

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 (Samoa) ☐ 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 una) (Communication Preferences (Circle One))

¿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)

Autorización HIPAA (HIPAA Authorization)

En Elica Health Centers (Elica) queremos hacer todo lo posible para proteger su información médica privada. Informar a Elica cómo desea compartir la información se conoce como Autorización HIPAA. Esto nos ayuda a saber qué detalles, si corresponde, desea que compartamos con sus seres queridos. Los proveedores de Elica no se comunican con los pacientes sobre su tratamiento o atención por correo electrónico ni mensaje de texto.

Díganos con quién le gustaría que compartamos o divulguemos información
(Tell us who you would like us to share or release information with)

Nombre (Name):

Relación (Relationship):

☐ Podemos decirle a esta persona toda y cualquier información médica sobre usted.
(We can tell this person any and all of your medical information.)

O

☐ Podemos entregarle a esta persona las notas del historial clínico de hoy en el momento de la visita.
(We can give this person today's chart notes at the time of the visit.)

☐ Podemos darle a esta persona todos los resultados de sus pruebas.
(We can give this person all of your test results.)

☐ No quiero que NADA se diga o se comparta con NADIE. (I do not want ANYTHING told or shared with ANYONE.)

Esta autorización para compartir su información médica privada expirará 1 año a partir de la fecha de firma de este formulario o en (describa el evento/fecha de terminación). (This authorization to share your private health information will expire 1 year from the date of signing this form or upon (describe terminating event))

Office Use Only

Effective Date:

Updated By:

Revoke Date:

Updated By:

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.

Seguro (Insurance)

Medicare numero/usuario ID (Medicare Member ID Number) _____ Fecha de vigencia (Effective Date) _____

Medicaid numero/usuario ID (Medicaid Member ID Number) _____ Fecha de vigencia (Effective Date) _____

1. Entregue a la recepcionista su tarjeta de la seguridad y su identificación para escanearla en su historial.
2. Entregue la solicitud del programa de tarifa variable y un comprobante de ingresos para determinar su elegibilidad (si paga por cuenta propia).

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)

HISTORIAL MÉDICO PEDIÁTRICO PARA PACIENTES DE 0 A 12 AÑOS (PEDIATRIC HEALTH HISTORY AGES 0-12)

Nombre del paciente (Patient Name)	Número de registro médico: (MRN)	Fecha de hoy (mes/día/año) (Today's Date (month/day/year))
Fecha de nacimiento (mes/día/año) Date of Birth (month/day/year)		

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

Alergia a: (Allergic to:)	Reacción: (Allergic to)	Gravedad de la reacción: (Severity of Reaction)
	☐ Anafilaxis (Anaphylaxis) ☐ Urticaria (Hives) ☐ Sarpullido (Rash) ☐ Hinchazón (Swelling) ☐ Náuseas/vómitos (Nausea/ vomiting) ☐ Otros: _____ (Other)	☐ Baja (Low) ☐ Media (Medium) ☐ Alta (High)
	☐ Anafilaxis (Anaphylaxis) ☐ Urticaria (Hives) ☐ Sarpullido (Rash) ☐ Hinchazón (Swelling) ☐ Náuseas/vómitos (Nausea/ vomiting) ☐ Otros: _____ (Other)	☐ Baja (Low) ☐ Media (Medium) ☐ Alta (High)
	☐ Anafilaxis (Anaphylaxis) ☐ Urticaria (Hives) ☐ Sarpullido (Rash) ☐ Hinchazón (Swelling) ☐ Náuseas/vómitos (Nausea/ vomiting) ☐ Otros: _____ (Other)	☐ Baja (Low) ☐ Media (Medium) ☐ Alta (High)

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

☐ Sin historial medico (No Past Medical History)					
☐ Abuso en la adultez (víctima) (Abuse as Adult victim))	☐ Asma (Asthma)	☐ Depresión (Depression)	☐ Insuficiencia cardíaca (Heart Failure)	☐ Enfermedad hepática (Liver disease)	☐ Anemia de células falciformes (Sickle cell anemia)
☐ Abuso en la niñez (víctima) (Abuse as a child (victim))	☐ Transfusión de sangre (Blood Transfusion)	☐ Diabetes mellitus (Diabetes mellitus)	☐ Soplo en el corazón (Heart murmur)	☐ Meningitis	☐ Úlceras estomacales (Stomach ulcers)
☐ Alergias (Allergies)	☐ Cáncer (Cancer)	☐ Enfisema/EPOC (Emphysema/COPD)	☐ VIH/SIDA (HIV/AIDS)	☐ Infarto del miocardio (Myocardial infarction)	☐ Accidente cerebrovascular (Stroke)
☐ Anemia	☐ Cataratas (Cataracts)	☐ ERGE (GERD)	☐ Hiperlipidemia (Hyperlipidemia)	☐ Enfermedades de los músculos/los nervios (Nerve/Muscle disease)	☐ Abuso de sustancias (Substance abuse)

☐ Ansiedad (Anxiety)	☐ Trastorno de coagulación (Clotting disorder)	☐ Glaucoma	☐ Hipertensión (Hypertension)	☐ Osteoporosis	☐ Tuberculosis (TB disease)
☐ Artritis/trastorno de las articulaciones (Arthritis / Joint disorder)	☐ EPOC (COPD)	☐ Enfermedad cardíaca (Heart disease)	☐ Enfermedad renal (Kidney disease)	☐ Convulsiones (Seizures)	☐ Enfermedad de la tiroides (Thyroid disease)
☐ Otros. Explique: (Other, please explain)					

