

**REGISTRO DE PACIENTES**  
**PATIENT REGISTRATION**  
**(SPANISH)**

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

<b>Sexo legal (Legal Sex)</b> <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			
<b>Identidad de género (Gender Identity)</b> <input type="checkbox"/> Femenino (Female) <input type="checkbox"/> Masculino (Male) <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/hombre trans/FTM (Trans Man) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/mujer trans/MTF (Trans Woman) <input type="checkbox"/> No binario/Genderqueer (Non-Binary/Genderqueer) <input type="checkbox"/> En cuestionamiento (Questioning) <input type="checkbox"/> Dos espíritus (Two Spirit) <input type="checkbox"/> Otro (Other) <input type="checkbox"/> Prefiere no decir (Choose Not to Disclose)		<b>Orientación sexual (Sexual Orientation)</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual (Straight or Heterosexual) <input type="checkbox"/> Pansexual (Pansexual) <input type="checkbox"/> Lesbiana (Lesbian) <input type="checkbox"/> Queer (Queer) <input type="checkbox"/> Gay (Gay) <input type="checkbox"/> Otra (Something Else) <input type="checkbox"/> Bisexual (Bisexual) <input type="checkbox"/> No sé (Don't Know) <input type="checkbox"/> Asexual (Asexual) <input type="checkbox"/> Se niega/Prefiere no decir (Choose Not to Disclose / Decline) <input type="checkbox"/> Omnisexual (Omnisexual)	

<b>Sexo del/de la paciente asignado al nacer (Sex Assigned at Birth)</b> <input type="checkbox"/> Femenino (Female) <input type="checkbox"/> Masculino (Male) <input type="checkbox"/> Intersexual (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)			
---	--	--	--

<b>Estado civil (Marital Status)</b> <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)			
--	--	--	--

<b>¿Cuál es su origen étnico? (Ethnicity)</b> <input type="checkbox"/> No hispano/a, latino/a o de origen español (Not Hispanic, Latino/a or Spanish origin) <input type="checkbox"/> Mexicano/a (Mexican) <input type="checkbox"/> Mexicano/a-americano/a (Mexican American) <input type="checkbox"/> Chicano/a (Chicano) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a (Puerto Rican) <input type="checkbox"/> Cubano/a (Cuban) <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español (Other Hispanic, Latino/a or Spanish origin) <input type="checkbox"/> No informado/Prefiere no decir el origen étnico (Unreported / Choose Not to Disclose)			
---	--	--	--

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

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

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

**Divulgar información médica (Release Medical Information)**  Sí (Yes)  No (No)

**¿Actualmente carece de un hogar? (Homelessness Status)**

Sí (Yes)  No (no está sin hogar)  Actualmente no carece de un hogar (sí en los últimos 12 meses) (Currently Not Homeless)

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

- Morada en un refugio (refugio para personas sin hogar) (Living in Shelter)  Vivienda de transición (Transitional Housing)  
 Convivencia con otras personas (vivienda compartida) (Living with Others)  Calle, campamento, puente (Street, Camp, Bridge)  
 Sin hogar desconocido Refugio (Homeless Unknown Shelter)  Vivienda social permanente (Permanent Supportive Housing)  
 Hotel de ocupación individual (Otro) (Single Occupancy Hotel)  En riesgo de quedarse sin hogar (At Risk for Homelessness)  
 En riesgo de quedarse sin hogar (niño/a) (At Risk for Homelessness)  En riesgo de quedarse sin hogar (veterano/a) (At Risk for Homelessness)

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

Migratorio/a (Migrant)  De temporada (Seasonal)  Ninguno (Neither)

**Empleo (Employment)**

**Situación laboral:**  De tiempo completo (Full time)  De tiempo parcial (Part time)  Desempleado/a (Unemployed)

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

Sí (Yes)  No (No)

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

Mi idioma preferido es (My preferred language is) \_\_\_\_\_

**Nivel de fluidez en inglés (English Fluency)**

Excelente (Excellent)  Muy bueno (Very Good)  Bueno (Good)  Malo (Not Good)  Nada (Not at All)

**Idioma escrito preferido (Preferred Written language)**

**Idioma hablado preferido (Preferred Language Spoken)**

**¿Desea recibir ayuda durante su cita?**

- Sí, asistencia por visión deficiente o ceguera. (Yes, support for Low Vision or Blindness.)  
 Sí, por problemas de audición. (Yes, Hard of hearing.)  
 Sí, asistencia para la movilidad (describa) (Yes, Mobility Assistance) \_\_\_\_\_  
 Sí, de otro tipo (describa) (Yes, other) \_\_\_\_\_

**Condición de veterano/militar (Veteran / Military Status)**

Sí, en servicio activo (Yes)  No, con antecedentes (No)

**Datos demográficos adicionales (Additional Demographics)**

**País de origen (Country of Origin)** \_\_\_\_\_

**ID/Licencia de conducir (ID/Driver License)** \_\_\_\_\_ **Estado (State)** \_\_\_\_\_

**Fecha de caducidad (Expiration Date)** \_\_\_\_\_

**Garante del seguro (Persona responsable) (Insurance Guarantor)**

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

**Dirección (si es diferente de la dirección del/de la paciente) (Address)** \_\_\_\_\_

**Ciudad (City)** \_\_\_\_\_ **Código postal del estado (State ZIP Code)** \_\_\_\_\_

**Relación con el/la paciente (Relationship)** \_\_\_\_\_

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

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

Mensualmente (Monthly)  Anualmente (Yearly)  Prefiero no decir (Choose Not to Disclose)

