

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"/> Lesbiana (Lesbian) <input type="checkbox"/> Homosexual (Gay) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Omnisexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Otra (Something Else) <input type="checkbox"/> No sabe (Don't Know) <input type="checkbox"/> Elija no revelar / Declina no responder (Choose Not to Disclose / Decline)	
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, podrían derivarme a una farmacia específica para obtener medicamentos gratuitos o con descuento. Si elijo otra farmacia, podría tener que pagar el precio completo.

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

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

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

Nombre del Patient (Print Name of Patient)

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

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

Fecha (Date)

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

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

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

Preferencias de Comunicación: Tipo de comunicación que prefiere y qué información podemos compartir (aplicable a tarifas de datos)					
	Correo	Teléfono	Texto	Correo Electrónico	Portal
Tareas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Noticias y Anuncios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuestionarios				<input type="checkbox"/>	
Gestión de Cuentas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Telemedicina				<input type="checkbox"/>	
Citas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facturas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras Comunicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.

<p>Persona #1 Nombre y Apellido: _____ Relacion: <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.</p> <p style="text-align: center;">O</p> <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.	<p>Persona #2 Nombre y Apellido: _____ Relacion: <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.</p> <p style="text-align: center;">O</p> <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.
<p>Persona #3 Nombre y Apellido: _____ Relacion: <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.</p> <p style="text-align: center;">O</p> <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.	<p>Persona #4 Nombre y Apellido: _____ Relacion: <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.</p> <p style="text-align: center;">O</p> <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.

No quiero que NADA se diga ni se comparta con NADIE

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

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

OFFICE USE ONLY Effective Date: _____ Updated By: _____



HISTORIAL MÉDICO 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)
	<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- 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): 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

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

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)

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

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

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

Nombre	Relacion	Edad	Cantidad de Ingresos	# Horas Trabajadas (por semana)	Frecuencia de pago
	Yo				<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Salario mensual <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Salario mensual <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Salario mensual <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Salario mensual <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Salario mensual <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Salario mensual <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Salario mensual <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)

Número total de personas en el hogar: (Incluyase usted/su cónyuge, sus hijos y cualquier pariente dependiente sujeto a impuestos que viva con usted.) _____

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

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

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

1. Household Income verified: Yes No (Patient will provide) No (Self-Declaration Form)

2. If "No," Date documents due: _____ . Date documents provided: _____.

3. SFDP Level: Slide A (≤ 100%) Slide B (>100 - 125%) Slide C (>125 - 150%)
 Slide D (>150 - 175%) Slide E (>175 - 200%) Full Fee (> 200%)

4. SFDP Expires: _____

Verified by: _____ Date: _____

Social Care Referral: Yes No Date: _____