

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) <input type="checkbox"/> Femenino (Female) <input type="checkbox"/> Masculino (Male) <input type="checkbox"/> No binario (Nonbinary) <input type="checkbox"/> Desconocido (Unknown) <input type="checkbox"/> X			
Identidad de Género (Gender Identity) <input type="checkbox"/> Femenino (Female) <input type="checkbox"/> Masculino (Male) <input type="checkbox"/> No binario / Género queer (Non-Binary / Genderqueer) <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/hombre trans/FAM (Trans Man) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero / Mujer trans / MAF (Trans Woman) <input type="checkbox"/> En cuestionamiento (Questioning) <input type="checkbox"/> Dos espíritus (Two Spirit) <input type="checkbox"/> Otro (Other) <input type="checkbox"/> Elija no revelar (Choose Not To Disclose)		Orientación sexual (Sexual Orientation) <input type="checkbox"/> Heterosexual (Straight or Heterosexual) <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Lesbiana (Lesbian) <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Homosexual (Gay) <input type="checkbox"/> Otra (Something Else) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sabe (Don't Know) <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Elija no revelar / Declina no responder (Choose Not to Disclose / Decline) <input type="checkbox"/> Omnisexual	
Sexo del paciente asignado al nacer (Patient's Sex Assigned at Birth) <input type="checkbox"/> Femenino (Female) <input type="checkbox"/> Masculino (Male) <input type="checkbox"/> Intersexo (Intersex) <input type="checkbox"/> Desconocido (Unknown) <input type="checkbox"/> No registrado en el certificado de nacimiento (Not Recorded on Birth Certificate) <input type="checkbox"/> Prefiere no decir (Choose Not To Disclose)			
Estado Civil (Marital Status) <input type="checkbox"/> Soltero/a (Single) <input type="checkbox"/> En pareja (Partnered) <input type="checkbox"/> Casado/a (Married) <input type="checkbox"/> Divorciado/a (Divorced) <input type="checkbox"/> Separado/a (Separated) <input type="checkbox"/> Viudo/a (Widowed)			
¿Cuál es tu origen étnico? (What is your ethnicity?) <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino /a (Non-Hispanic or Latino/a) <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano-estadounidense o chicano/a (Mexicano / Mexican, Mexican American, or Chicano/a) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a (Puerto Rican) <input type="checkbox"/> Cubano/a (Cuban) <input type="checkbox"/> No sabe (Don't Know) <input type="checkbox"/> Otra origen hispano, latino/a o español (Another Hispanic, Latino/a or Spanish Origin) <input type="checkbox"/> Múltiples orígenes hispanos, latinos/as o españoles (Multiple Hispanic, Latino/a or Spanish Origins) <input type="checkbox"/> Elige no revelar (Choose Not To Disclose)			
Cuál es su origen racial o étnico? (What is your race or biological family background?) <input type="checkbox"/> Blanco (White) <input type="checkbox"/> Negro/a Afroamericano/a (Black or African American) <input type="checkbox"/> Nativo/a de Alaska (Alaska Native) <input type="checkbox"/> Indio americano/a (American Indian) <input type="checkbox"/> Indio asiático/a (Asian Indian) <input type="checkbox"/> Chino/a (Chinese) <input type="checkbox"/> Filipino/a (Filipino) <input type="checkbox"/> Japonés (Japanese) <input type="checkbox"/> Coreano/a (Korean) <input type="checkbox"/> Vietnamita (Vietnamese) <input type="checkbox"/> Otro asiático/a (Other Asian) <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro (Guamanian or Chamorro) <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái (Native Hawaiian) <input type="checkbox"/> Samoano/a (Samoan) <input type="checkbox"/> De otra isla de Pacífico (Other Pacific Islander) <input type="checkbox"/> Elige no revelar (Choose Not To Disclose) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (Full time) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo (Part time) <input type="checkbox"/> Desempleado (Unemployed)	
Idioma (Language)	
¿Necesita intérprete? (Do you need an interpreter?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Habla inglés? (Do you speak English?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No Mi idioma preferido es (My preferred language is) _____
Fluidez en inglés (English Fluency) <input type="checkbox"/> Excelente (Excellent) <input type="checkbox"/> Muy Bueno (Very Good) <input type="checkbox"/> Bueno (Good) <input type="checkbox"/> No Bueno (Not Good) <input type="checkbox"/> 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?)

