never) ☐ En el pasado (Past) ☐ Actualmente (Current)	

CONSUMO DE ALCOHOL (ALCOHOL INTAKE)	
¿Alguna vez bebe alcohol? (Do you ever drink alcohol?) ☐ Sí (Yes) ☐ Actualmente no (Not currently) ☐ No	
¿Cuántos tragos a la semana y de qué tipo? _____ tragos de _____ por semana (How many drinks per week, and of what?) (drinks of) (per week)	

CONSUMO DE DROGAS (DRUG USE)			
¿Actualmente (en los últimos 6 meses) consume alguna droga recreativa? Do you currently (in the last 6 months) any recreational drugs? ☐ Sí (Yes) ☐ Actualmente no (Not currently) ☐ No			
¿Qué medicamentos usa? (Which drugs do you use?) ☐ Heroína (Heroin) ☐ LSD (ácido) (LSD (Acid) ☐ Cocaína (Cocaine) ☐ Barbitúricos (Barbiturates) ☐ Uso intravenoso (se necesita una aguja para inyectar las drogas) (IV use (Needle to inject drugs))	☐ Vapeo (Vaping) ☐ Metanfetaminas (Methamphetamine) ☐ Ketamina (Ketamine) ☐ Crack ☐ Benzodiazepinas (Xanax, Ativan, Klonopin) (Benzodiazepines (Xanax, Ativan, Klonipin))	☐ Marihuana (Marijuana) ☐ Anfetaminas (Adderall) (Amphetamines (Adderall)) ☐ Mescalina (peyote) (Mescaline (Peyote)) ☐ Óxido nitroso (Nitrous Oxide) ☐ Otro: _____ (Other)	☐ Opioides (fentanilo, codeína, oxicodona, Norco, etc.) (Opioids (Fentanyl, Codeine, Oxy, Norco, etc) ☐ PCP ☐ Éxtasis (MDMA, Molly) (Ecstasy) ☐ Psilocibina (hongos mágicos, shrooms) (Psilocybin (Magic Mushroom s, Shrooms)) ☐ Inhalación de solventes ("poppers", etc.) (Solvent Inhalants (Poppers, etc))

ACTIVIDAD SEXUAL (SEXUAL ACTIVITY)

Sexualmente activo(a): (Sexually active)	☐ Sí (Yes)	☐ Actualmente no (Not Currently)	☐ Nunca (Never)		
Anticonceptivos/protección: (Birth Control / Protection)	☐ Abstinencia (Abstinence)	☐ Capuchón cervical (Cervical Cap)	☐ Condón (Condom)	☐ Diafragma (Diaphragm)	
☐ Método de conocimiento de la Fertilidad (Fertility Awareness Method)		☐ Parche hormonal (Hormonal Patch)	☐ Implante (Implant)	☐ Inyección (Injection)	
☐ Implantado (Inserts)	☐ DIU (IUD)	☐ Sistema intrauterino (IUS)	☐ Menopausia (Menopause)		
☐ Pastilla anticonceptiva (Pill)	☐ Ritmo (Rhythm)	☐ Espermicida (Spermicide)	☐ Esponja (Sponge)	☐ Quirúrgico (Surgical)	
☐ Anillo vaginal (Vaginal Ring)	☐ Vasectomía (Vasectomy)	☐ Coito interrumpido (Withdrawal)	☐ Ninguno (None)		
Parejas: (Couples)	☐ Masculino (Male)	☐ Femenino (Female)	☐ Transgénero femenino/de hombre a mujer (Transgender Female/Male-to-Female)		
☐ Transgénero masculino/de mujer a hombre (Transgender Male / Female-to-Male)		☐ No binario/queer (Non-binary / genderqueer)	☐ En proceso de cuestionamiento (Questioning)		
☐ Otro (Other)	☐ Prefiere no divulgar esta información (Choose not to disclose)				

Comentarios: _____
(Comments)

HISTORIAL DE EMBARAZOS (OBSTÉTRICO) (PREGNANCY HISTORY)

¿Alguna vez ha estado embarazada?
(Have you ever been pregnant?)

☐ Sí (Yes) ☐ No ☐ N/A

De ser así, ¿cuántas veces en TOTAL ha estado embarazada? _____ (Gesta)
(If yes, how many times TOTAL have you been pregnant?) (Gravida)

- ¿Cuántos partos ha tenido? _____ (Para)
(How many babies have you delivered?)

