

REGISTRO DE PACIENTES PATIENT REGISTRATION (SPANISH)

Fecha de Hoy (mes/día/año) (Today's Date)		Nombre preferido (Preferred Name)	
Nombre (First Name)		Apellido (Last Name)	
Número de Seguro Social (Social Security Number)		Fecha de Nacimiento (mes/día/año) (Date of Birth)	
Dirección de casa (Home Address)			
Ciudad (City)		Estado (State)	Código Postal (Zip Code)
Número de Teléfono (Phone Number)		Número de teléfono alternativo (Alternate Phone Number)	
Correo electrónico (Email Address)			

Datos demográficos de los pacientes (Patient Demographics)

Sexo legal (Legal Sex) ☐ Femenino (Female) ☐ Masculino (Male) ☐ No binario (Nonbinary) ☐ Desconocido (Unknown) ☐ X

Identidad de Género (Gender Identity)

- ☐ Femenino (Female) ☐ Masculino (Male) ☐ No binario /
Género queer (Non-Binary / Genderqueer)
☐ Hombre transgénero/hombre trans/FAM (Trans Man)
☐ Mujer transgénero / Mujer trans / MAF (Trans Woman)
☐ En cuestionamiento (Questioning) ☐ Dos espíritus (Two Spirit)
☐ Otro (Other) ☐ Elija no revelar (Choose Not To Disclose)

Orientación sexual

(Sexual Orientation)

- ☐ Heterosexual (Straight or Heterosexual)
☐ Lesbiana (Lesbian)
☐ Homosexual (Gay)
☐ Bisexual
☐ Asexual
☐ Omnisexual
☐ Pansexual
☐ Queer
☐ Otra (Something Else)
☐ No sabe (Don't Know)
☐ Elija no revelar / Declina no responder (Choose Not to Disclose / Decline)

Sexo del paciente asignado al nacer (Patient's Sex Assigned at Birth)

- ☐ Femenino (Female) ☐ Masculino (Male) ☐ Intersexo (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 tu origen étnico? (What is your ethnicity?)

- ☐ No Hispano o Latino /a (Non-Hispanic or Latino/a) ☐ Mexicano, mexicano-estadounidense o chicano/a (Mexicano / Mexican, Mexican American, or Chicano/a) ☐ Puertorriqueño/a (Puerto Rican) ☐ Cubano/a (Cuban) ☐ No sabe (Don't Know)
☐ Otra origen hispano, latino/a o español (Another Hispanic, Latino/a or Spanish Origin) ☐ Múltiples orígenes hispanos, latinos/as o españoles (Multiple Hispanic, Latino/a or Spanish Origins) ☐ Elige no revelar (Choose Not To Disclose)

Cuál es su origen racial o étnico? (What is your race or biological family background?)

- ☐ Blanco (White) ☐ Negro/a Afroamericano/a (Black or African American) ☐ Nativo/a de Alaska (Alaska Native) ☐ Indio americano/a (American Indian) ☐ Indio asiático/a (Asian Indian) ☐ Chino/a (Chinese) ☐ Filipino/a (Filipino) ☐ Japonés (Japanese)
☐ Coreano/a (Korean) ☐ Vietnamita (Vietnamese) ☐ Otro asiático/a (Other Asian) ☐ Guameño o Chamorro (Guamanian or Chamorro)
☐ Nativo/a de Hawái (Native Hawaiian) ☐ Samoano/a (Samoan) ☐ De otra isla de Pacífico (Other Pacific Islander)
☐ Elige no revelar (Choose Not To Disclose) ☐ No sabe (Don't Know)

Contacto de Emergencia (Emergency Contact)

Nombre (Name)

Número de Teléfono (Phone Number)

Relación con el Paciente (Relationship to Patient)

Empleo (Employment)

Estado de Empleo (Employment Status) ☐ Tiempo Completo (Full time) ☐ Medio Tiempo (Part time) ☐ Desempleado (Unemployed)

Idioma (Language)

¿Necesita intérprete? (Do you need an interpreter?)

- ☐ Sí (Yes) ☐ No

Habla inglés? (Do you speak English?) ☐ Sí (Yes) ☐ No

Mi idioma preferido es (My preferred language is)

Fluidez en inglés (English Fluency)

- ☐ Excelente (Excellent) ☐ Muy Bueno (Very Good) ☐ Bueno (Good) ☐ No Bueno (Not Good) ☐ Nada (Not at All)

Idioma escrito preferido (Preferred Written Language)

Idioma hablado Preferido (Preferred Language Spoken)

Datos Demográficos Adicionales (Additional Demographics)

¿Está experimentando falta de vivienda? (Are you experiencing homelessness?)