Sí (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)

Sí (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)

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:
Padre/Tutor/Custodio legal número 1 (si corresponde):		Padre/Tutor/Custodio legal número 2 (si corresponde):	

Preferencias de mensajes: Indíquenos el tipo de mensajes que prefiere y qué podemos compartir. (Pueden aplicarse tarifas de mensajería y datos)			
	Teléfono	Texto	Email/Portal
Todo lo siguiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificaciones de salud (como resultados de análisis o pruebas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recordatorios de citas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anuncios (como nuevos programas o información de la comunidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificaciones de facturación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quién: Indíquenos con quién desea que compartamos o divulguemos información. Cada casilla es para una persona diferente.	
Persona #1	Persona #2
Nombre: Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro _____	Nombre: Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Podemos decirle a esta persona toda y cualquier información médica sobre usted.	<input type="checkbox"/> Podemos decirle a esta persona toda y cualquier información médica sobre usted.
○	○
<input type="checkbox"/> Podemos entregarle a esta persona las notas del historial clínico de hoy en el momento de la visita. <input type="checkbox"/> Podemos darle a esta persona todos los resultados de sus pruebas.	<input type="checkbox"/> Podemos entregarle a esta persona las notas del historial clínico de hoy en el momento de la visita. <input type="checkbox"/> Podemos darle a esta persona todos los resultados de sus pruebas.
Persona #3	Persona #4
Nombre: Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro _____	Nombre: Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Podemos decirle a esta persona toda y cualquier información médica sobre usted.	<input type="checkbox"/> Podemos decirle a esta persona toda y cualquier información médica sobre usted.
○	○
<input type="checkbox"/> Podemos entregarle a esta persona las notas del historial clínico de hoy en el momento de la visita. <input type="checkbox"/> Podemos darle a esta persona todos los resultados de sus pruebas.	<input type="checkbox"/> Podemos entregarle a esta persona las notas del historial clínico de hoy en el momento de la visita. <input type="checkbox"/> Podemos darle a esta persona todos los resultados de sus pruebas.

<input type="checkbox"/> No quiero que NADA se diga ni se comparta con NADIE	
<p>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.</p> <p>Esta autorización para compartir su información de salud privada vencerá un (1) año a partir de la fecha de firma de este formulario de divulgación/no divulgación de HIPAA o cuando ocurra (describa el evento de terminación):</p> <p>_____</p>	
Firma del Paciente/Guardián (Signature of Patient / Guardian) _____	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)
	<input type="checkbox"/> Anafilaxis (Anaphylaxis) <input type="checkbox"/> Urticaria (Hives) <input type="checkbox"/> Sarpullido (Rash) <input type="checkbox"/> Hinchazón (Swelling) <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos (Nausea/ vomiting) <input type="checkbox"/> Otros: _____ (Other)	<input type="checkbox"/> Baja (Low) <input type="checkbox"/> Media (Medium) <input type="checkbox"/> Alta (High)
	<input type="checkbox"/> Anafilaxis (Anaphylaxis) <input type="checkbox"/> Urticaria (Hives) <input type="checkbox"/> Sarpullido (Rash) <input type="checkbox"/> Hinchazón (Swelling) <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos (Nausea/ vomiting) <input type="checkbox"/> Otros: _____ (Other)	<input type="checkbox"/> Baja (Low) <input type="checkbox"/> Media (Medium) <input type="checkbox"/> Alta (High)
	<input type="checkbox"/> Anafilaxis (Anaphylaxis) <input type="checkbox"/> Urticaria (Hives) <input type="checkbox"/> Sarpullido (Rash) <input type="checkbox"/> Hinchazón (Swelling) <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos (Nausea/ vomiting) <input type="checkbox"/> Otros: _____ (Other)	<input type="checkbox"/> Baja (Low) <input type="checkbox"/> Media (Medium) <input type="checkbox"/> Alta (High)

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

Sin historial medico
 (No Past Medical History)

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

HISTORIAL QUIRÚRGICO
(SURGICAL HISTORY)

Sin historial quirúrgico
 (No Past Surgical History)

<input type="checkbox"/> Apendicectomía (Appendectomy)	<input type="checkbox"/> Cirugía estética (Cosmetic surgery)	<input type="checkbox"/> Cirugía del intestino Delgado (Small intestine surgery)
<input type="checkbox"/> Cirugía cerebral (Brain surgery)	<input type="checkbox"/> Cirugía oftalmológica (Eye surgery)	<input type="checkbox"/> Cirugía de columna vertebral (Spine surgery)
<input type="checkbox"/> Cirugía de senos (Breast surgery)	<input type="checkbox"/> Cirugía por fractura (Fracture surgery)	<input type="checkbox"/> Extracción del tercer molar (Third Molar Extraction)
<input type="checkbox"/> Bypass coronario (CABG)	<input type="checkbox"/> Reparación de hernias (Hernia repair)	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía (Tonsillectomy)
<input type="checkbox"/> Colectomía (Cholecystectomy)	<input type="checkbox"/> Reemplazo articular (Joint replacement)	<input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula (Valve replacement)
<input type="checkbox"/> Cirugía del colon (Colon surgery)	<input type="checkbox"/> Cirugía de próstata (Prostate surgery)	<input type="checkbox"/> Vasectomía (Vasectomy)
<input type="checkbox"/> 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 cardiaco (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: _____ (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)**

¿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?)

<input type="checkbox"/> Heroína (Heroin)	<input type="checkbox"/> Vapeo (Vaping)	<input type="checkbox"/> Marihuana (Marijuana)	<input type="checkbox"/> Opioides (fentanilo, codeína, oxicodona, Norco, etc.) (Opioids (Fentanyl, Codeine, Oxy, Norco, etc.))
<input type="checkbox"/> LSD (ácido) (LSD (Acid))	<input type="checkbox"/> Metanfetaminas (Methamphetamine)	<input type="checkbox"/> Anfetaminas (Adderall) (Amphetamines (Adderall))	<input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Éxtasis (MDMA, Molly) (Ecstasy)
<input type="checkbox"/> Cocaína (Cocaine)	<input type="checkbox"/> Ketamina (Ketamine)	<input type="checkbox"/> Mescalina (peyote) (Mescaline (Peyote))	<input type="checkbox"/> Psilocibina (hongos mágicos, shrooms) (Psilocybin (Magic Mushrooms, Shrooms))
<input type="checkbox"/> Barbitúricos (Barbiturates)	<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Óxido nitroso (Nitrous Oxide)	<input type="checkbox"/> Inhalación de solventes ("poppers", etc.) (Solvent Inhalants (Poppers, etc.))
<input type="checkbox"/> Uso intravenoso (se necesita una aguja para inyectar las drogas) (IV use (Needle to inject drugs))	<input type="checkbox"/> Benzodiazepinas (Xanax, Ativan, Klonopin) (Benzodiazepines (Xanax, Ativan, Klonopin))		<input type="checkbox"/> Otro: _____ (Other)

**ACTIVIDAD SEXUAL
(SEXUAL ACTIVITY)**

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

Anticonceptivos/protección: 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: 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? Sí (Yes) No N/A
(Have you ever been pregnant?)

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)**

<p>1. ¿Con qué frecuencia consume una bebida que contenga alcohol? (How often do you have a drink containing alcohol?)</p> <p>(0) Nunca [<i>Pasar a las preguntas 9-10</i>] (Never [<i>Skip to Qs 9-10</i>])</p> <p>(1) Mensualmente o menos (Monthly or less)</p> <p>(2) 2 a 4 veces al mes (2 to 4 times a month)</p> <p>(3) 2 a 3 veces por semana (2 to 3 times a week)</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana (4 or more times a week)</p>	<p>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?)</p> <p>(0) Nunca (Never)</p> <p>(1) No todos los meses (Less than Monthly)</p> <p>(2) Mensualmente (Monthly)</p> <p>(3) Semanalmente (Weekly)</p> <p>(4) A diario o casi a diario (Daily or almost daily)</p>
<p>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?)</p> <p>(0) Nunca [<i>Pasar a las preguntas 9-10</i>] (Never [<i>Skip to Qs 9-10</i>])</p> <p>(1) Mensualmente o menos (Monthly or less)</p> <p>(2) 2 a 4 veces al mes (2 to 4 times a month)</p> <p>(3) 2 a 3 veces por semana (2 to 3 times a week)</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana (4 or more times a week)</p>	<p>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?)</p> <p>(0) Nunca (Never)</p> <p>(1) No todos los meses (Less than Monthly)</p> <p>(2) Mensualmente (Monthly)</p> <p>(3) Semanalmente (Weekly)</p> <p>(4) A diario o casi a diario (Daily or almost daily)</p>
<p>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?)</p> <p>(0) Nunca (Never)</p> <p>(1) Menos de mensual (Less than monthly)</p> <p>(2) Mensualmente (Monthly)</p> <p>(3) Semanalmente (Weekly)</p> <p>(4) Todos los días o casi todos los días (Daily or almost daily)</p> <p>Saltar a la pregunta 9 o 10 si el total para las preguntas 2 y 3 es 0</p>	<p>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?)</p> <p>(0) Nunca (Never)</p> <p>(1) No todos los meses (Less than Monthly)</p> <p>(2) Mensualmente (Monthly)</p> <p>(3) Semanalmente (Weekly)</p> <p>(4) A diario o casi a diario (Daily or almost daily)</p>

<p>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?)</p> <p>(0) Nunca (Never)</p> <p>(1) No todos los meses (Less than Monthly)</p> <p>(2) Mensualmente (Monthly)</p> <p>(3) Semanalmente (Weekly)</p> <p>(4) A diario o casi a diario (Daily or almost daily)</p>	<p>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?)</p> <p>(0) No</p> <p>(1) Sí, pero no durante el último año (Yes, but not in the last year)</p> <p>(2) Sí, pero durante el último año (Yes, but during the last year)</p>
<p>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?)</p> <p>(0) Nunca (Never)</p> <p>(1) No todos los meses (Less than Monthly)</p> <p>(2) Mensualmente (Monthly)</p> <p>(3) Semanalmente (Weekly)</p> <p>(4) A diario o casi a diario (Daily or almost daily)</p>	<p>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?)</p> <p>(0) No</p> <p>(1) Sí, pero no durante el último año (Yes, but not in the last year)</p> <p>(2) Sí, pero durante el último año (Yes, but during the last year)</p>

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.)

<p>1. ¿Ha consumido medicamentos que no sean necesarios por razones médicas? (Have you used drugs other than those required for medical reasons?)</p>	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
<p>2. ¿Abusa de más de un medicamento al mismo tiempo? (Do you abuse more than one drug at the time?)</p>	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
<p>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."))</p>	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
<p>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?)</p>	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
<p>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.")</p>	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
<p>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?)</p>	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
<p>7. ¿Ha descuidado a su familia debido al uso de drogas? (Have you neglected your family because of your use of drugs?)</p>	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
<p>8. ¿Ha participado en actividades ilegales con el fin de conseguir drogas? (Have you engaged in illegal activities in order to obtain drugs?)</p>	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
<p>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?)</p>	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No

<p>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.)?)</p>	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------------	-----------------------------

