

REGISTRO DE PACIENTES

PATIENT REGISTRATION

(SPANISH)

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

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"/> 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)		Orientación sexual (Sexual Orientation) <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)	

Sexo del/de la paciente asignado al nacer (Sex Assigned at Birth) <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)			
---	--	--	--

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 su origen étnico? (Ethnicity) <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)			
---	--	--	--

¿Cuál es su raza o antecedentes familiares biológicos? (Marque todas las opciones que correspondan)(Race or biological family background) <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)			
--	--	--	--

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

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

Divulgar información médica (Release Medical Information) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)			
¿Actualmente carece de un hogar? (Homelessness Status)			
<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (no está sin hogar) <input type="checkbox"/> Actualmente no carece de un hogar (sí en los últimos 12 meses) (Currently Not Homeless)			
En caso afirmativo, elija una (1) opción a continuación			
<input type="checkbox"/> Morada en un refugio (refugio para personas sin hogar) (Living in Shelter) <input type="checkbox"/> Vivienda de transición (Transitional Housing)			
<input type="checkbox"/> Convivencia con otras personas (vivienda compartida) (Living with Others) <input type="checkbox"/> Calle, campamento, puente (Street, Camp, Bridge)			
<input type="checkbox"/> Sin hogar desconocido Refugio (Homeless Unknown Shelter) <input type="checkbox"/> Vivienda social permanente (Permanent Supportive Housing)			
<input type="checkbox"/> Hotel de ocupación individual (Otro) (Single Occupancy Hotel) <input type="checkbox"/> En riesgo de quedarse sin hogar (At Risk for Homelessness)			
<input type="checkbox"/> En riesgo de quedarse sin hogar (niño/a) (At Risk for Homelessness) <input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> Migratorio/a (Migrant) <input type="checkbox"/> De temporada (Seasonal) <input type="checkbox"/> Ninguno (Neither)			
Empleo (Employment)			
Situación laboral: <input type="checkbox"/> De tiempo completo (Full time) <input type="checkbox"/> De tiempo parcial (Part time) <input type="checkbox"/> Desempleado/a (Unemployed)			
¿Necesita un(a) intérprete? (Needs interpreter?)	¿Habla inglés? (Do you speak English?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)		
<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	Mi idioma preferido es (My preferred language is) _____		
Nivel de 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"/> Malo (Not Good) <input type="checkbox"/> Nada (Not at All)			
Idioma escrito preferido (Preferred Written language)	Idioma hablado preferido (Preferred Language Spoken)		
_____	_____		
¿Desea recibir ayuda durante su cita?			
<input type="checkbox"/> Sí, asistencia por visión deficiente o ceguera. (Yes, support for Low Vision or Blindness.)			
<input type="checkbox"/> Sí, por problemas de audición. (Yes, Hard of hearing.)			
<input type="checkbox"/> Sí, asistencia para la movilidad (describa) (Yes, Mobility Assistance) _____			
<input type="checkbox"/> Sí, de otro tipo (describa) (Yes, other) _____			
Condición de veterano/militar (Veteran / Military Status)			
<input type="checkbox"/> Sí, en servicio activo (Yes) <input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> Yo mismo(a) (Self)			
<input type="checkbox"/> 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) _____			
<input type="checkbox"/> Mensualmente (Monthly) <input type="checkbox"/> Anualmente (Yearly) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir (Choose Not to Disclose)			
¿Qué pronombres usa? (Pronouns)			
<input type="checkbox"/> Ella/Su (She/Her/Hers)	<input type="checkbox"/> Él/Su (He/Him/His)	<input type="checkbox"/> Elle/Su (They/Them/Theirs)	<input type="checkbox"/> Ze/Hir/Hirs
<input type="checkbox"/> Ey/Em/Eirs	<input type="checkbox"/> Xe/Xem/Xyrs	<input type="checkbox"/> Ve/Vir/Virs	
<input type="checkbox"/> Otro (Other)	<input type="checkbox"/> Nombre del/de la paciente (Patient's name)	<input type="checkbox"/> Desconocido (Unknown)	
<input type="checkbox"/> 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. 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: _____

Open Payments: la base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías farmacéuticas y de productos sanitarios a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

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

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

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).			
Persona n° 1		Persona n° 2	
Nombre:		Nombre:	
Parentesco:		Parentesco:	
<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.	
Solamente para el uso de la oficina		Solamente para el uso de la oficina	
Fecha efectiva:	Actualizado por:	Fecha efectiva:	Actualizado por:
Fecha de revocación:	Actualizado por:	Fecha de revocación:	Actualizado por:
Persona n° 3		Persona n° 4	
Nombre:		Nombre:	
Parentesco:		Parentesco:	
<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.	
Solamente para el uso de la oficina		Solamente para el uso de la oficina	
Fecha efectiva:	Actualizado por:	Fecha efectiva:	Actualizado por:
Fecha de revocación:	Actualizado por:	Fecha de revocación:	Actualizado por:
<input type="checkbox"/> No quiero que se comparta mi información con NADIE.			

