

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) ☐ Femenino (Female) ☐ Masculino (Male) ☐ No binario (Nonbinary) ☐ Desconocido (Unknown) ☐ X	
Identidad de género (Gender Identity) ☐ Femenino (Female) ☐ Masculino (Male) ☐ Hombre transgénero/hombre trans/FTM (Trans Man) ☐ Mujer transgénero/mujer trans/MTF (Trans Woman) ☐ No binario/Genderqueer (Non-Binary/Genderqueer) ☐ En cuestionamiento (Questioning) ☐ Dos espíritus (Two Spirit) ☐ Otro (Other) ☐ Prefiere no decir (Choose Not to Disclose)	Orientación sexual (Sexual Orientation) ☐ Heterosexual (Straight or Heterosexual) ☐ Pansexual (Pansexual) ☐ Lesbiana (Lesbian) ☐ Queer (Queer) ☐ Gay (Gay) ☐ Otra (Something Else) ☐ Bisexual (Bisexual) ☐ No sé (Don't Know) ☐ Asexual (Asexual) ☐ Se niega/Prefiere no decir (Choose Not to Disclose / Decline) ☐ Omnisexual (Omnisexual)
Sexo del/de la paciente asignado al nacer (Sex Assigned at Birth) ☐ Femenino (Female) ☐ Masculino (Male) ☐ Intersexual (Intersex) ☐ Desconocido (Unknown) ☐ No registrado en el certificado de nacimiento (Not Recorded on Birth Certificate) ☐ Prefiere no decir (Choose Not to Disclose)	

Estado civil (Marital Status) ☐ Soltero/a (Single) ☐ En pareja (Partnered) ☐ Casado/a (Married) ☐ Divorciado/a (Divorced) ☐ Separado/a (Separated) ☐ Viudo/a (Widowed)
¿Cuál es su origen étnico? (Ethnicity) ☐ No hispano/a, latino/a o de origen español (Not Hispanic, Latino/a or Spanish origin) ☐ Mexicano/a (Mexican) ☐ Mexicano/a-americano/a (Mexican American) ☐ Chicano/a (Chicano) ☐ Puertorriqueño/a (Puerto Rican) ☐ Cubano/a (Cuban) ☐ Otro origen hispano, latino o español (Other Hispanic, Latino/a or Spanish origin) ☐ 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) ☐ Indígena americano/a (American Indian) ☐ Nativo/a de Alaska (Alaska Native) ☐ Negro/a o afroamericano/a (Black or African American) ☐ Nativo/a de Hawái (Native Hawaiian) ☐ De otra isla del Pacífico (Other Pacific Islander) ☐ Guamaniano/a o chamorro/a (Guamanian or Chamorro) ☐ Samoano/a (Samoan) ☐ Blanco/a (White) ☐ Indoasiático/a (Asian Indian) ☐ Chino/a (Chinese) ☐ Filipino/a (Filipino) ☐ Japonés/a (Japanese) ☐ Coreano/a (Korean) ☐ Vietnamita (Vietnamese) ☐ De otro lugar de Asia (Other Asian) ☐ Otra raza (Other Race) ☐ Desconocido (Unknown) ☐ 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) _____	
Dirección (Address) _____	Ciudad (City) _____
Código postal del estado (State ZIP Code) _____	
Número de teléfono (Phone Number) _____	

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: acepto 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

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

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

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

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

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

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

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

HISTORIAL QUIRÚRGICO (SURGICAL HISTORY)		
☐ Sin historial quirúrgico (No Past Surgical History)		
☐ Apendicectomía (No Past Surgical History)	☐ Cirugía estética (Cosmetic surgery)	☐ Cirugía del intestino Delgado (Cosmetic surgery)
☐ Cirugía cerebral (Brain surgery)	☐ Cirugía oftalmológica (Eye surgery)	☐ Cirugía de columna vertebral (Spine surgery)
☐ Cirugía de senos (Breast surgery)	☐ Cirugía por fractura (Fracture surgery)	☐ Extracción del tercer molar (Third Molar Extraction)
☐ Bypass coronario (CABG)	☐ Reparación de hernias (Hernia repair)	☐ Amigdalectomía (Tonsillectomy)
☐ Colectectomía (Cholecystectomy)	☐ Reemplazo articular (Joint replacement)	☐ Reemplazo de valvula (Valve replacement)
☐ Cirugía del colon (Colon surgery)	☐ Cirugía de próstata (Prostate surgery)	☐ Vasectomía (Vasectomy)
☐ Otros. Explique: (Other, please explain:)		

