

REGISTRATION RECORD

Informacion Del Miembro

Nombre del paciente: Apellido	Nombre	Inicial	
Direccion: Calle	Ciudad	Estado	Codigo postal
Telefono:	# De seguro social:	Fecha de nacimiento:	[] Hombre [] Mujer

Informacion De Persona Responsable

Nombre de persona responsable: Apellido	Nombre	Inicial	
Relacion al paciente: [] Madre [] Padre [] Tutor legal [] Mismo			
Direccion: Calle	Ciudad	Estado	Codigo postal
Telefono:			

Informacion Sobre Empleo:

Nombre de empleador:			
Direccion de empleador: Calle	Ciudad	Estado	Codigo postal
Numero de telefono de empleador:	Ocupacion:		

Servicios De Linguistica

Idioma principal:	Otra idioma:
Le ofrecieron servicios sobre interprete?: [] Si [] No	
Acepto los servicios sobre interprete?: [] Si [] No (si no acepto interpret, porfavor indique quien va ser el interprete del paciente)	
Servicios de interprete proveados por: [] Doctor [] Otra persona (si el interprete es otra persona, indique quien es)	
Es el paciente sordo o mudo?: [] Si [] No (si es, indique cuales servicios le ofrecieron)	

Informacion Sobre De Persona De Contacto En Caso De Emergencia

Nombre:	Relacion:
Numero de telefono:	Numero de mensaje:

Autorizacion

Yo doy autorizacion a los doctores de clinica _____ que administren los exámenes, tratamientos o medicamentos que el/ella vean necesarios o terapeutica para mis presente condicion(es). Tambien autorizo a la clinica _____ que provee informacion sobre de mi presente condicion(es) a agencias de aseguranza y le doy la autorizacion irrevocable a los doctores para que recivan compensacion por los servicios que me proveadon.	
Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal:	Fecha:

ADULT HEALTH HISTORY

Name/Nombre	Age/Edad	D.O.B./Cuando Nació	Date/Fecha
-------------	----------	---------------------	------------

HISTORY OF PAST ILLNESS Have you had?/ENFERMEADES PASADAS:(Ha tenido)

Measles/Sarampión	No	Yes/Si	Rheumatic fever/Fiebre Reumática	No	Yes/Si
Mumps/Paperas	No	Yes/Si	Heart Disease/Enfermedad del Corazón	No	Yes/Si
Chickenpox/Viruela	No	Yes/Si	Tuberculosis	No	Yes/Si
Diabetes	No	Yes/Si	Venereal Disease/Enfermedad Venerea	No	Yes/Si
Stroke/Embolio	No	Yes/Si	Serious Disease/Enfermedad Graves	No	Yes/Si

Ever hospitalized/Has sido hospitalizado	No	Yes/Si	Explain/Explicación		
Ever had surgery/Ha tenido operaciones	No	Yes/Si	Explain/Explicación		
Had broken bones/Ha tenido fracturas	No	Yes/Si	Explain/Explicación		
Head concussions or injuries/ Golpes o heridas de cabeza	No	Yes/Si	Explain/Explicación		

>Date of last Tetanus/La fecha de su ultima inmunización de Tétano _____

>Date of last Pap Smear/La Fecha de papanicolou de cáncer _____

>Date of last Mammogram/Mammographia _____

FAMILY HISTORY/HISTORI FAMILIAR:

Has anyone in your family ever had?/Ha habido en su familia?

Cancer	No	Yes/Si	Who/Quien?		
Diabetes	No	Yes/Si	Who/Quien?		
Tuberculosis	No	Yes/Si	Who/Quien?		
Heart trouble/Enfermedad del Corazón	No	Yes/Si	Who/Quien?		
High blood pressure/Presión alta	No	Yes/Si	Who/Quien?		
Stroke/Embolio	No	Yes/Si	Who/Quien?		
Convulsions/Epilepcia	No	Yes/Si	Who/Quien?		
Suicide/Suicidio	No	Yes/Si	Who/Quien?		