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

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
----------------------	----------------------

¿ESTÁ ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE OTROS PROVEEDORES O ESPECIALISTAS? (Anote a todos a continuación)

Nombre del proveedor/práctica	Especialidad:	Dirección	Teléfono

¿TIENE ALERGIA A CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES?

<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Drogas Sulfa	<input type="checkbox"/> Ninguno
--------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

Anote todas alergias y reacciones:

MEDICAMENTOS
 (ANOTE TODOS SUS MEDICAMENTOS ACTUALES: RECETADOS, DE VENTA LIBRE, VITAMINAS, INHALADORES Y LA DOSIS)

Medicamento	Dosis	Frecuencia

¿Puede proporcionarnos sus registros de vacunación de su hijo? Sí No

HISTORIA GINECÓLOGICA

¿ITS/ETS?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Edad al momento de la menarquia (primera menstruación):	
Método actual de anticoncepción:	
Fecha de su última menstruación:	

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: ANOTE TODAS LAS CIRUGÍAS DEL PASADO A CONTINUACIÓN.

Ninguna cirugía anterior

Nombre/Tipo de Cirugía	Fecha de cirugía

HISTORIA DENTAL

¿Fue usted referido a servicios dentales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene dolor o molestias en este momento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido usted problemas graves/severos asociados con algún tratamiento dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está usted tomando o ha tomado bisfosfonatos (Fosamax)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está usted tomando o ha tomado Fen-Phen o Redux?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha sido usted alguna vez premedicado con antibióticos antes del tratamiento dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

EVALUACIÓN DE RIESGO DEL TB

¿Ha tendio contacto con alguien con la enfermedad infecciosa TB o alguien que ha estado en la carcel/prisión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Immunosupresión, actual o planificado (infección de VIH, transplante o recepción de órganos, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted nació, viajó, o vivió en un país con una tasa alta de TB durante al menos un mes? (Fuera de los EEUU, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o un país en Europa del Oeste o Este?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR: MARQUE TODAS LAS ENFERMEDADES Y CONDICIONES QUE APLIQUEN

Enfermedad o condición	X	Miembro(s) de la familia	Enfermedad o condición	X	Miembro(s) de la familia
Abuso de alcohol			Hipocolesterolemia		
La enfermedad de Alzheimer			Trastornos hipertensivos		
Anemia			Trastorno por inmunodeficiencia		
Trastornos de ansiedad			Enfermedad renal		
Asma			Problemas hepáticos		
TDAH (ADHD en inglés)			Trastornos mentales		
Trastorno Bipolar			Ataque cardíaco (IM agudo)		
Trastorno Depresivo			Obesidad		
Diabetes mellitus			Trastornos de pánico		
Trastorno pulmonar			Esquizofrenia		
Trastorno del sistema nervioso			Trastorno convulsivo		
Trastorno de la glándula tiroideas.			Abuso de sustancias		
Dolor de cabeza			Tuberculosis		
Enfermedad cardíaca			Úlcera		
Antecedentes de intento de suicidio			Historial familiar desconocido		

AÑADE HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR ADICIONAL A CONTINUACIÓN:

Enfermedad o condición	Miembro(s) de la familia

HISTORIA MÉDICA: MARQUE TODAS LAS ENFERMEDADES Y CONDICIONES QUE APLIQUEN

Sin antecedentes médicos

Enfermedad o condición:	X	Enfermedad o condición:	X	Enfermedad o condición:	X
ADD/ADHD		Infecciones crónicas del oído		Enfermedad pulmonar	
Dolor abdominal		Depresión		Problemas de los músculos, articulaciones o huesos	
Reflujo gastroesofágico (GERD)		Trastornos de desarrollo o comportamiento		Obesidad	
Acne		Diabetes		Trastornos psiquiátricos/mentales	
Rinitis Alérgica/Fiebre del Heno		Problemas de los oídos o la audición		Convulsiones/Epilepsia	
Anemia		Eccema		Problemas cutáneos (de la piel)	
Trastornos de ansiedad		Deformidad del pie		Problemas Tiroideos	
Asma		Problemas gastrointestinales		Problemas urinarios	
Trastorno del espectro autista (TEA)		Lesión de cabeza/Conmoción cerebral		Problemas de los ojos o la vision	
Defectos de nacimiento o enfermedades hereditarias		Dolor de cabeza		Otros:	
Trastornos renales o de la vejiga		Problemas/Enfermedades cardíacas			
Trastorno hemorrágico		Hepatitis/Enfermedad hepática			
Cáncer		Hernia			
Varicela		Colesterol alto			