HISTORIAL FAMILIAR (Marque todas las enfermedades y afecciones aplicables) (FAMILY HISTORY (Check all diseases and conditions that apply))																								
		Sin problemas conocidos (No Known Problems)	Consumo de alcohol y drogas (Alcohol/Drug Use)	Alergias (Allergies)	Enfermedad de Alzheimer (Alzheimer's Disease)	Anemia (Anemia)	Enfermedad autoinmune (Autoimmune Disease)	Cáncer de seno (Breast Cancer)	Cáncer de colon (Colon Cancer)	Cáncer (Cancer)	Depresión (Depression)	Diabetes (Diabetes)	Ataque cardíaco (Heart Attack)	Colesterol alto (High Cholesterol)	Hipertensión (Hypertension)	Enfermedad renal (Kidney Disease)	Enfermedad hepática (Liver Disease)	Enfermedad pulmonar (Lung Disease)	Accidente cerebrovascular (Stroke)	Muerte súbita (Sudden Death)	Suicidio (Suicide)	Enfermedad de la tiroides (Thyroid Disease)	Problemas de la vista (Vision Problems)	Otro (Other)
Relación (Relationship)	Nombre (Name)																							
Madre (Mother)																								
Padre (Father)																								
Hermana (Sister)																								
Hermano (Brother)																								
Hija (Daughter)																								

**ENUMERE CUALQUIER OTRO HISTORIAL FAMILIAR A CONTINUACIÓN:
(LIST ANY OTHER FAMILY MEDICAL HISTORY BELOW)**

Enfermedad o problema médico:
(Disease or medical problem)

Miembro de la familia:
(Family member)

Se completa para niños de 8 a 12 años: Escala de Trastornos Emocionales Relacionados con la Ansiedad Infantil (SCARED, por sus siglas en inglés), versión reducida (Respuestas del niño)
(Complete for children ages 8-12: SCARED, BRIEF (Child answers))

Me asusto mucho sin motivo:

(I get really frightened for no reason at all)

☐ No es cierto o casi nunca es cierto
(Not true or Hardly ever true)

☐ Es cierto en alguna medida o es cierto a veces
(Somewhat True or Sometimes True)

☐ Muy cierto o cierto con frecuencia
(Very True or Often True)

Tengo miedo de estar solo en la casa:

(I am afraid to be alone in the house)

☐ No es cierto o casi nunca es cierto
(Not true or Hardly ever true)

☐ Es cierto en alguna medida o es cierto a veces
(Somewhat True or Sometimes True)

☐ Muy cierto o cierto con frecuencia
(Very True or Often True)

La gente me dice que me preocupo demasiado:

(People tell me that I worry too much)

☐ No es cierto o casi nunca es cierto
(Not true or Hardly ever true)

☐ Es cierto en alguna medida o es cierto a veces
(Somewhat True or Sometimes True)

☐ Muy cierto o cierto con frecuencia
(Very True or Often True)

Tengo miedo de ir a la escuela:

(I am scared to go to school)

☐ No es cierto o casi nunca es cierto
(Not true or Hardly ever true)

☐ Es cierto en alguna medida o es cierto a veces
(Somewhat True or Sometimes True)

☐ Muy cierto o cierto con frecuencia
(Very True or Often True)

Soy tímido:

(I am shy)

☐ No es cierto o casi nunca es cierto
(Not true or Hardly ever true)

☐ Es cierto en alguna medida o es cierto a veces
(Somewhat True or Sometimes True)