SOCIAL HISTORY/HISTORIA SOCIAL

Single/Soltero Married/Casado Separated/Separado Divorced/Divorciado Widowed/Viudo

Alcoholic Beverages/Bebidas Alcohólicas: Never/Numca _____ How much/Cuanto _____

Tobacco or Cigarettes/Tobacco o Cigarrillos: Never/Numca _____ How much/Cuanto _____

Are you sexually active?/Esta sexualmente active? Yes No

What is your job?/Cuál es su trabajo? _____

Education Level/Nivel de Educación: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 College/Colegio Superior: 1 2 3 4

Ethnic Background/Nacionalidad: American Indian Asian Filipino Pacific Islander Black Hispanic White

SYSTEMIC REVIEW GENERAL/REVISION DE SYSTEMAS:

Recent weight change/Reciente cambio de peso? No Yes/Si

Have you been in good health most of your life?/Ha tenido Buena salud la mayor parte su vida? No Yes/Si

HAVE YOU EVER HAD PROBLEMS WITH?/ALGUNA VEZ HA TENIDO PROBLEMAS CON?

Skin/Piel	No	Yes/Si	Explain/Explicación		
Head-Eyes-Ears-Nose-Throat/ Cabeza-Ojos-Oídos-Nanz-Garganta	No	Yes/Si	Explain/Explicación		
Neck/Cuello	No	Yes/Si	Explain/Explicación		
Lungs/Pulmones	No	Yes/Si	Explain/Explicación		
Heart Circulation/Corazón o Circulación	No	Yes/Si	Explain/Explicación		
Blood/Sangre	No	Yes/Si	Explain/Explicación		
Emotions/Emociones	No	Yes/Si	Explain/Explicación		
Nerves/Nervios	No	Yes/Si	Explain/Explicación		
Muscles and bones/Músculos o Huesos	No	Yes/Si	Explain/Explicación		
Stomach and Bowels/Estomago o Intestinos	No	Yes/Si	Explain/Explicación		
Sex Organs/Órganos Sexuales	No	Yes/Si	Explain/Explicación		
Urinary/Unannos	No	Yes/Si	Explain/Explicación		
Any other/Cualquiera otro	No	Yes/Si	Explain/Explicación		

**ALLERGIES OR REACTIONS TO FOOD OR MEDICATION/
ALERGIAS O REACCIONES A ALIMENTOS O MEDICINAS** _____

Patient Signature/Firma _____ Date/Fecha _____

Provider Signatura _____ Date/Fecha _____

Evaluando el Riesgo de Poder Contraer "TB" (Tuberculosis)

*** Sus hijos pueden tener un riesgo muy alto de poder contraer "TB" si contesta en informa afirmativa a cualquiera de las siguientes preguntas:**

	Fecha / /	Fecha / /	Fecha / /	Fecha / /
1. Existe algun contacto cercano o algun miembro de la familia que haya sido declarado enfermo de TB o que se sospeche tener esta enfermedad?	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Cuando emigraron a este pais lo hicieron de Asia, Africa, America Central de Sudamerica? (en estas reginoes del mundo existe un porcentaje muy alto de este enfermedad)	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Acaso usted se encuentra viviendo temporalmente en un hogar o local sostenido por el gobierno o asistencia social?	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Acaso usted haya sido, diagnosticado(a) con algun tipo de infeccion como el sida?	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Acaso usted haya sido declarado positivo con el examen del sida?	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Acaso usted vive con adultos que hayan estado presos or cualquier motivo en los ultimos 5 anos?	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Acaso usted vive o se asocia frecuentemente con personas que viven en las calles, que sean trabajadores temporales del campo, utilicen drogas ilicitas inyectables o que residan en asilos o en hospitals de convalescencia?	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

*Cualquir persona que tiene un alto riesgo de contraer /tb debe hacerse el examen de la tuberculosis cara año,

¡Recuerde que este examen es muy sencillo y pareciera que esta recibiendo una vacuan pero debe ser revisado por personal medico en un periodo de 2 a 3 dias, este proceso es muy importante y no debe olivarse, de otra manera el examen no tiene validez alguna!

Nombre: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Por medio de la presente hago petición y doy mi consentimiento a la Dr. Hernández y su personal médico para recibir cuidado de la salud que incluye procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico, rutinarios o de emergencia, para mí o mi hijo(a) menor de edad; según sea necesario en la opinión del Médico.