- ¿Cuántos bebés nacieron a término? (37 semanas o más) _____ (Término)
(How many babies were full term? (37 weeks or more)) (Term)

- Cuántos bebés fueron prematuros (menos de 37 semanas) _____ (Prematuros)
(How many babies were premature (less than 37 weeks)) (Preterm)

- ¿Cuántos hijos vivos tiene? _____ (Vivos)
(How many living children do you have?) (Living)

- ¿Cuántos abortos espontáneos ha tenido? _____ (SAB)
(How many miscarriages have you had?)

- ¿Cuántos abortos inducidos ha tenido? _____ (IAB)
(How many abortions have you had?)

¿Ha tenido alguna complicación en el embarazo o en el parto? _____
(Have you ever had any pregnancy or birth complications?)

**Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés)
(AUDIT)**

1. ¿Con qué frecuencia consume una bebida que contenga alcohol? (How often do you have a drink containing alcohol?) (0) Nunca <i>[Pasar a las preguntas 9-10]</i> (Never <i>[Skip to Qs 9-10]</i>) (1) Mensualmente o menos (Monthly or less) (2) 2 a 4 veces al mes (2 to 4 times a month) (3) 2 a 3 veces por semana (2 to 3 times a week) (4) 4 o más veces a la semana (4 or more times a week)	6. Durante el último año, ¿con qué frecuencia ha necesitado un primer trago por la mañana para ponerse en movimiento después de una sesión de alto consumo de alcohol? (How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?) (0) Nunca (Never) (1) No todos los meses (Less than Monthly) (2) Mensualmente (Monthly) (3) Semanalmente (Weekly) (4) A diario o casi a diario (Daily or almost daily)
2. ¿Cuántas bebidas que contengan alcohol consume en un día habitual en el que está bebiendo? (How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?) (0) Nunca <i>[Pasar a las preguntas 9-10]</i> (Never <i>[Skip to Qs 9-10]</i>) (1) Mensualmente o menos (Monthly or less) (2) 2 a 4 veces al mes (2 to 4 times a month) (3) 2 a 3 veces por semana (2 to 3 times a week) (4) 4 o más veces a la semana (4 or more times a week)	7. Durante el último año, ¿con qué frecuencia ha tenido un sentimiento de culpa o remordimiento después de beber? (How often during the last year, have you had a feeling of guilt or remorse after drinking?) (0) Nunca (Never) (1) No todos los meses (Less than Monthly) (2) Mensualmente (Monthly) (3) Semanalmente (Weekly) (4) A diario o casi a diario (Daily or almost daily)
3. Con que frecuencia se toma seis o más bebidas alcoholicas en una ocasion? (How often do you have six or more drinks on one occasion?) (0) Nunca (Never) (1) Menos de mensual (Less than monthly) (2) Mensualmente (Monthly) (3) Semanalmente (Weekly) (4) Todos los días o casi todos los días (Daily or almost daily) Saltar a la pregunta 9 o 10 si el total para las preguntas 2 y 3 es 0	8. Durante el último año, ¿con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (How often during the last year, have you been unable to remember what happened the night before because you had been drinking?) (0) Nunca (Never) (1) No todos los meses (Less than Monthly) (2) Mensualmente (Monthly) (3) Semanalmente (Weekly) (4) A diario o casi a diario (Daily or almost daily)

4. Durante el último año, ¿con qué frecuencia se ha dado cuenta de que no pudo dejar de beber una vez que comenzó a consumir alcohol? (How often during the last year, have you been unable to remember what happened the night before because you had been drinking?) (0) Nunca (Never) (1) No todos los meses (Less than Monthly) (2) Mensualmente (Monthly) (3) Semanalmente (Weekly) (4) A diario o casi a diario (Daily or almost daily)	9. ¿Usted u otra persona se ha lesionado como consecuencia de su hábito de la bebida? (Have you or someone else been injured as a result of your drinking?) (0) No (1) Sí, pero no durante el último año (Yes, but not in the last year) (2) Sí, pero durante el último año (Yes, but during the last year)
5. Durante el último año, ¿con qué frecuencia no ha logrado hacer lo que normalmente se esperaba de usted a causa de la bebida? (How often during the last year, have you failed to do what was normally expected from you because of drinking?) (0) Nunca (Never) (1) No todos los meses (Less than Monthly) (2) Mensualmente (Monthly) (3) Semanalmente (Weekly) (4) A diario o casi a diario (Daily or almost daily)	10. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro trabajador de la salud se ha preocupado por su consumo de alcohol o le ha sugerido que reduzca la bebida? (Has a relative or friend or a doctor or another health worker been concerned about your drinking or suggested you cut down?) (0) No (1) Sí, pero no durante el último año (Yes, but not in the last year) (2) Sí, pero durante el último año (Yes, but during the last year)

Cuestionario de Detección de Abuso de Sustancias (DAST, por sus siglas en inglés) (DAST)

Estas preguntas se refieren a los últimos 12 meses.
(These questions refer to the past 12 months.)

1. ¿Ha consumido medicamentos que no sean necesarios por razones médicas? (Have you used drugs other than those required for medical reasons?)	☐ Sí (Yes)	☐ No
2. ¿Abusa de más de un medicamento al mismo tiempo? (Do you abuse more than one drug at the time?)	☐ Sí (Yes)	☐ No
3. ¿Puede dejar de consumir drogas siempre que desee hacerlo? (Si nunca ha consumido drogas, responda "Sí"). (Are you always able to stop using drugs when you want to? (If never used drugs, answer "Yes."))	☐ Sí (Yes)	☐ No
4. ¿Ha tenido episodios de amnesia ('blackouts') o revivido experiencias pasadas ('flashbacks') como resultado del consumo de drogas? (Have you had "blackouts" or "flashbacks" as a result of drugs?)	☐ Sí (Yes)	☐ No
5. ¿Alguna vez se sintió mal o culpable por su consumo de drogas? (Si nunca ha consumido drogas, escoja "No"). (Do you ever feel bad or guilty about your drug use? If never use drugs, choose "No.")	☐ Sí (Yes)	☐ No
6. ¿Su cónyuge o padres se quejaron alguna vez por su consumo de drogas? (Does your spouse (or parents) ever complain about your involvement with drugs?)	☐ Sí (Yes)	☐ No
7. ¿Ha descuidado a su familia debido al uso de drogas? (Have you neglected your family because of your use of drugs?)	☐ Sí (Yes)	☐ No
8. ¿Ha participado en actividades ilegales con el fin de conseguir drogas? (Have you engaged in illegal activities in order to obtain drugs?)	☐ Sí (Yes)	☐ No
9. ¿Alguna vez experimentó síntomas de abstinencia (se sintió enfermo) cuando dejó de consumir drogas? (Have you ever experienced withdrawal symptoms (feel sick) when you stopped using drugs?)	☐ Sí (Yes)	☐ No

10. ¿Ha tenido problemas médicos como consecuencia del consumo de drogas (p. ej., pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)? (Have you had medical problems as a result of your drug use (e.g., memory loss, hepatitis, convulsions, bleeding, etc.)?)	☐ Sí (Yes)	☐ No
--	-----------------------------------	-----------------------------

Cuestionario sobre la salud del paciente-9. (PHQ-9, por sus siglas en inglés) (PHQ-9)

En las <u>últimas dos semanas</u> , ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (Over the last two weeks, how often have you been bothered by the following problems?)	Para nada (Not at all)	Varios días (Several Days)	Más de la mitad de los días (More than half the days)	Casi todos los días (Nearly every day)
Poco interés o placer en hacer cosas. (Little interest or pleasure in doing things)	☐	☐	☐	☐
Sentirse triste, deprimido o desesperanzado. (Feeling down, depressed, or hopeless)	☐	☐	☐	☐
Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido, o dormir demasiado. (Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much)	☐	☐	☐	☐
Sensación de cansancio o de poca energía. (Feeling tired or having little energy)	☐	☐	☐	☐
Poco apetito o comer en exceso. (Poor appetite or overeating)	☐	☐	☐	☐
Sentirse mal consigo mismo, que es un fracasado o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia. (Feeling bad about yourself - or that you are a failure or have let yourself or your family down)	☐	☐	☐	☐
Dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver televisión. (Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television)	☐	☐	☐	☐
Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberse dado cuenta. O lo contrario, estar tan nervioso o inquieto que se mueve mucho más de lo normal. (Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite - being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual)	☐	☐	☐	☐
Pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño a sí mismo de alguna manera. (Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way)	☐	☐	☐	☐
Si marcó alguno de los problemas, ¿qué tanta dificultad han creado estas situaciones para que usted fuera al trabajo, se ocupara de cosas en casa o se llevara bien con otras personas? (If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?)	☐	☐	☐	☐

Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7, por sus siglas en inglés) (GAD-7)

En las <u>últimas dos semanas</u> , ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (Over the last two weeks, how often have you been bothered by the following problems?)	Para nada (Not at all)	Varios días (Several Days)	Más de la mitad de los días (More than half the days)	Casi todos los días (Nearly every day)
--	---------------------------	-------------------------------	--	---

1. Sensación de nerviosismo, ansiedad o inquietud (Feeling nervous, anxious, or on edge)	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o controlar la preocupación (Not being able to stop or control worrying)	0	1	2	3
3. Demasiada preocupación por diferentes cosas (Worrying too much about different things)	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse (Trouble relaxing)	0	1	2	3
5. Estar tan intranquilo que le cuesta quedarse quieto (Being so restless that it is hard to sit still)	0	1	2	3
6. Molestarse con facilidad o estar irritable (Becoming easily annoyed or irritable)	0	1	2	3
7. Sentir temor, como si algo terrible pudiera suceder (Feeling afraid, as if something awful might happen)	0	1	2	3

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE TUBERCULOSIS (TB RISK ASSESSMENT)

Ha tenido contacto directo o prolongada con una persona infectada con tuberculosis	☐ Sí (Yes)	☐ No
Nació o viajó recientemente a un área de alta prevalencia (consulte la lista de países en la barra lateral del diagrama de flujo) (Born in or recent traveler to high prevalence area (see flowsheet sidebar for country list))	☐ Sí (Yes)	☐ No
Radiografías de tórax con cambios por fibrosis que indiquen tuberculosis inactiva o pasada (Chest radiographs with fibrotic changes suggesting inactive or past TB)	☐ Sí (Yes)	☐ No
Infección por VIH (HIV infection)	☐ Sí (Yes)	☐ No
Receptor de trasplante de órganos (Organ transplant recipient)	☐ Sí (Yes)	☐ No
Inmunosupresión secundaria al uso de prednisona (equivalente a una dosis mayor o igual a 15 mg/día durante un lapso mayor o igual a 1 mes) u otro medicamento inmunosupresor como los antagonistas del TNF-α. (Immunosuppression secondary to use of prednisone (equivalent of > or = to 15mg/day for >or = 1 month) or other immunosuppressive medication such as TNF -α antagonist)	☐ Sí (Yes)	☐ No
Usuario de drogas inyectables (Injection drug user)	☐ Sí (Yes)	☐ No
Residente o empleado de un entorno de alto riesgo con hacinamiento (por ejemplo: una cárcel, un centro de atención a largo plazo, hospital, refugio para personas sin hogar) (Resident or employee of high-risk congregate setting (e.g., prison, long-term care facility, hospital, homeless shelter))	☐ Sí (Yes)	☐ No
Afección médica asociada con el riesgo de progresar a tuberculosis si se adquiere la infección; por ejemplo: diabetes mellitus, silicosis, cáncer en la cabeza o cuello, enfermedad de Hodgkin, leucemia, enfermedad renal en etapa terminal, bypass intestinal o gastrectomía, síndrome de malabsorción crónica, peso corporal bajo (10 % o más por debajo de lo ideal para una población determinada) (Medical condition associated with risk of progressing to TB disease if infected (e.g., diabetes mellitus, silicosis, cancer of head or neck, Hodgkin's Disease, leukemia, and end-stage renal disease, intestinal bypass or gastrectomy, chronic malabsorption syndrome, low body weight (10% or more below ideal for given population))	☐ Sí (Yes)	☐ No

Signos/síntomas de tuberculosis (Signs/Symptoms of TB)	☐ Tos persistente (Cough lasting)	☐ Fiebre persistente (Persistent fever)	☐ Pérdida de peso inexplicable (Unexplained weight loss)
☐ Pérdida del apetito (Loss of appetite)	☐ Sudores persistentes (Persistent Sweats)	☐ Fatiga crónica (Chronic fatigue)	☐ Escalofríos (Chills)
☐ Tos con sangre (Coughing up blood)	☐ Falta de aire (Shortness of breath)	☐ Dolor en el pecho (Chest pain)	☐ Ninguna (None)

HISTORIAL SOCIAL (Protocolo para Responder y Evaluar los Riesgos y las Experiencias de los Pacientes, PRAPARE por sus siglas en inglés) (SOCIAL HISTORY (PRAPARE))

¿Cuál es el grado o año escolar más alto que completó?
(What is the highest grade or year of school you completed?)

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Nunca asistió a la escuela o solo asistió al preescolar
(Never attended school or only attended kindergarten) | ☐ Del 1.º al 8.º grado (Escuela elemental)
(Grades 1 through 8 (Elementary)) | ☐ 9.º al 11.º grado (Escuela superior trunca)
(Grades 9 through 11 (Some high school)) |
| ☐ 12.º o GED (graduado de la escuela superior, diploma o acreditación equivalente)
(Grade 12 or GED (High school graduate, diploma, or alternative credential)) | | |
| ☐ Universidad entre 1 y 3 años (Estudios universitarios trunca, escuela técnica, de oficios, escuela vocacional)
(College 1 year to 3 years (Some college, Associate's degree, trade, vocational school)) | | |
| ☐ 4 años o más de universidad (Graduado universitario)
(College 4 years or more (College Graduate)) | ☐ No desea responder
(Declined) | |

☐ Nada difícil (Not hard at all) ☐ Algo difícil (Somewhat hard) ☐ Muy difícil (Very hard) ☐ No desea responder (Decline)

- ☐ Tengo un lugar estable para vivir
(I have a steady place to live)
- ☐ Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
(I have a place to live today, but I am worried about losing it in the future)
- ☐ No tengo un lugar estable para vivir (me quedo temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, vivo en las calles, en la playa, en el automóvil...)
(I do not have a steady place to live (I am temporarily staying with others, in a hotel, in a shelter, living outside on the streets, on the beach, in the car..))
- ☐ No desea responder
(Decline)

☐ Sí, me impidió ir a citas médicas o conseguir medicamentos
(Yes, it has kept me from medical appointments or getting medications)

☐ Sí, me impidió acudir a citas distintas a las médicas, a compromisos, al trabajo u obtener cosas que necesito
(Yes, it has kept me from non-medical meetings, appointments, work, or getting things that I need)

☐ No

☐ No desea responder
(Declined)

☐ Menos de una vez a la semana (Less than once a week) ☐ 1-2 veces a la semana (1-2 times a week) ☐ 3-5 veces a la semana (3-5 times a week) ☐ 5 o más veces a la semana (5 or more times a week) ☐ No desea responder (Decline)

¿Cuenta con un empleo en la actualidad? ☐ Sí ☐ No ☐ No desea responder
(Are you currently employed?) (Yes) (Decline)

Tipo de asistencia: ☐ Información por escrito ☐ Comuníquese conmigo
(Type of assistance) (Written information) (Contact me)

☐ Alfabetización en salud (Health Literacy)	☐ Educación (Education)	☐ Dificultades económicas (Financial Strain)	☐ Vivienda (Housing)	☐ Alimentación (Food)	☐ Transporte (Transportation)
☐ Servicios públicos (Utilities)	☐ Actividades físicas (Physical Activities)	☐ Estrés (Stress)	☐ Aislamiento (Isolation)	☐ Relaciones (Relationship)	☐ Empleo (Employment)

(Incluya todos los medicamentos actuales: medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas e inhaladores, así como la dosis)

(List all current medications: prescribed, over-the-counter drugs, vitamins & inhalers and the dosage)

Medicamento (Medication)	Dosis (Dosage)	Frecuencia (Frequency)

¿ACTUALMENTE ESTÁ BAJO EL CUIDADO DE ALGÚN OTRO MÉDICO O ESPECIALISTA?
(ENUMÉRELOS A TODOS A CONTINUACIÓN)

(Medical Assistant: Complete a medical record release form for all medical providers listed below and add to Care Team in Epic)

(ARE YOU CURRENTLY UNDER THE CARE OF ANY OTHER PHYSICIANS OR SPECIALISTS?)
(LIST ALL BELOW)

Asistente médico: Complete un formulario de divulgación del expediente médico para todos los proveedores médicos enumerados a continuación y agregue a Equipo de atención en Epic

Nombre del médico o del consultorio (Physician/Practice Name)	Especialidad (Physician/Practice Name)	Dirección (Address)	Teléfono (Phone)

HISTORIAL DENTAL
(DENTAL HISTORY)

1. ¿Ha tenido problemas con el tratamiento dental previo? (Have you had problems with prior dental treatment?)	☐ Sí (Yes)	☐ No
2. Fecha del último examen dental: (Date of last dental exam)		
3. ¿Alguna vez ha recibido premedicación para un tratamiento dental? En caso afirmativo, ¿por qué? (Have you ever been pre-medicated for dental treatment? If yes, why?)	☐ Sí (Yes)	☐ No
4. ¿Ha tomado bifosfonatos? (Have you taken bisphosphonates?)	☐ Sí (Yes)	☐ No

ALERGIAS Y REACCIONES
(ALLERGIES AND REACTIONS)

¿Tiene alergia al látex? En caso afirmativo, explique la reacción. (Are you allergic to Latex? If yes, please explain the reaction.)	☐ Sí (Yes)	☐ No
¿Tiene alergia a la anestesia local? En caso afirmativo, explique la reacción. (Are you allergic to local anesthetic? If yes, please explain the reaction.)	☐ Sí (Yes)	☐ No
¿Tiene alergia al óxido nitroso? En caso afirmativo, explique la reacción. (Are you allergic to Nitrous oxide? If yes, please explain the reaction.)	☐ Sí (Yes)	☐ No

Elica Health Centers (EHC) quiere hacer todo lo posible para proteger su información médica privada. Decirnos cómo prefiere que compartamos su información personal se llama Autorización HIPAA. Este formulario nos ayuda a saber qué detalles, si los hubiere, que le gustaría que compartamos con las personas que forman parte de su vida. Los proveedores de salud mental no comunican y no comunicarán con ningún paciente con respeto a su tratamiento o cuidado via correo-electrónico y/o mensaje de texto.

Información del paciente:			
Apellido(s):	Nombre:	Inicial del 2° nombre:	Fecha de nacimiento:
Padre/Madre / Tutor / Representante legal n° 1 (si aplicable):		Padre/Madre / Tutor / Representante legal n° 2 (si aplicable):	

Preferencias de mensajes: Díganos que tipo de mensajes prefiere y lo que podemos compartir. (Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos.)			
	Teléfono	Texto	Email/Portal
Todos los criterios a continuación	☐	☐	☐
Notificaciones de salud (resultados de laboratorio y pruebas, etc.)	☐	☐	☐
Recordatorios de citas	☐	☐	☐
Avisos (como programas nuevos e información comunitaria)	☐	☐	☐
Notificaciones de facturación	☐	☐	☐

Quién: Díganos con quién quiere que compartamos su información. (Cada casilla es para una persona distinta).			
Persona n° 1		Persona n° 2	
Nombre:		Nombre:	
Parentesco:		Parentesco:	
☐ Podemos compartir cualquier información médica suya con esta persona. ☐ Podemos darle acceso al análisis y la nota de la visita de hoy en momento de la visita. ☐ Podemos darle todos los resultados de pruebas.		☐ Podemos compartir cualquier información médica suya con esta persona. ☐ Podemos darle acceso al análisis y la nota de la visita de hoy en momento de la visita. ☐ Podemos darle todos los resultados de pruebas.	
Solamente para el uso de la oficina		Solamente para el uso de la oficina	
Fecha efectiva:	Actualizado por:	Fecha efectiva:	Actualizado por:
Fecha de revocación:	Actualizado por:	Fecha de revocación:	Actualizado por:
Persona n° 3		Persona n° 4	
Nombre:		Nombre:	
Parentesco:		Parentesco:	
☐ Podemos compartir cualquier información médica suya con esta persona. ☐ Podemos darle acceso al análisis y la nota de la visita de hoy en momento de la visita. ☐ Podemos darle todos los resultados de pruebas.		☐ Podemos compartir cualquier información médica suya con esta persona. ☐ Podemos darle acceso al análisis y la nota de la visita de hoy en momento de la visita. ☐ Podemos darle todos los resultados de pruebas.	
Solamente para el uso de la oficina		Solamente para el uso de la oficina	
Fecha efectiva:	Actualizado por:	Fecha efectiva:	Actualizado por:
Fecha de revocación:	Actualizado por:	Fecha de revocación:	Actualizado por:
☐ No quiero que se comparta mi información con NADIE.			