☐ Muy cierto o cierto con frecuencia
(Very True or Often True)

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE TUBERCULOSIS (TB RISK ASSESSMENT)		
Contacto cercano o prolongado reciente con una persona con la enfermedad contagiosa de tuberculosis (Recent close or prolonged contact with someone with infectious TB disease)	☐ Sí (Yes)	☐ No
Nació o viajó recientemente a un área de alta prevalencia (consulte la lista de países en la barra lateral del diagrama de flujo) (Born in or recent traveler to high prevalence area (see flowsheet sidebar for country list))	☐ Sí (Yes)	☐ No
Radiografías de tórax con cambios por fibrosis que indiquen tuberculosis inactiva o pasada (Chest radiographs with fibrotic changes suggesting inactive or past TB)	☐ Sí (Yes)	☐ No
Infección por VIH (HIV infection)	☐ Sí (Yes)	☐ No
Receptor de trasplante de órganos (Organ transplant recipient)	☐ Sí (Yes)	☐ No
Inmunosupresión secundaria al uso de prednisona (equivalente a una dosis mayor o igual a 15 mg/día durante un lapso mayor o igual a 1 mes) u otro medicamento inmunosupresor como los antagonistas del TNF-α. (Immunosuppression secondary to use of prednisone (equivalent of > or = to 15mg/day for >or = 1 month) or other immunosuppressive medication such as TNF -α antagonist)	☐ Sí (Yes)	☐ No
Usuario de drogas inyectables (Injection drug user)	☐ Sí (Yes)	☐ No
Residente o empleado de un entorno de alto riesgo con hacinamiento (por ejemplo: una cárcel, un centro de atención a largo plazo, hospital, refugio para personas sin hogar) (Resident or employee of high-risk congregate setting (e.g., prison, long-term care facility, hospital, homeless shelter))	☐ Sí (Yes)	☐ No
Afección médica asociada con el riesgo de progresar a tuberculosis si se adquiere la infección; por ejemplo: diabetes mellitus, silicosis, cáncer en la cabeza o cuello, enfermedad de Hodgkin, leucemia, enfermedad renal en etapa terminal, bypass intestinal o gastrectomía, síndrome de malabsorción crónica, peso corporal bajo (10 % o más por debajo de lo ideal para una población determinada) (Medical condition associated with risk of progressing to TB disease if infected (e.g., diabetes mellitus, silicosis, cancer of head or neck, Hodgkin's Disease, leukemia, and end-stage renal disease, intestinal bypass or gastrectomy, chronic malabsorption syndrome, low body weight (10% or more below ideal for given population))	☐ Sí (Yes)	☐ No
Signos/síntomas de tuberculosis (Signs/Symptoms of TB)		
☐ Tos persistente (Cough lasting)	☐ Fiebre persistente (Persistent fever)	☐ Pérdida de peso inexplicable (Unexplained weight loss)
☐ Pérdida del apetito (Loss of appetite)	☐ Sudores persistentes (Persistent Sweats)	☐ Escalofríos (Chills)
☐ Tos con sangre (Coughing up blood)	☐ Falta de aire (Shortness of breath)	☐ Ninguna (None)

HISTORIAL SOCIAL (Protocolo para Responder y Evaluar los Riesgos y las Experiencias de los Pacientes, PRAPARE por sus siglas en inglés): para el padre, madre o cuidador (SOCIAL HISTORY (PRAPARE): For Parent or Caregiver)
¿Qué tan difícil es para usted pagar por los servicios básicos como alimentación, vivienda, calefacción, atención médica y medicamentos? (How hard is it for you to pay for the very basics like food, housing, heating, medical care, and medications?) ☐ Nada difícil (Not hard at all) ☐ Algo difícil (Somewhat hard) ☐ Muy difícil (Very hard) ☐ No desea responder (Decline)
¿Cuál es su situación de vida actual? (What is your living situation today?) ☐ Tengo un lugar estable para vivir (I have a steady place to live) ☐ Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro (I have a place to live today, but I am worried about losing it in the future) ☐ No tengo un lugar estable para vivir (me quedo temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, vivo en las calles, en la playa, en el automóvil...) (I do not have a steady place to live (I am temporarily staying with others, in a hotel, in a shelter, living outside on the streets, on the beach, in the car..)) ☐ No desea responder (Decline)

En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le impidió acudir a citas médicas, reunirse, trabajar o conseguir las cosas necesarias para la vida diaria?
(In the past 12 months, has lack of transportation kept you from medical appointments, meeting, work or from getting things needed for daily living?)