**¿Qué pronombres usa? (Pronouns)**

- Ella/Su (She/Her/Hers)  Él/Su (He/Him/His)  Elle/Su (They/Them/Theirs)  Ze/Hir/Hirs  
 Ey/Em/Eirs  Xe/Xem/Xyrs  Ve/Vir/Virs  
 Otro (Other)  Nombre del/de la paciente (Patient's name)  Desconocido (Unknown)  
 Se niega a responder (Decline to Answer)

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

### Preferencias de comunicación (Marque con un círculo)

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

## Seguro (Insurance)

Número de identificación de miembro de Medicare (Medicare Member ID Number) \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigor (Effective Date) \_\_\_\_\_

Número de identificación de miembro de Medicaid (Medicaid Member ID Number) \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigor (Effective Date) \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

ID de miembro del seguro (Member ID) \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento de la persona afiliada (DOB) \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigor (Effective Date) \_\_\_\_\_

Información del grupo asegurador  
(Insurance Group Info)

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

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

FIRMA DEL/ LA PACIENTE

FECHA

## Consentimientos y ratificaciones

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

Iniciales: \_\_\_\_\_

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

Iniciales: \_\_\_\_\_

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

Iniciales: \_\_\_\_\_

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

Iniciales: \_\_\_\_\_

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

Iniciales: \_\_\_\_\_

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

Iniciales: \_\_\_\_\_

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

Iniciales: \_\_\_\_\_

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

Iniciales: \_\_\_\_\_

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

Iniciales: \_\_\_\_\_

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

Iniciales: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/tutor legal

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

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha



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

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

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

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

### HISTORIAL QUIRÚRGICO (SURGICAL HISTORY)

<input type="checkbox"/> Sin historial quirúrgico (No Past Surgical History)		
<input type="checkbox"/> Apendicectomía (No Past Surgical History)	<input type="checkbox"/> Cirugía estética (Cosmetic surgery)	<input type="checkbox"/> Cirugía del intestino Delgado (Cosmetic 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 (Check all diseases and conditions that apply))

Relación (Relationship)	Nombre (Name)	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)		
		Madre (Mother)																								
Padre (Father)																										
Hermana (Sister)																										
Hermano (Brother)																										
Hija (Daughter)																										



## 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)	<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- $\alpha$ . (Immunosuppression secondary to use of prednisone (equivalent of > or = to 15mg/day for >or = 1 month) or other immunosuppressive medication such as TNF - $\alpha$ 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	
<b>Signos/síntomas de tuberculosis (Signs/Symptoms of TB)</b>	<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): 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)



**¿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

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

**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

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)

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

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

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

Quién: Díganos con quién quiere que compartamos su información. (Cada casilla es para una persona distinta).			
<b>Persona n° 1</b>		<b>Persona n° 2</b>	
<b>Nombre:</b>		<b>Nombre:</b>	
<b>Parentesco:</b>		<b>Parentesco:</b>	
<input type="checkbox"/> Podemos compartir cualquier información médica suya con esta persona. <p style="text-align: center;">○</p> <input type="checkbox"/> Podemos darle acceso al análisis y la nota de la visita de hoy en momento de la visita.		<input type="checkbox"/> Podemos compartir cualquier información médica suya con esta persona. <p style="text-align: center;">○</p> <input type="checkbox"/> Podemos darle acceso al análisis y la nota de la visita de hoy en momento de la visita.	
<input type="checkbox"/> Podemos darle todos los resultados de pruebas.		<input type="checkbox"/> Podemos darle todos los resultados de pruebas.	
<b>Solamente para el uso de la oficina</b>		<b>Solamente para el uso de la oficina</b>	
Fecha efectiva:	Actualizado por:	Fecha efectiva:	Actualizado por:
Fecha de revocación:	Actualizado por:	Fecha de revocación:	Actualizado por:
<b>Persona n° 3</b>		<b>Persona n° 4</b>	
<b>Nombre:</b>		<b>Nombre:</b>	
<b>Parentesco:</b>		<b>Parentesco:</b>	
<input type="checkbox"/> Podemos compartir cualquier información médica suya con esta persona. <p style="text-align: center;">○</p> <input type="checkbox"/> Podemos darle acceso al análisis y la nota de la visita de hoy en momento de la visita.		<input type="checkbox"/> Podemos compartir cualquier información médica suya con esta persona. <p style="text-align: center;">○</p> <input type="checkbox"/> Podemos darle acceso al análisis y la nota de la visita de hoy en momento de la visita.	
<input type="checkbox"/> Podemos darle todos los resultados de pruebas.		<input type="checkbox"/> Podemos darle todos los resultados de pruebas.	
<b>Solamente para el uso de la oficina</b>		<b>Solamente para el uso de la oficina</b>	
Fecha efectiva:	Actualizado por:	Fecha efectiva:	Actualizado por:
Fecha de revocación:	Actualizado por:	Fecha de revocación:	Actualizado por:
<input type="checkbox"/> <b>No quiero que se comparta mi información con NADIE.</b>			

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido el **Aviso de Prácticas de Privacidad** de la clínica y autorizo a Elica Health Centers a compartir mi información médica a los individuos indicados anteriormente.

Nombre en letra de imprenta	Parentesco con el paciente del individuo que firma este formulario (por ejemplo, paciente, padre/madre, tutor legal, cuidador)
Firma del paciente/tutor legal	Fecha
Testigo (Miembro del personal de la clínica)	Fecha

<b>Nombre del paciente:</b> Patient's Name:	<b>MRN:</b>	<b>Fecha (mes/dia/año):</b> 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:** \_\_\_\_\_  
 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)**

<b>Nombre del paciente</b> (Patient's Name):	<b>MRN:</b>	<b>Fecha</b> (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: \_\_\_\_\_