Ninguna Garantía: Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no pertenecen a una ciencia exacta. Y que no se me han garantizado resultados de tratamientos, exámenes u otros servicios de salud dados por esta oficina médica.

De la misma manera acepto toda responsabilidad financiera por el pago de todos estos servicios médicos, entendiéndolo que se me expedirá un recibo de mi pago para uso personal solamente. Entendiéndolo que el Dr. Hernández y su personal no están obligados a completar ninguna forma proveída por una a seguranzas médicas referentes a estos servicios médicos.

AVISO AL CONSUMIDOR: Los doctores en Medicina tienen licencia y son regulados por el Medical Board de California. (800) 633-2322 www.mbc.ca.gov

Nombre Escrito

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Madre/Padre del Paciente o Tutor

DIRECTIVAS AVANZADAS

Este documento es un reconocimiento que el médico o los miembros de su oficina me han dado información sobre los directivos avanzados.

1. Tengo 18 años o más. (Marque uno) **Si No**
2. Entiendo que tengo la opción de formar mis propias directivas avanzadas sobre mi tratamiento médico. Mi médico me ha dado información sobre estas directivas avanzadas. Entiendo que es mi responsabilidad de presentar a mi médico, cualquier documento necesario para llevar a cabo mis directivas avanzadas.
3. Entiendo que una directiva avanzada puede ser cualquiera de los documentos que siguen:
 - A. Poder Notarial Duradero Para la atención de la Salud.
 - B. La Declaración de la Ley de la Muerte natural, por ejemplo: Testamento en Vida.
 - C. Puedo escribir mis deseos en un papel para que mi familia use este documento y pueda tomar decisiones necesarias sobre mi tratamiento médico, en el evento que yo no pueda hacerlo.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Médico: _____ Teléfono: _____

PROTECCION A LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE (HIPAA)

Es la poliza de nuestra practica que todos los doctors y personal preserven la integridad y la confianza para proteger la informacion medica que pertenece a nuestros pacientes. El proposito de esta poliza es para asegurar que nuestra practica y todos sus medicos y personal tengan todo lo necesario en medicina y proteger la informacion medica para proveer cuidado medico con la mas alta calidad posible mientras protegemos la confidencialidad del paciente. Los pacientes no deben de tener miedo de proveer informacion a nuestros medicos y al personal para proposito del tratamiento, pago y operaciones de salud. Para este fin, nuestra practica, sus medicos y personal van a:

- 1) Adherirse a las reglas determinadas de la Notificacion de privacidad.
- 2) Colectar, usar y revelar para proteger la informacion de salud del paciente de acuerdo a las leyes federales, estatales, acuerdo con el paciente y/o autorizacion apropiadas. Nuestra practica, medicos y su personal no usaran o revelaran informacion del cliente fuera de la clinica para propósitos publicitarios como mercadeo, empleo, aplicaciones de seguros de vida, etc; sin autorizacion del paciente.
- 3) Uso y revelacion de la informacion de la salud del paciente para recordarles de citas, al menos q ellos nos instruyan que no.
- 4) Reconocer que la informacion de la salud del paciente colectada sea precisa, a tiempo y complete cuando sea necesaria. Nuestra practica, doctores y empleados reconocen:
 - a) Implementar las medidas necesarias para proteger la privacidad de la informacion recolectada.
 - b) Reconocer que nuestros pacientes tienen el derecho a la privacidad.
- 5) Nuestra practica, doctores y empleados respetaran la dignidad individual en todo momento.
- 6) Nuestra practica, doctores y empleados respetaran la privacidad del paciente al extremo de proveer el servicio medico de la mas alta calidad posible y con la eficiencia administrativa de la clinica.
- 7) Actuar con informacion responsable para guardar y tratar la informacion con sensibilidad y confidencia. Por consiguiente, nuestros doctores y empleados reconoceran:
 - a) Tratar la informacion medica con confidencia de acuerdo con las eticas profesionales, normas acreditadas y requerimientos legales.
 - b) No revelar la informacion medica al menos que el paciente (o su representante autorizado) haya apropiadamente autorizado la revelacion o haya sido autorizado legalmente por la ley.
- 8) Reconocer que aunque nuestra practica sea dueño del record medico, el paciente tiene el derecho de inspeccionar de obtener una copia de su historial medico. Además, los pacientes tienen el derecho de pedir un cambio a su record medico si cree que su informacion no es precisa o incompleta. Nuestra practica, medicos y empleados reconocen:
 - a) Permitir al paciente acceso a sus record medico cuando su peticion escrita sea aprobada por nuestra practica. Si nosotros negamos su peticion, entonces deberemos informar al paciente que puede pedir una revision de nuestra negativa. En tal caso, nosotros vamos a tener en nuestro sitio un medico profesional para ayudar a los pacientes.
 - b) Proveer una oportunidad para que los pacientes puedan solicitar una rectificacion que este inexacta o incompleta para proteger la informacion medica con los expedientes conforme con la ley y normas profesionales.
- 9) Todos los medicos y personal de nuestra practica van a mantener una lista de cierta informacion para proteger la confidencialidad para el proposito del tratamiento, pago y operaciones de salud para cada paciente y para ellos que cumplan a una autorizacion que requiere las reglas de HIPAA. Para que nosotros podamos proveer esta lista solicitada por el paciente, esta debera ser solicitada por escrito.
- 10) Todos los medicos y personal de nuestra clinica van a adherirse a estas restricciones referentes al uso o revelacion para proteger la informacion medica que los pacientes han solicitado y han sido aprobadas por nuestra practica.
- 11) Todos los medicos y personal de nuestra practica tienen que adherirse a esta poliza. Nuestra practica no va a tolerar violaciones contra esta poliza. La violacion de este codigo de confidencialidad sera razon de una sancion disciplinaria, hasta o incluyendo terminacion de trabajo, persecucion criminal, o una sancion profesional conforme a nuestras reglas y reglamentos de nuestro codigo de trabajo.
- 12) Nuestra practica puede cambiar esta poliza privada en el futuro. Cualquier cambio sera valido sobre la liberacion de una correccion privada y va a estar disponible para el paciente.
- 13) En orden de asegurar optimo servicio de cuidado de salud proporcionado a usted, un oficial del programa de seguridad de calidad puede contactarlo directamente por telefono para asistirlo y recibir sus comentarios. Usted nos da consentimiento y su permiso para que el personal de seguridad de calidad lo contacte.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

AUTORIZACION PARA COMUNICARSE CON EL PACIENTE

La regla de privacidad HIPAA da a los individuos el derecho a pedir una restricción en los usos y las declaraciones de su información personal de salud (PHI) . Las personas también se les proporciona el derecho de solicitar la comunicación confidencial o que una comunicación de la (PHI) es liberado por medios alternativos como el envío de correspondencia a la casa de la paciente de trabajo en lugar de su casa.

QUIZIERA SER CONTACTADO DEL A MANERA SIGUIENTE (MARQUE TODO LO QUE APLIQUE):

Casa: _____

#Celular: _____

#Trabajo: _____

#Otro: _____

Comunicación por escrita :

Mandarcorreo al domicilioto: _____

Mandarcorreo al trabajo/oficinato: _____

Nombre Impreso

Firma del Paciente

Fecha

PROCESO DE REFERIDOS A LOS ESPECIALISTAS

A los pacientes que se les refiera a especialistas, le informamos:

- **Todos los referidos de rutina tendrán un tiempo de respuesta de 10 a 14 días.**
- **Los referidos urgentes tienen un tiempo de respuesta de 72 horas.** (Exclusión puede aplicar) Sin embargo, cualquier emergencia que amenaze su vida, se remitirá automáticamente a la Sala de Emergencias.

Tenga en cuenta que una vez que su referido ha sido enviado, usted recibirá una carta por el correo del grupo médico que le informa de su decisión. Tenga en cuenta que es su responsabilidad asegurarse de que su plan de seguro tenga su dirección postal correcta y número de teléfono.

Si su remisión ha sido aprobado tendrá que hacer una cita con el especialista a su conveniencia.

La programación de las citas, los arreglos de transporte, será su responsabilidad .

Si su referido ha sido negado, se le dará instrucciones sobre cómo apelar la decisión.