☐ Sí, me impidió ir a citas médicas o conseguir medicamentos
(Yes, it has kept me from medical appointments or getting medications)

☐ Sí, me impidió acudir a citas distintas a las médicas, a compromisos, al trabajo u obtener cosas que necesito
(Yes, it has kept me from non-medical meetings, appointments, work, or getting things that I need)

☐ No

☐ No desea responder
(Declined)

¿Con qué frecuencia ve o conversa con personas que le importan y a las que siente cercanas? (Por ejemplo: hablar por teléfono con los amigos, visitar a amigos o familiares, ir a las reuniones en la iglesia o en el club)
(How often do you see or talk to people that you care about and feel close to? (For example: talking to friends in the phone, visiting friends or family, going to church or club meetings)

☐ Menos de una vez a la semana (Less than once a week) ☐ 1-2 veces a la semana (1-2 times a week) ☐ 3-5 veces a la semana (3-5 times a week) ☐ 5 o más veces a la semana (5 or more times a week) ☐ No desea responder (Decline)

¿Siente estos tipos de estrés en esos días? ☐ Para nada (Not at all) ☐ Un poco (A little bit) ☐ Algo (Somewhat) ☐ Bastante (Quite a bit) ☐ Mucho (Very much) ☐ No desea responder (Decline)

Do you feel these kinds of stress these days?

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

(Are you currently employed?)

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

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

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

(Type of assistance)

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

☐ Alfabetización en salud (Health Literacy)	☐ Educación (Education)	☐ Dificultades económicas (Financial Strain)	☐ Vivienda (Housing)	☐ Alimentación (Food)	☐ Transporte (Transportation)
☐ Servicios públicos (Utilities)	☐ Actividades físicas (Physical Activities)	☐ Estrés (Stress)	☐ Aislamiento (Isolation)	☐ Relaciones (Relationship)	☐ Empleo (Employment)

MEDICAMENTOS
(Incluya todos los medicamentos actuales: medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas e inhaladores, así como la dosis)
(MEDICATION)
(List all current medications: prescribed, over-the-counter drugs, vitamins & inhalers and the dosage)

Medicamento (Medication)	Dosis (Dosage)	Frecuencia (Frequency)

¿ACTUALMENTE ESTÁ BAJO EL CUIDADO DE ALGÚN OTRO MÉDICO O ESPECIALISTA?
(ENUMÉRELOS A TODOS A CONTINUACIÓN)

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

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

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

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

HISTORIAL DENTAL
(DENTAL HISTORY)

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

ALERGIAS Y REACCIONES
(ALLERGIES AND REACTIONS)

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

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

Relación que la persona que firma el formulario
tiene con el paciente (por ejemplo: paciente, padre, madre, tutor)

Relationship to patient of Individual Signing Form
(example: patient, parent, guardian)

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

Fecha
(Date)

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	☐	☐	☐
Notificaciones de salud (resultados de laboratorio y pruebas, etc.)	☐	☐	☐
Recordatorios de citas	☐	☐	☐
Avisos (como programas nuevos e información comunitaria)	☐	☐	☐
Notificaciones de facturación	☐	☐	☐