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de la clínica y autorizo a Elica Health Centers a compartir mi información médica a los individuos indicados anteriormente.	
Nombre en letra de imprenta	Parentesco con el paciente del individuo que firma este formulario (por ejemplo, paciente, padre/madre, tutor legal, cuidador)
Firma del paciente/tutor legal	Fecha
Testigo (Miembro del personal de la clínica)	Fecha

PROGRAMA DE DESCUENTOS DE TARIFA VARIABLE

(SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM APPLICATION: SPANISH)

Nombre del paciente: Patient's Name:	MRN:	Fecha (mes/dia/ano): Today's Date (month/day/year)
--	-------------	--

Debe proporcionar prueba de ingresos para cada miembro adulto del hogar. Ejemplo: una copia de la declaración de impuesto más reciente, o 2 talones de cheque recientes, o W2 más recientes, etc. Debe presentar los documentos dentro de 10 días posterior de la fecha de su solicitud.

Nombre	Relacion	Edad	Cantidad de Ingresos	# Horas Trabajadas (por semana)	Frecuencia de pago
	Yo				☐ Salario por hora ☐ Ingresos anuales
					☐ Salario por hora ☐ Ingresos anuales
					☐ Salario por hora ☐ Ingresos anuales
					☐ Salario por hora ☐ Ingresos anuales
					☐ Salario por hora ☐ Ingresos anuales
					☐ Salario por hora ☐ Ingresos anuales
					☐ Salario por hora ☐ Ingresos anuales
					☐ Salario por hora ☐ Ingresos anuales

Tiene otras fuentes de ingresos no mencionadas? En caso de si, proporcione:

(Desempleo, discapacidad/Compensación laboral, seguro social, pensiones, asistencia pública, etc) \$ _____
(mensual)

Numero total de personas en el hogar:

(Incluyase usted/su conyuge, sus hijos y cualquier pariente dependiente sujeto a impuestos que viva con usted.)

Por la presente solicito a Elica Health Centers que determine mi elegibilidad para el programa de tarifas variables en funcion de la informacion que he enviado. Tambien entiendo que si se determina que la información que envío es falsa, sera responsable de todos los gastos del servicio. Al firmar esta solicitud, afirmo que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Elica Health Centers de todos los cambios en la informacion de mi seguro. En caso de no hacerlo, el pago total de todos los servicios sera mi responsabilidad.

Firma del paciente/tutor legal: _____
Signature Guardian Legal/Patient

Fecha: _____
Date:

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

- Household Income verified: ☐ Yes ☐ No (Patient will provide) ☐ No (Self-Declaration Form)
- If "No," date documents due: _____. Date documents provided: _____.
- SFDP Level: ☐ Slide A (< 100%) ☐ Slide B (101 - 124%) ☐ Slide C (125 - 149%)
☐ Slide D (150 - 174%) ☐ Slide E (175 - 200%) ☐ Full Fee (> 200%)
- SFDP Expires: _____

Verified by: _____ Date: _____

Social Care Referral: ☐ Yes ☐ No Date: _____



**FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN DEL
PROGRAMA DE TARIFA VARIABLE
(SLIDING FEE PROGRAM SELF-DECLARATION FORM: SPANISH)**

Nombre del paciente (Patient's Name):	MRN:	Fecha (mes/día/año) (Today's Date):
--	-------------	--

Si no cuentas con apoyo económico o documentación de tus ingresos puedes hacernoslo saber llenando este formulario.

Para autocertificar, seleccione una de las siguientes opciones y firme en la parte inferior.

Certifico que no tengo otra forma de documentar mis ingresos. Esto es porque:

- ☐ Me pagan en efectivo. No recibo cheques de pago/recibos de pago. (*I am paid in cash. I do not get paychecks/pay stubs.*)
- ☐ No puedo proporcionar ninguna prueba de ingresos porque ni yo ni ningún otro miembro de mi hogar tenemos ninguna fuente de ingresos. (*I am unable to provide any proof of income because neither I nor any other member of my household has any source of income.*)

Certifico que no tengo otra forma de documentar mis ingresos. Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información que proporcioné es falsa, se me negará la asistencia financiera y será responsable y se espera que pague por los servicios prestados.

Nombre del paciente/tutor legal (imprimir)
Patient/Legal Guardian Name (Print)

Relación con el paciente del formulario de firma individual (Por ejemplo, paciente, padre, tutor)
(Relationship to Patient of Individual Signing Form)

Firma del paciente/tutor legal
(Patient/Legal Guardian Signature)

Fecha (*Date*)

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

I certify that I asked the applicant/recipient about all the sources of income received by the household and, before using this form, used my best efforts to obtain other possible sources of documentation. The information reported on this form was provided solely by the applicant/recipient and reflects the income the applicant reported to me.

Employee's Signature: _____ Date: _____