☐ Si (Yes) ☐ No (Not Homeless) ☐ Actualmente no (estuve en los últimos 12 meses) (Currently Not Homeless (was in the last 12 months))

Si es así, seleccione una (1) opción a continuación (If Yes, please choose one (1) below)

☐ Vivo en un refugio (refugio para personas sin hogar) (Living in Shelter (Homeless Shelter)) ☐ Vivienda/lugar de transición (Transitional Housing) ☐ Viviendo con otras personas (Living with Others (Doubling Up)) ☐ Calle, campamento, puente (Street, Camp, Bridge)
☐ Refugio para personas sin hogar/desconocido (Homeless Unknown Shelter) ☐ Vivienda de apoyo permanente (Permanent Supportive Housing) ☐ Hotel de ocupación individual (Otro) (Single Occupancy Hotel (Other)) ☐ En riesgo de quedarse sin hogar (At Risk for Homelessness) ☐ En riesgo de quedarse sin hogar (menor) (At Risk for Homelessness (Child)) ☐ En riesgo de quedarse sin hogar (veterano) (At Risk for Homelessness (Veteran))

¿Es usted un trabajador migrante/ temporal? (Are you a migrant / seasonal worker?) ☐ Inmigrante (Migrant) ☐ Temporal (Seasonal)

☐ Ninguno (Neither)

Veterano/ Estado Militar (Veteran / Military Status)

☐ Si (Yes) ☐ No, no soy veterano (o servicio militar) (No, I am not a veteran (or served in the military))

País de origen (opcional) (Country of Origin (optional)) _____

¿Necesita ayuda durante su cita? (Would you like assistance during your appointment?)

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

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

☐ Sí, Asistencia por falta de Movilidad (por favor describa)

(Yes, Mobility Assistance (please describe)) _____

☐ Sí, otro (por favor describa) (Yes, other (please describe)) _____

¿Qué pronombres utiliza? (What pronouns do you use?)

☐ 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 paciente (Patient's Name) ☐ Desconoce (Unknown) ☐ Rechaza responder (Decline to Answer)

Preferencias de comunicación (marque todas las que correspondan) (Communication Preferences (Circle all that apply))

¿Cómo le gustaría que nos comuniquemos con usted para concertar citas? (How would you like to be contacted for Appointments?)

Teléfono
(Phone)

Texto
(Text)

Correo electrónico
(Email)

Correo
(Mail)

Problemas de facturación (Billing Issues)

Teléfono
(Phone)

Texto
(Text)

Correo electrónico
(Email)

Correo
(Mail)

Preguntas/Resultados de atención médica (Healthcare Questions / Results)

Teléfono
(Phone)

Texto
(Text)

Correo electrónico
(Email)

Correo
(Mail)

Mensajes de su proveedor (Messages from Your Provider)

Teléfono
(Phone)

Texto
(Text)

Correo electrónico
(Email)

Correo
(Mail)

Otra comunicación (Other Communication)

Teléfono
(Phone)

Texto
(Text)

Correo electrónico
(Email)

Correo
(Mail)

Información del garante (Persona responsable) (Guarantor Information)

☐ Yo mismo/a (Self)

☐ Para niños: nombre del padre, de la madre or tutor/a (For children: name of parent / legal guardian)

Fecha de nacimiento (día/mes/año) (Day of Birth) _____

Dirección (si es diferente de la dirección del/de la paciente) (Address) (if different from patient's) _____

Ciudad (City) _____ Estado (State) _____ Código Postal (Zip Code) _____

Relación con el/la paciente (Relationship to Patient) _____

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? (What is your household income before taxes?) \$ _____

☐ Por Hora (Hourly) ☐ Mensual (Monthly) ☐ Al año (Annual) ☐ Elige no revelar/responder (Choose Not to Disclose)

Nota: Entiendo que si decido no divulgar los ingresos de mi hogar ni el número de personas que lo componen, rechazo participar en el programa de asistencia financiera de Elica (Tarifas Variables). Si mis circunstancias cambian o si cambio de opinión, puedo pedirle una solicitud a un miembro del personal.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, CONFIRMÓ QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN EL FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE ES VERDADERA Y CORRECTA SEGÚN MI LEAL CONOCIMIENTO. (By signing below, I confirm that the information provided on the Patient Registration Form is true and correct to the best of my knowledge.)

Nombre del Patient (Print Name of Patient)

Relación con el/la paciente del que firma la forma
(por ejemplo: Paciente, Padre/Madre)
(Relationship to Patient of Individual Signing Form)
(for example: patient, parent, guardian)

Firma del Paciente / Padre o Madre
(Patient / Guardian Signature)

Fecha (Date)

Consentimientos y Reconocimientos (Consents and Acknowledgements)

Tratamiento: Acepto recibir tratamiento de los proveedores y el personal de Elica. Entiendo que se creará un expediente médico sobre mí. Puedo obtener una copia de mi expediente firmando el Formulario de Autorización de Expedientes Médicos que proporciona la clínica.

Teleconsulta: Acepto recibir atención por teléfono, telesalud o el portal del paciente cuando sea médicamente necesario y clínicamente apropiado para intercambiar información médica con mis proveedores. Los proveedores de Elica solo pueden tratar legalmente a pacientes ubicados en California. Los servicios de teleconsulta no se pueden proporcionar a ninguna persona que se encuentre actualmente fuera de California por ningún motivo.

Estudiantes / Residentes: Entiendo que Elica participa en la formación de estudiantes de atención médica. Esto significa que los estudiantes o residentes podrán estar presentes durante las visitas que reciba yo, mi hijo/a o la persona de quien soy tutor. Entiendo que, bajo la supervisión de profesionales de la salud con licencia, los estudiantes o residentes podrán ayudar en mi cuidado, el de mi hijo/a o el de la persona de quien soy tutor. Soy consciente de que puedo rechazar su participación en la atención en cualquier momento, sin que esto afecte el acceso a la misma.

Concesión de Beneficios: Por la presente, concedo los derechos y beneficios de mi póliza de seguro a Elica, permitiéndoles presentar reclamaciones/facturaciones directamente y recibir el pago de mi compañía de seguros en mi nombre. Entiendo que soy responsable de pagar cualquier cargo que mi seguro no cubra, incluido el saldo después de aplicar los descuentos.

Fotografías: Acepto que Elica me tome una fotografía a mí, a mi hijo/a o a la persona de quien soy tutor/a, para fines de identificación en el expediente médico. Si me niego a que me tomen esta fotografía, entiendo que se podrá usar mi identificación con foto legal en su lugar.

Elección de farmacia para pacientes: Entiendo que tengo la libertad de elegir mi farmacia. Las recetas se enviarán a la farmacia de mi elección. Si cumplo con los requisitos, podrán derivarme a una farmacia específica para obtener medicamentos gratuitos o con descuento. Si elijo otra farmacia, podría tener que pagar el precio completo.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Acepto haber sido informado o haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Elica. Puedo acceder a una copia en cualquier momento en el sitio web de Elica (www.elicahealth.org).

Intercambio de Información de Salud: Elica forma parte de un sistema de atención médica organizado que incluye participantes en OCHIN. Puede consultar la lista actualizada de participantes de OCHIN en www.ochin.org. Como socio comercial de Elica, 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 buenas prácticas y acceder a los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas de historiales médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a colaborar para mejorar la gestión de las derivaciones de pacientes internas y externas. Entiendo que Elica puede compartir información de salud con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para la operación de la atención médica de la organización.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, CONFIRMO QUE HE LEÍDO LA SECCIÓN DE CONSENTIMIENTO Y ENTIENDO Y ACEPTO SUS TÉRMINOS. (By signing below, I confirm I have read the consent section, and understand and accept its terms.)

Nombre del Patient (Print Name of Patient)

Relación con el/la paciente del que firma la forma
(por ejemplo: Paciente, Padre o Madre)
(Relationship to Patient of Individual Signing Form)
(for example: patient, parent, guardian)

Firma del Paciente / Padre o Madre
(Patient / Guardian Signature)

Fecha (Date)

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) - HIPAA

Elica Health Centers se compromete a proteger su información de salud. Este formulario de divulgación/no divulgación de la HIPAA le permite añadir, actualizar o cambiar la forma en que se comparte su información médica protegida. Este formulario nos ayuda a comprender cualquier instrucción nueva que tenga sobre qué detalles, si los hubiera, desea que compartamos con las personas en su vida. Los proveedores de Elica solo se comunicarán con los pacientes sobre su tratamiento o atención en persona, por teléfono o a través del portal del paciente

Información del Paciente			
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de Nacimiento:

Preferencias de Comunicación: Tipo de comunicación que prefiere y qué información podemos compartir (aplicable a tarifas de datos)					
	Correo	Teléfono	Texto	Correo Electrónico	Portal
Tareas			☐	☐	
Noticias y Anuncios	☐	☐	☐	☐	☐
Cuestionarios				☐	
Gestión de Cuentas			☐	☐	
Telemedicina				☐	
Citas	☐	☐	☐	☐	☐
Facturas	☐		☐	☐	
Salud	☐	☐	☐	☐	☐
Mensajes	☐	☐	☐	☐	☐
Otras Comunicaciones	☐	☐	☐	☐	☐

Quién: Indíquenos con quién desea que compartamos o divulguemos información. Cada casilla es para una persona diferente.

Persona #1 Nombre y Apellido: _____ Relacion: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Hija ☐ Hijo ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Tía ☐ Tío ☐ Esposa ☐ Esposo ☐ Pareja ☐ Guardián ☐ Otro: _____ ☐ Podemos decirle a esta persona toda y cualquier información médica sobre usted. O ☐ Podemos entregarle a esta persona las notas del historial clínico de hoy en el momento de la visita. ☐ Podemos darle a esta persona todos los resultados de sus pruebas.	Persona #2 Nombre y Apellido: _____ Relacion: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Hija ☐ Hijo ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Tía ☐ Tío ☐ Esposa ☐ Esposo ☐ Pareja ☐ Guardián ☐ Otro: _____ ☐ Podemos decirle a esta persona toda y cualquier información médica sobre usted. O ☐ Podemos entregarle a esta persona las notas del historial clínico de hoy en el momento de la visita. ☐ Podemos darle a esta persona todos los resultados de sus pruebas.
Persona #3 Nombre y Apellido: _____ Relacion: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Hija ☐ Hijo ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Tía ☐ Tío ☐ Esposa ☐ Esposo ☐ Pareja ☐ Guardián ☐ Otro: _____ ☐ Podemos decirle a esta persona toda y cualquier información médica sobre usted. O ☐ Podemos entregarle a esta persona las notas del historial clínico de hoy en el momento de la visita. ☐ Podemos darle a esta persona todos los resultados de sus pruebas.	Persona #4 Nombre y Apellido: _____ Relacion: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Hija ☐ Hijo ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Tía ☐ Tío ☐ Esposa ☐ Esposo ☐ Pareja ☐ Guardián ☐ Otro: _____ ☐ Podemos decirle a esta persona toda y cualquier información médica sobre usted. O ☐ Podemos entregarle a esta persona las notas del historial clínico de hoy en el momento de la visita. ☐ Podemos darle a esta persona todos los resultados de sus pruebas.

☐ No quiero que NADA se diga ni se comparta con NADIE

Al firmar este formulario de divulgación/no divulgación de HIPAA, autorizo a Elica Health Centers a actualizar y compartir mi información de salud de acuerdo con los cambios que he indicado anteriormente. Esta autorización reemplaza cualquier autorización previa que haya otorgado para compartir mi información de salud protegida y se aplica únicamente a la información y a las personas indicadas en este formulario. Esta autorización vencerá un (1) año a partir de la fecha de firma o al producirse (describa el evento de terminación): _____.

Nombre y Apellido del Paciente (en letra de molde) (Print First and Last Name)	Relación con el Paciente (p. ej., el propio paciente, padre, tutor) (Relationship to Patient)
Firma del Paciente / Guardián (Signature of Patient / Guardián)	Fecha (Date)

OFFICE USE ONLY

Effective Date: _____ Updated By: _____

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 (Anaphylaxis) ☐ Urticaria (Hives) ☐ Sarpullido (Rash) ☐ Hinchazón (Swelling) ☐ Náuseas/vómitos (Nausea/vomiting) ☐ Other: _____ (Other)	☐ Baja (Low) ☐ Media (Medium) ☐ Alta (High)
	☐ Anafilaxis (Anaphylaxis) ☐ Urticaria (Hives) ☐ Sarpullido (Rash) ☐ Hinchazón (Swelling) ☐ Náuseas/vómitos (Nausea/vomiting) ☐ Other: _____ (Other)	☐ Baja (Low) ☐ Media (Medium) ☐ Alta (High)
	☐ Anafilaxis (Anaphylaxis) ☐ Urticaria (Hives) ☐ Sarpullido (Rash) ☐ Hinchazón (Swelling) ☐ Náuseas/vómitos (Nausea/vomiting) ☐ Other: _____ (Other)	☐ Baja (Low) ☐ Media (Medium) ☐ Alta (High)
HISTORIAL MÉDICO (Marque todas las enfermedades y afecciones médicas aplica) (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? ☐ Nicotina (If yes, what substance? (Nicotine))	
☐ THC	
☐ CBD	
☐ Con sabor (Flavoring)	
☐ Otro: _____ (Other)	
¿Fuma cualquier producto derivado del tabaco? (cigarros, 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 produzca humo? (masticable, rapé, soluble, etc.) (Do you use any smokeless tobacco?(chew, snuff, dissolvables, ect))	
☐ Nunca lo ha utilizado (Never used)	☐ Usuario anterior, fecha en que cesó el consumo: _____ (Former 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)