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:	
☐ Podemos compartir cualquier información médica suya con esta persona. ☐ O ☐ Podemos darle acceso al análisis y la nota de la visita de hoy en momento de la visita. ☐ Podemos darle todos los resultados de pruebas.		☐ Podemos compartir cualquier información médica suya con esta persona. ☐ O ☐ Podemos darle acceso al análisis y la nota de la visita de hoy en momento de la visita. ☐ 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:	
☐ Podemos compartir cualquier información médica suya con esta persona. ☐ O ☐ Podemos darle acceso al análisis y la nota de la visita de hoy en momento de la visita. ☐ Podemos darle todos los resultados de pruebas.		☐ Podemos compartir cualquier información médica suya con esta persona. ☐ O ☐ Podemos darle acceso al análisis y la nota de la visita de hoy en momento de la visita. ☐ 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:
☐ 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 Firma del paciente/tutor legal Testigo (Miembro del personal de la clínica)	Parentesco con el paciente del individuo que firma este formulario (por ejemplo, paciente, padre/madre, tutor legal, cuidador) Fecha Fecha

PROGRAMA DE DESCUENTOS DE TARIFA VARIABLE

En Elica Health Centers, ofrecemos un descuento con tarifas variables para que nuestros servicios sean más accesibles para todos los pacientes.

- Si ya participa en el Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés), en la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), o en cualquier otro programa de asistencia pública, puede ser elegible para el programa de descuento de tarifas variables.

Los siguientes criterios se aplican a la escala de tarifas variables, la cual se basa en las Directrices Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) vigentes:

- Debe completar la solicitud que figura en el reverso y volver a presentarla en seis meses, o cuando su grupo familiar o su ingreso cambien, lo que suceda primero.
- Debe proporcionar una evidencia de ingresos de acuerdo con las instrucciones que figuran en la solicitud. La autodeclaración de ingresos calificará al paciente para una sola visita, pero se puede cambiar en un plazo de diez días posteriores a la consulta.
 - Si no tiene ingresos o no puede proporcionar evidencia de ingresos, favor de llenar la forma de autodeclaración. Todavía puede ser elegible para el programa de descuento con tarifas variables.
- La aprobación se basa en el tamaño del grupo familiar y el ingreso bruto.
- Se espera que los participantes paguen la parte de la tarifa de descuento que les corresponde al momento de la prestación del servicio.
 - También se permite que los pacientes acuerden hacer pagos regulares hasta que se haya liquidado el saldo pendiente.
 - Un cargo por los servicios de hoy reflejará la escala de tarifas variables que se muestra a continuación. Si califica para la escala de tarifas variables, esta será su tarifa nominal y no se facturarán otros cargos.
 - Las fuentes de pagos aceptables son:
 1. Efectivo
 2. Tarjetas de crédito (VISA, MasterCard). No se aceptan cheques.
- Si es elegible para inscribirse en Medi-Cal, solicítenos más información. Con gusto le brindaremos recursos tales como:
 - Evaluar si es elegible para el plan de alcance completo de Medi-Cal.
 - Brindarle asistencia para presentar el formulario MC-13 PRUCOL (Si solo tiene Medi-Cal de emergencia y desea solicitar cobertura completa).
 - Proporcionarle la información de contacto del Departamento de Asistencia Humana o ayudarle a programar una visita con Sacramento Covered.
 - Proporcionarle la información y los límites de ingresos estimados para Medi-Cal u otros programas.
 - Brindarle orientación y ayudar para encontrar información acerca de programas (por ejemplo, oncología o diabetes) si el paciente no es elegible para algún seguro.

Si tiene preguntas, comuníquese con un miembro del personal en una de las ubicaciones de Elica Health Centers o llame al (916) 454-2345.