HISTORIAL QUIRÚRGICO (SURGICAL HISTORY)		
☐ Sin historial quirúrgico (No Past Surgical History)		
☐ Apendicectomía (No Past Surgical History)	☐ Cirugía estética (Cosmetic surgery)	☐ Cirugía del intestino Delgado (Cosmetic 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)
☐ Colectectomía (Cholecystectomy)	☐ Reemplazo articular (Joint replacement)	☐ Reemplazo de valvula (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 (Check all diseases and conditions that apply))																								
		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)
Relación (Relationship)	Nombre (Name)																							
Madre (Mother)																								
Padre (Father)																								
Hermana (Sister)																								
Hermano (Brother)																								
Hija (Daughter)																								

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)

Me asusto mucho sin motivo: (I get really frightened for no reason at all)	☐ No es cierto o casi nunca es cierto (Not true or Hardly ever true)	☐ Es cierto en alguna medida o es cierto a veces (Somewhat True or Sometimes True)	☐ Muy cierto o cierto con frecuencia (Very True or Often True)
Tengo miedo de estar solo en la casa: (I am afraid to be alone in the house)	☐ No es cierto o casi nunca es cierto (Not true or Hardly ever true)	☐ Es cierto en alguna medida o es cierto a veces (Somewhat True or Sometimes True)	☐ Muy cierto o cierto con frecuencia (Very True or Often True)
La gente me dice que me preocupo demasiado: (People tell me that I worry too much)	☐ No es cierto o casi nunca es cierto (Not true or Hardly ever true)	☐ Es cierto en alguna medida o es cierto a veces (Somewhat True or Sometimes True)	☐ Muy cierto o cierto con frecuencia (Very True or Often True)
Tengo miedo de ir a la escuela: (I am scared to go to school)	☐ No es cierto o casi nunca es cierto (Not true or Hardly ever true)	☐ Es cierto en alguna medida o es cierto a veces (Somewhat True or Sometimes True)	☐ Muy cierto o cierto con frecuencia (Very True or Often True)
Soy tímido: (I am shy)	☐ No es cierto o casi nunca es cierto (Not true or Hardly ever true)	☐ Es cierto en alguna medida o es cierto a veces (Somewhat True or Sometimes True)	☐ Muy cierto o cierto con frecuencia (Very True or Often True)

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE TUBERCULOSIS (TB RISK ASSESSMENT)		
Contacto cercano o prolongado reciente con una persona con la enfermedad contagiosa de 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 -α antagonist)	☐ Sí (Yes)	☐ No
Usuario de drogas inyectables (Injection drug user)	☐ Sí (Yes)	☐ No
Residente o empleado de un entorno de alto riesgo con hacinamiento (por ejemplo: una cárcel, un centro de atención a largo plazo, hospital, refugio para personas sin hogar) (Resident or employee of high-risk congregate setting (e.g., prison, long-term care facility, hospital, homeless shelter))	☐ Sí (Yes)	☐ No
Afección médica asociada con el riesgo de progresar a tuberculosis si se adquiere la infección; por ejemplo: diabetes mellitus, silicosis, cáncer en la cabeza o cuello, enfermedad de Hodgkin, leucemia, enfermedad renal en etapa terminal, bypass intestinal o gastrectomía, síndrome de malabsorción crónica, peso corporal bajo (10 % o más por debajo de lo ideal para una población determinada) (Medical condition associated with risk of progressing to TB disease if infected (e.g., diabetes mellitus, silicosis, cancer of head or neck, Hodgkin's Disease, leukemia, and end-stage renal disease, intestinal bypass or gastrectomy, chronic malabsorption syndrome, low body weight (10% or more below ideal for given population))	☐ Sí (Yes)	☐ No
Signos/síntomas de tuberculosis (Signs/Symptoms of TB)		
☐ Tos persistente (Cough lasting)	☐ Fiebre persistente (Persistent fever)	☐ Pérdida de peso inexplicable (Unexplained weight loss)
☐ Pérdida del apetito (Loss of appetite)	☐ Sudores persistentes (Persistent Sweats)	☐ Escalofríos (Chills)
☐ Tos con sangre (Coughing up blood)	☐ Falta de aire (Shortness of breath)	☐ Ninguna (None)

HISTORIAL SOCIAL (Protocolo para Responder y Evaluar los Riesgos y las Experiencias de los Pacientes, PRAPARE por sus siglas en inglés): para el padre, madre o cuidador (SOCIAL HISTORY (PRAPARE): For Parent or Caregiver)
¿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? ☐ Para nada (Not at all) ☐ Un poco (A little bit) ☐ Algo (Somewhat) ☐ Bastante (Quite a bit) ☐ Mucho (Very much) ☐ No desea responder (Decline)

Do you feel these kinds of stress these days?

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

(Are you currently employed?)

¿Desea ayuda con alguna de las situaciones anteriores? ☐ Sí (Yes) ☐ No

(Would you like assistance with any of the above items?)

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

(Type of assistance)

¿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
(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)

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

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

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

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

HISTORIAL DENTAL
(DENTAL HISTORY)

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

ALERGIAS Y REACCIONES
(ALLERGIES AND REACTIONS)

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

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)

PROGRAMA DE DESCUENTOS DE TARIFA VARIABLE

(SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM APPLICATION: SPANISH)

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

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

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

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

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

Numero total de personas en el hogar:

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

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

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

Fecha: _____
Date:

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

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

Verified by: _____ Date: _____

Social Care Referral: ☐ Yes ☐ No Date: _____



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fecha (*Date*)

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

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

Employee's Signature: _____ Date: _____