¿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)
¿Qué medicamentos usa? ☐ Vapeo (Which drugs do you use?) (Vaping)	☐ Marihuana (Marijuana)	☐ Opioides (fentanilo, codeína, oxicodona, Norco, etc.) (Opioids (Fentanyl, Codeine, Oxy, Norco, etc))	
☐ Heroína (Heroin)	☐ Metanfetaminas (Methamphetamine)	☐ Anfetaminas (Adderall) (Amphetamines (Adderall))	☐ PCP
		☐ Éxtasis (MDMA, Molly) (Ecstasy)	
☐ LSD (ácido) (LSD (Acid))	☐ Ketamina (Ketamine)	☐ Mescalina (peyote) (Mescaline (Peyote))	☐ Psilocibina (hongos mágicos, shrooms) (Psilocybin (Magic Mushroom s, Shrooms))

☐ Cocaína ☐ Crack ☐ Óxido Nitroso ☐ Inhalación de solventes ("poppers", etc.)
(Cocaine) (Nitrous Oxide) (Solvent Inhalants (Poppers, etc))

☐ Barbitúricos ☐ Benzodiazepinas (Xanax, Ativan, Klonopin)
(Barbiturates) (Benzodiazepines (Xanax, Ativan, Klonopin))

☐ Uso intravenoso (se necesita una aguja para inyectar las drogas) ☐ Otro: _____
(IV use (Needle to inject drugs)) (Other)

ACTIVIDAD SEXUAL (SEXUAL ACTIVITY)

Sexualmente activo(a): ☐ Sí ☐ Actualmente no ☐ Nunca
(Sexually active) (Yes) (Not Currently) (Never)

Anticonceptivos/protección: ☐ Abstinencia ☐ Capuchón cervical ☐ Condón ☐ Diafragma
(Birth Control / Protection) (Abstinence) (Cervical Cap) (Condom) (Diaphragm)

☐ Método de conocimiento de la Fertilidad ☐ Parche hormonal ☐ Implante ☐ Inyección ☐ Implantado ☐ DIU
(Fertility Awareness Method) (Hormonal Patch) (Implant) (Injection) (Inserts) (IUD)

☐ Sistema intrauterino ☐ Menopausia ☐ Pastilla anticonceptiva ☐ Ritmo ☐ Espermicida ☐ Esponja
(IUS) (Menopause) (Pill) (Rhythm) (Spermicide) (Sponge)

☐ Quirúrgico ☐ Anillo vaginal ☐ Vasectomía ☐ Coito interrumpido ☐ Ninguno
(Surgical) (Vaginal Ring) (Vasectomy) (Withdrawal) (None)

Parejas: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero femenino/de hombre a mujer
(Partners) (Male) (Female) (Transgender Female/Male-to-Female)

☐ Transgénero masculino/de mujer a hombre ☐ No binario/queer ☐ En proceso de cuestionamiento
(Transgender Male / Female-to-Male) (Non-binary / genderqueer) (Questioning)

☐ Otro ☐ Prefiere no divulgar esta información
(Other) (Choose not to disclose)

Comentarios: _____
(Comments)

HISTORIAL DE EMBARAZOS (OBSTÉTRICO) (PREGNANCY HISTORY)

¿Alguna vez ha estado embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A
(Have you ever been pregnant?) (Yes)

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) _____ (Termimo)
(How many babies were full term? (37 weeks or more))

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

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

- ¿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 [*Pasar a las preguntas 9-10*]
(Never [Skip to Qs 9-10])
- (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)

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 [*Pasar a las preguntas 9-10*]
(Never [Skip to Qs 9-10])
- (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)

3. ¿Con qué frecuencia se toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión?(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

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)

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)

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)

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)	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)
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)	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 últimas dos semanas, ¿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 ocupará 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 últimas dos semanas, ¿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 (Recent close or prolonged contact with someone with infectious TB disease)	☐ 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 -o 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 if 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 trancos, 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)

¿Qué tan difícil es para usted pagar por los servicios básicos como alimentación, vivienda, calefacción, atención médica y medicamentos?
(How hard is it for you to pay for the very basics like food, housing, heating, medical care, and medications?)