PROGRAMA DE DESCUENTOS DE TARIFAS VARIABLES para 2023

Elica Health Centers: Tabla de Tarifas Variables			Escala de tarifas variables: (Basado en el Registro Federal 2023 - Pautas para la definición del nivel de pobreza)			
Categorías de descuentos	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D	Categoría E	Precio completo
% de los niveles federales de pobreza	Al 100 % o menos (FPG))	>100 - 125 %	>125 - 150 %	>150 - 175 %	>175 - 200 %	> 200 %
Salud médica/conductual	Tarifa nominal	Tarifas con descuento				Precio completo
Visita con todo incluido (1)	\$ 25	\$ 35	\$ 45	\$ 55	\$ 65	
Pruebas de laboratorio de diagnóstico internas (2)	\$ 5	\$ 6	\$ 7	\$ 8	\$ 9	
Derivación a laboratorio (3)	\$ 30	\$ 31	\$ 32	\$ 33	\$ 34	
Servicios opcionales y otros rubros especiales (consulte la tabla a continuación) (4)	consulte el número 4 a continuación					
Programa Dental	Tarifa nominal	Tarifas con descuento				Precio completo
Visita con todo incluido: servicios de diagnóstico, preventivos, periodontales y de emergencia (1)	\$ 25	\$ 35	\$ 45	\$ 55	\$ 65	
Honorarios profesionales principales/agrupados: puentes, coronas, dentaduras postizas y endodoncias (5)	\$ 25	\$ 35	\$ 45	\$ 55	\$ 65	
Principal/agrupado: laboratorio/equipo (5)	Consulte la tabla a continuación					

- En las visitas con todo incluido se ofrecen servicios profesionales y todos los suministros de rutina, medicamentos inyectables y vacunas.
- Las pruebas de laboratorio internas son exámenes de diagnóstico médico que se realizan en el sitio.
- Las derivaciones al laboratorio son pruebas de diagnóstico médico realizadas fuera del centro por Quest Diagnostics u otros laboratorios de referencia.
- Servicios opcionales y otros rubros especiales con precios especiales (basados en el costo real):

Depo Provera	\$ 45	Otros (Other) DIU	\$ 600
DIU Liletta	\$ 105	Guardas dentales nocturnas	\$ 95

- Los servicios dentales principales/agrupados incluyen procedimientos complejos que requieren planificación del tratamiento, análisis de laboratorio o equipo especiales, y con frecuencia se agrupan en dos o más citas. Los pacientes a los que se les ofrezcan estos servicios se reunirán individualmente con un planificador de tratamiento de Elica, quien les explicará el procedimiento y les proporcionará servicios de asesoría financiera. Se espera que el paciente pague el 50 % antes de los análisis de laboratorio o el procedimiento programado y el saldo restante se programará para cubrirse a través de un plan de pago. Consulte la tabla a continuación

El paciente paga los honorarios profesionales con descuento por cada consulta más una tarifa única de acuerdo con la siguiente tabla:

Servicios principales	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D	Categoría E	Precio completo
Endodoncia (por diente)	\$ 175	\$ 200	\$ 225	\$ 250	\$ 275	
Corona/puente (por unidad)	\$ 150	\$ 170	\$ 190	\$ 210	\$ 230	
Dentadura postiza completa (por arcada)	\$ 400	\$ 450	\$ 500	\$ 550	\$ 600	
Dentadura postiza parcial (por arcada)	\$ 450	\$ 500	\$ 550	\$ 600	\$ 650	

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS DE TARIFAS VARIABLES

1. ¿Ha solicitado los beneficios de Medi-Cal y se le han NEGADO los mismos en los últimos 60 días? ☐ Sí ☐ No

2. Total de dependientes que viven en su grupo familiar (incluido usted, su cónyuge, sus hijos y cualquier familiar dependiente sujeto a impuestos que viva en su domicilio: _____

*Debe proporcionar una evidencia de ingresos para cada miembro adulto de la familia; a continuación se proporcionan ejemplos: una copia de la declaración de impuestos más reciente, sus dos talones de pago o formularios W2 más recientes, talones de cheque de manutención infantil, estados de cuenta del seguro social, talones de pago por incapacidad/indemnización por accidentes laborales, carta de apoyo, etc. Pida ayuda para determinar si una evidencia de ingresos es aceptable. **No proporcionar evidencias suficientes en un plazo de 10 días tendrá como consecuencia la devolución de su solicitud y una demora en la aprobación.***

Nombre del paciente (Patient Name): _____ Fecha de nacimiento (Birth Date): _____

Dirección (Address): _____

					(For Internal Use Only)	
Nombre (Name)	Relación (Relationship)	Fecha de Nacimiento (Date of Birth)	Cantidad de Ingresos (Income Amount)	Tipo de Ingreso (Income Type)	Date Received	Type of Documentation
	Yo			☐ Salario por hora (Hourly Wage) ☐ Salario Mensual (Monthly Salary) ☐ Ingresos anuales (Annual Income)		
				☐ Salario por hora (Hourly Wage) ☐ Salario Mensual (Monthly Salary) ☐ Ingresos anuales (Annual Income)		
				☐ Salario por hora (Hourly Wage) ☐ Salario Mensual (Monthly Salary) ☐ Ingresos anuales (Annual Income)		
				☐ Salario por hora (Hourly Wage) ☐ Salario Mensual (Monthly Salary) ☐ Ingresos anuales (Annual Income)		
				☐ Salario por hora (Hourly Wage) ☐ Salario Mensual (Monthly Salary) ☐ Ingresos anuales (Annual Income)		
				☐ Salario por hora (Hourly Wage) ☐ Salario Mensual (Monthly Salary) ☐ Ingresos anuales (Annual Income)		
				☐ Salario por hora (Hourly Wage) ☐ Salario Mensual (Monthly Salary) ☐ Ingresos anuales (Annual Income)		

Por medio de la presente, solicito que Elica Health Centers determine mi elegibilidad para el programa de tarifas variables, con base en la información que he proporcionado. Comprendo que la información proporcionada en cuanto a los ingresos y el tamaño de mi grupo familiar está sujeta a verificación. También comprendo que, si se determina que la información es falsa, seré responsable del pago del costo completo de todos los servicios que se me proporcionen. Al firmar esta solicitud, declaro 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 todos los cambios en la información de mi seguro y, en caso de no hacerlo, la totalidad del pago por los servicios prestados será mi responsabilidad.

Firma (Signature): _____ Fecha (Date): _____

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

1. Monthly income verification attached: ☐ Yes ☐ No (Initial Self-Declaration)

2. Slide Effective Date: _____

3. Qualified fee reduction: ☐ ≤100 % ☐ 101-125 % ☐ 126-150 % ☐ 151-175 % ☐ 176-200 % ☐ ≥200 %

4. Length of reduction ☐ (1st Visit) ☐ (6 months)

Verification and determination by: _____ Date: _____

Nombre del paciente (Patient Name):	MRN (Número de expediente médico):	Fecha de solicitud (mes/día/año) (Application Date (month/day/year))
Fecha de nacimiento (Date of Birth) (mes/día/año) (month/day/year):		

FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN DE INGRESOS

Por medio la presente yo, _____, certifico que

☐ **Opción 1: Ingreso en efectivo (Cash Income)**

No puedo proporcionar una evidencia de ingresos debido a la naturaleza de mi trabajo.

Certifico que recibo _____ por (hora/semana/mes/otro ((hour/month/annual/other) : _____).
 (dólares) (dollars) (elija una de las opciones anteriores)

☐ **Opción 2: Carta de apoyo (Letter of Support)**

Recibo _____ al mes por parte (per month) de _____ (_____)
 (dólares) (dollars) (nombre de la persona que proporciona el apoyo) (relación)
 (supporter's name) (relationship)

☐ **Opción 3: Sin ingresos (No Income)**

Ni yo ni algún otro de los miembros de mi grupo familiar tenemos una fuente de ingresos.

☐ **Opción 4: No aplica (Not Applicable)**

Puedo proporcionar una evidencia de ingresos, por lo tanto, las opciones mencionadas anteriormente no aplican para mí.

Al firmar a continuación, reconozco que estoy de acuerdo en 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 acerca de todos los cambios en mis ingresos y apoyos.

Firma del paciente/representante del paciente
 (Patient / Representative Signature)

Fecha
 (Date)

Nombre en letra de molde
 (Print Name)

Relación con el paciente
 (Relationship to Patient)