Por favor tome en cuenta que estas autorizaciones no caducan y si por alguna razón usted no será capaz de obtener una cita antes de la fecha de vencimiento es su responsabilidad contactarse con la oficina del médico solicitante dentro de los 3 días hábiles antes de que el referido expire, para solicitar una extensión del referido.

Estimado paciente es su responsabilidad para seguir el plan de tratamiento especializado y atención de seguimiento.

REFERIDOS AL ESPECIALISTA URGENTES: Por favor póngase en contacto con la oficina dentro de 3-5 días para comprobar el estado de su remisión.

REFERIDOS AL ESPECIALISTA DE RUTINA: Si no ha recibido la notificación en el correo del grupo médico dentro de 10 días hábiles, por favor póngase en contacto con nuestra oficina.

He leído lo anterior donde se me informa del proceso de referidos de Clinica Medical General. Entiendo todo lo que se ha explicado a mí y asumo la responsabilidad de las indicaciones mencionadas anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE VIH/SIDA

YO DOY MI OERMISO PARA UNA PRUEBA DE SANGRE PARA DETECTAR SI TENGO ANTICUERPOS DEL VIRUS VIH (VIRUS DEINMUNODEFICIENCIA HUMANA- HIV SIGLAS EN INGLES) O DE CUALQUIER OTRO AGENTE IDENTIFICADO QUE CAUSA AIDS (SIDA) EN MI SANGRE. ENTIENDO QUE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA SERAN USADOS PARA EL PROPOSITO DE MI TRATAMIENTO Y CUIDADO MEDICO. ENTIENDO QUE EL EXAMEN SE HACE SACANDO UNA MUESTRA DE MI SANGRE Y HACIENDO PRUEBAS DE LABAROATORIO PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS DEL VIH. ENTIENDO QUE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE SANGRE QUE SE CONSIDERAN POSITIVAS SERAN REPORTADOAS AL DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA DE CALIFORNIA. ADEMAS, ENTENDO QUE UN RESULTADO POSITIVO NO QUIERE DECIR YO TENGA AIDS (SIDA), PERO QUE MI SANGRE HA ESTADO EXPUESTA AL VIRUS DEL AIDS (SIDA) Y ANTICUERPOS DEL VIRUS ESTAN PRESENTES EN MI SANGRE. ENTIENDO QUE SE ME OFRESERA CONSEJERIA REFERENTE A AIDS (SIDA), SI LOS RESULTADOS DE M IS PRUEBAS SON POSITIVOS . SE ME HA INFORMADO Y ENTIENDO LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA, EN UN PORCETAJE DE CASOS, PUEDE INDICAR QUE UNA PERSONA TIENE ANTICUERPOS DEL VIRUS CUANDO LA PERSONA NO TIENE LOS ANTICUERPOS (UN RESULTADO POSITIVO FALSO) O QUE LA PUEBRA PUEDE FALLAR EN DETECTAR QUE UNA PERSONA TIENE LOS ANTICUERPOS DEL VIRUS CUANDO DE HECHO LA PERSONA TIENE ESTOS ANTICUERPOS (UN RESULTADONEGATIVO FALSO). ENTIENDO QUE LOS RESULTADOS DE MIS PRUEBAS SERAN ENTREGADOS A MIS MEDICOS Y OTRO PROVEDORES DE CUIDADO DE SALUD QUE ME PROVEEN CUIDADO. ADEMAS, ENTIENDO QUE LA LEY PERMITE QUE MI IDENTIDAD Y LOS RESULTADOS DE MIS PRUEBAS SEAN ENTREGADOS A PERSONAS ESPECIFICAS, TALES COMO MEDICOS Y PROVEEDORES DE CUIDADO DE SALUD INVOLUCRADAS EN EL USO DE CUALQUIER ORGANO O TEJIDO DONADO POR I Y AL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CALIFORNIA, EMPLEADOS DE LOS COMITES Y ESTUDIOS DE INVESTIGACION DE LA INSTITUCION DE CUIDADO DE SALUD(SIN NOMBRE. ENTIENDO QUE LOS RESULTADOS DE MIS PRUEBAS SERAN CONFIDENCIALES COMO ES ESTIPULADO POR LA LEY. ADEMAS ENTIENDO QUE PUEDO NEGARME HACER LA ORUBA EN CUALQUIER MOMENTO , ANTES DE QUE SEAN COMPLETADOS LAS PRUEBAS DE LABORATORIO. MI MEDICO ME HA ACONSEJADO SOBRE EL PROPOSITO, USOS POTENCIALES, LIMITACIONES Y SIGNIFICADO DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS, LA NATURALEZA VOLUNTARIA DE LA PRUEBAS, EL DERECHO A, EN CUALQUIER MOMENTO, NEGAME HACER LAS PRUEBAS DELABORATORIO ANTES DE QUE SE COMPLETEN, Y A PROTECCIONES DE CONFIDENCIALIDAD CONTEMPLADOS POR LA LEY. CON LA INFORMACION INDICADA ARRIBA HABIENDO SIDO EXPLICADA COMPLETA Y CLARAMENTE Y TODAS MIS PREGUNTAS CONTESTADAS, YO POR ESTE MEDIO AUTORIZO (AL MEDCIO Y/U HOSPITAL O INSTITUCION DE CUIDADO DE SALUD) A HACERME LAS PRUEBAS DE SANGRE PARA INFECCION DE VIH.