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

¿Cuál es su situación de vida actual?
(What is your living situation today?)

☐ 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)

En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le impidió acudir a citas médicas, reunirse, trabajar o conseguir las cosas necesarias para la vida diaria?
(In the past 12 months, has lack of transportation kept you from medical appointments, meeting, work or from getting things needed for daily living?)

☐ 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)

¿Con qué frecuencia ve o conversa con personas que le importan y a las que siente cercanas? (Por ejemplo: hablar por teléfono con los amigos, visitar a amigos o familiares, ir a las reuniones en la iglesia o en el club)
(How often do you see or talk to people that you care about and feel close to? (For example: talking to friends in the phone, visiting friends or family, going to church or club meetings))

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

¿Siente estos tipos de estrés en esos días? ☐Para nada ☐Un poco ☐Algo ☐Bastante ☐Mucho ☐No desea responder
(Do you feel these kinds of stress these days?) (Not at all) (A little bit) (Somewhat) (Quite a bit) (Very much) (Decline)

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

¿Desea ayuda con alguna de las situaciones anteriores? ☐Sí ☐No
(Would you like assistance with any of the above items?) (Yes) (No)

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

¿Con qué necesita ayuda?
(What do you want help with?)

☐Alfabetización en salud ☐Educación ☐Dificultades económicas ☐Vivienda ☐Alimentación ☐Transporte
(Health Literacy) (Education) (Financial Strain) (Housing) (Food) (Transportation)

☐Servicios públicos ☐Actividades físicas ☐Estrés ☐Aislamiento ☐Relaciones ☐Empleo
(Utilities) (Physical Activities) (Stress) (Isolation) (Relationship) (Employment)

MEDICAMENTOS(Incluya todos los medicamentos actuales: medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas e inhaladores, así como la dosis)
(MEDICATION (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)
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
(ARE YOU CURRENTLY UNDER THE CARE OF ANY OTHER PHYSICIANS OR SPECIALISTS?) (LIST ALL BELOW)
Medical Assistant: Complete a medical record release form for all medical providers listed below and add to Care Team in Epic

Nombre del médico o del consultorio (Physician/Practice Name)	Especialidad (Specialty)	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

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

Relación que la persona que firma el formulario
tiene con el paciente (por ejemplo: paciente, padre, madre, tutor)
Relationship to patient of Individual Signing Form (example: patient,
parent, guardian)

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

Fecha
(Date)

PROVIDER USE ONLY	
Reviewed with Patient / Guardian (Circle): YES / NO	
By: _____ (Print Provider Name)	Provider Signature: _____

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

☐ **Rechazó participar en el programa de tarifas variables** Iniciales y Fecha _____

Debe presentar pruebas 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 W-2 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 ☐ Salario mensual ☐ Ingresos anuales
					☐ Salario por hora ☐ Salario mensual ☐ Ingresos anuales
					☐ Salario por hora ☐ Salario mensual ☐ Ingresos anuales
					☐ Salario por hora ☐ Salario mensual ☐ Ingresos anuales
					☐ Salario por hora ☐ Salario mensual ☐ Ingresos anuales
					☐ Salario por hora ☐ Salario mensual ☐ Ingresos anuales
					☐ Salario por hora ☐ Salario mensual ☐ 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)

Número total de personas en el hogar: (Incluyase usted/su cónyuge, 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 función de la información que he presentado. También entiendo que si se determina que la información que envío es falsa, será 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 información de mi seguro. En caso de no hacerlo, el pago total de todos los servicios será mi responsabilidad.

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

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)	
1. Household Income verified: ☐ Yes ☐ No (Patient will provide) ☐ No (Self-Declaration Form)	
2. If "No," Date documents due: _____ Date documents provided: _____	
3. SFDP Level: ☐ Slide A (≤ 100%) ☐ Slide B (>100 - 125%) ☐ Slide C (>125 - 150%) ☐ Slide D (>150 - 175%) ☐ Slide E (>175 - 200%) ☐ Full Fee (> 200%)	
4. SFDP Expires: _____	
Verified by: _____ Date: _____	
Social Care Referral: ☐ Yes ☐ No Date: _____	