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

<p>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?)</p>	<p>Para nada (Not at all)</p>	<p>Varios días (Several Days)</p>	<p>Más de la mitad de los días (More than half the days)</p>	<p>Casi todos los días (Nearly every day)</p>
<p>Poco interés o placer en hacer cosas. (Little interest or pleasure in doing things)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Sentirse triste, deprimido o desesperanzado. (Feeling down, depressed, or hopeless)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido, o dormir demasiado. (Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Sensación de cansancio o de poca energía. (Feeling tired or having little energy)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Poco apetito o comer en exceso. (Poor appetite or overeating)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>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)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver televisión. (Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>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)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>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)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>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?)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<p>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?)</p>	<p>Para nada (Not at all)</p>	<p>Varios días (Several Days)</p>	<p>Más de la mitad de los días (More than half the days)</p>	<p>Casi todos los días (Nearly every day)</p>
This row is empty as per the image				

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	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> 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))	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
Radiografías de tórax con cambios por fibrosis que indiquen tuberculosis inactiva o pasada (Chest radiographs with fibrotic changes suggesting inactive or past TB)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
Infección por VIH (HIV infection)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
Receptor de trasplante de órganos (Organ transplant recipient)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
Usuario de drogas inyectables (Injection drug user)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> 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))	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> 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))	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No

Signos/síntomas de tuberculosis (Signs/Symptoms of TB)	<input type="checkbox"/> Tos persistente (Cough lasting)	<input type="checkbox"/> Fiebre persistente (Persistent fever)	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicable (Unexplained weight loss)
<input type="checkbox"/> Pérdida del apetito (Loss of appetite)	<input type="checkbox"/> Sudores persistentes (Persistent Sweats)	<input type="checkbox"/> Fatiga crónica (Chronic fatigue)	<input type="checkbox"/> Escalofríos (Chills)
<input type="checkbox"/> Tos con sangre (Coughing up blood)	<input type="checkbox"/> Falta de aire (Shortness of breath)	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho (Chest pain)	<input type="checkbox"/> 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?)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca asistió a la escuela o solo asistió al preescolar
(Never attended school or only attended kindergarten) | <input type="checkbox"/> Del 1.º al 8.º grado (Escuela elemental)
(Grades 1 through 8 (Elementary)) | <input type="checkbox"/> 9.º al 11.º grado (Escuela superior trunca)
(Grades 9 through 11 (Some high school)) |
| <input type="checkbox"/> 12.º o GED (graduado de la escuela superior, diploma o acreditación equivalente)
(Grade 12 or GED (High school graduate, diploma, or alternative credential)) | | |
| <input type="checkbox"/> 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)) | | |
| <input type="checkbox"/> 4 años o más de universidad (Graduado universitario)
(College 4 years or more (College Graduate)) | <input type="checkbox"/> 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 (Not hard at all) Algo difícil (Somewhat hard) Muy difícil (Very hard) No desea responder (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 (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)

¿Siente estos tipos de estrés en esos días?
Do you feel these kinds of stress these days?

- Para nada (Not at all) Un poco (A little bit) Algo (Somewhat) Bastante (Quite a bit) Mucho (Very much) No desea responder (Decline)

¿Cuenta con un empleo en la actualidad?
(Are you currently employed?)

- Sí (Yes) No No desea responder (Decline)

¿Desea ayuda con alguna de las situaciones anteriores?
(Would you like assistance with any of the above items?)

- Sí (Yes) No

Tipo de asistencia:
(Type of assistance)

- Información por escrito (Written information) Comuníquese conmigo (Contact me)

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

- 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)

MEDICAMENTOS (MEDICATION)

(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?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> 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?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Ha tomado bifosfonatos? (Have you taken bisphosphonates?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> 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.)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> 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.)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene alergia al óxido nitroso? En caso afirmativo, explique la reacción. (Are you allergic to Nitrous oxide? If yes, please explain the reaction.)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No

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



**PROGRAMA DE DESCUENTOS DE TARIFA VARIABLE
(SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM APPLICATION: SPANISH)**

Nombre del paciente: (Patient's Name)	MRN:	Fecha (mes/dia/año): 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				<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> 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 envio 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: _____ **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 (101 - 124%) Slide C (125 - 149%)
 Slide D (150 - 174%) Slide E (175 - 200%) Full Fee (> 200%)

4. SFDP Expires: _____

Verified by: _____ Date: _____

Social Care Referral: Yes No Date: _____