NOMBRE: _____

FRIMA: _____ FECHA: _____

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

Adulto (Adult)

Nombre del paciente (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy
Persona que llena el formulario (si el paciente necesita ayuda) <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro Especifique			¿Necesita ayuda para llenar el formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre alguna sección de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?
 Sí No

Clinic Use Only:

					Nutrition
1	¿Bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Drinks or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
2	¿Come frutas y verduras todos los días? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
3	¿Limita la cantidad de alimentos fritos o comida rápida que come? <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
4	¿Tiene la posibilidad de comer suficientes alimentos saludables? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>(Skip)</i>	
5	¿La mayoría de los días bebe un refresco, jugo, bebida deportiva o bebida energizante? <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
6	Por lo general, ¿come demasiado o muy poco? <i>Often eats too much or too little food?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
7	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
8	¿Hace ejercicio o realiza actividades, como caminar, jardinería o nadar durante, al menos, ½ hora al día? <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Physical Activity
9	¿Se siente seguro donde vive? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Safety
10	¿Ha tenido accidentes automovilísticos últimamente? <i>Had any car accidents lately?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

11	Durante el último año, ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado o lastimado físicamente? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
12	¿Siempre usa cinturón de seguridad cuando conduce o viaja en automóvil? <i>Always wears a seat belt when driving or riding in a car?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
13	¿Tiene un arma de fuego en su hogar o en el lugar donde vive? <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
14	¿Se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Dental Health
15	¿Con frecuencia se siente triste, desesperanzado, enojado o preocupado? <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Mental Health
16	¿Con frecuencia tiene dificultades para dormir? <i>Often has trouble sleeping?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Mental Health
17	¿Fuma o masca tabaco? <i>Smokes or chews tobacco?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
18	¿Sus amigos o familiares fuman en su hogar o en el lugar donde usted vive? <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
19	En el último año ¿ha tomado: <input type="checkbox"/> (hombres) 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día? <input type="checkbox"/> (mujeres) 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día? <i>In past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?</i>	No	Sí <i>(Yes)</i>	Omitir <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
20	¿Consume drogas o medicamentos para ayudarlo a dormir, relajarse, calmarse, sentirse mejor o perder peso? <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
21	¿Cree que usted o su pareja podría estar embarazada? <i>Thinks she/he or partner could be pregnant?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Sexual Issues
22	¿Cree que usted o su pareja pueden tener una infección de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI), como clamidia, gonorrea, verrugas genitales, etc.? <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Sexual Issues
23	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin utilizar un método anticonceptivo en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Sexual Issues
24	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales con otras personas en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Sexual Issues

25	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin condón en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
26	¿Alguna vez le forzaron o presionaron para tener relaciones sexuales? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
27	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre su salud? <i>Any other questions or concerns about health?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:

<i>Clinic Use Only</i>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
<input type="checkbox"/> Physical activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date: