



Paquete para Pacientes

Por favor, rellene y envíe a ODHC
antes de su cita

ODHC Mankato

Médico, Salud Mental y Odontología
309 Holly Lane
Mankato, MN 556001
Telf: (507) 388-2120

ODHC Jordan

Odontología
115 Broadway Street South #600
Jordan, MN 55352
Telf: (952) 492-6342

ODHC Clarkfield

Odontología
1025 10th Avenue
Clarkfield, MN 56223
Telf: (320) 669-7564

THIS PAGE LEFT BLANK INTENTIONALLY



Registro del Paciente

¡Le agradecemos por darnos la oportunidad de servirle! Para ayudarnos a satisfacer sus necesidades, por favor llene el formulario de registro completamente. Toda la información se mantiene confidencial. ¡Si tiene alguna pregunta, estaremos encantados de ayudarle!

***** SI EL PACIENTE ES MENOR O TIENE UN TUTOR, el padre/tutor debe completar todo el papeleo de registro.**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

de Seguridad Social _____ (se utiliza **sólo** para la verificación y las estadísticas del seguro)

Apellido del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Paciente _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Género (asignado al nacer) del Paciente Masculino Femenino

Nombre alternativo del paciente (preferido, de soltera, etc.) _____

Dirección del Paciente _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono Principal _____ Celular _____ Casa

Número de Teléfono Alternativo _____ Trabajo _____ Otro

¿Podemos dejar mensajes de voz confidenciales en este número de teléfono? Sí No

Estado Civil del Paciente: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a

Condición de Empleo del Paciente: (marque uno)

Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado/a Autoempleado/a Jubilado/a Servicio Militar

Condición de Estudiante del Paciente: (marque uno)

Tiempo Completo Medio Tiempo No es Estudiante

¿Es la necesidad de su visita el resultado de un accidente en el trabajo o de automóvil? Sí No

Información del Seguro

Seguro Principal

Compañía de Seguros: _____ ID# _____

de Grupo _____ Fecha de Vigencia: _____

¿Es usted el suscriptor de la póliza? Sí No

Si la respuesta es no, ¿quién lo es? - Padre/Tutor Legal: _____ Otro

¿Quién será responsable de la factura después de que el seguro pague? Yo Padre/Tutor Legal Otro

Si no será el paciente, por favor escriba el nombre y la información de contacto: _____

Seguro Secundario

Compañía de Seguros: _____ # ID _____

de Grupo _____ Fecha de Vigencia: _____

Información de Contacto en Caso de Emergencia

Nombre Completo (Primer, Segundo, Apellido) _____

Relación con el Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Teléfono _____ Casa Celular

Si contactos adicionales debiesen considerarse para este paciente, por favor hable con un miembro del personal de apoyo.

Información Financiera

Para propósitos estadísticos, por favor comparta el ingreso mensual de su familia/hogar _____

INFORMACIÓN ADICIONAL - Para fines estadísticos y de concesión de subvenciones, por favor complete lo siguiente:

Raza del paciente (marque **todas** las que correspondan) Indio Americano Asiático Negro Caucásico/Blanco
 Hawaiano nativo Otro Isleño del Pacífico Elijo no responder

Origen Étnico del Paciente: Hispano/Latino No es Hispano/Latino Elijo no responder

¿Necesita el paciente un intérprete? Sí - ¿Qué idioma? _____ No

Lenguaje que se Habla en Casa del Paciente: Árabe Lengua de Señas Chino (Mandarín) Inglés Karénico
 Nuer Ruso Somalí Español Otro _____

¿Es el paciente un trabajador agrícola migrante?: Sí No
¿Es el paciente un trabajador agrícola estacional?: Sí No

Estado de Alojamiento del Paciente:
¿Es usted un vagabundo? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor describa su situación: Albergue Transitorio Vive con Amigos En la Calle Otro

¿Es el paciente un veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? Sí No

¿Tiene actualmente algún problema con el hecho de que el propietario no haga las reparaciones, se deshaga de las plagas, elimine el moho o con sus servicios públicos? Sí No
¿Está experimentando actualmente violencia doméstica, abuso, agresión sexual o acoso? Sí No
¿Le han negado o perdido recientemente los beneficios del gobierno? Sí No
¿Le gustaría hablar con un abogado GRATIS en ODHC? Sí No

¿País de nacimiento del paciente? Estados Unidos México China Etiopía Guatemala Honduras
 El Líbano Rusia Somalia Sudán del Sur Vietnam Otro _____

Identidad de Género del Paciente (elija una): Hombre Mujer Otro Elijo no responder
 Hombre Transgénero Mujer Transgénero

Orientación Sexual (elija una): Heterosexual Lesbiana o Homosexual Bisexual Otra
 No lo sé Elijo no responder

Método de Contacto Preferido Celular Casa Trabajo Otro Correo Electrónico

¿A dónde habría ido para satisfacer sus necesidades de atención médica si no existiera Open Door Health Center?
 No habría sido atendido/a Clínica Médica del Área o Clínica Dental Sala de Emergencias
 Atención de Urgencias Otro _____

Si la información anterior no está completa, asumimos que ha decidido no divulgarla.

PLACE PATIENT STICKER HERE

Medical Record#

Name:

Consentimiento para el Tratamiento y Autorización para Facturar al Seguro

Open Door Health Center (ODHC) se dedica a proporcionar servicios de atención primaria, odontológicos y de salud mental a los residentes del sur de Minnesota. Debido a que los problemas físicos y emocionales a menudo van de la mano, creemos que la mejor atención se brinda cuando los médicos trabajan juntos. Los pacientes de ODHC pueden ser referidos a médicos de otras especialidades fuera de ODHC o dentro del equipo de tratamiento de ODHC. Los miembros del equipo de tratamiento compartirán información clínica entre sí según sea clínicamente necesario.

Los pacientes deben llamar con 24 horas de anticipación si éste no puede asistir a su cita. Es posible que los pacientes tengan que reprogramar si su hora de llegada es más de 15 minutos después del comienzo de la cita.

La información sobre los pacientes NO se le dará a nadie fuera de ODHC, incluyendo familiares y amigos, a menos que el paciente (padre o tutor legal, si es menor de edad) dé su permiso por escrito. Los pacientes pueden dar su consentimiento para la divulgación de su información si el paciente tiene 16 años o más para atención de salud mental y 18 años o más para atención primaria u odontológica. Sin embargo, podemos divulgar la información del paciente a otros sin el permiso del paciente si: 1) El paciente representa una amenaza para sí mismo o para otros; 2) El paciente es incapaz de protegerse del riesgo de daño; 3) El paciente está bajo la custodia legal de una agencia o institución gubernamental; 4) Existe evidencia de abuso infantil; 5) Los registros clínicos del paciente son solicitados bajo orden judicial, incluyendo una citación a la cual el paciente no se opone inmediatamente; 6) Según lo establecido en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA).

Hay cargos por todos los servicios, y el paciente debe pagar el día en que se le atiende. Las pólizas de seguro de salud pueden cubrir una parte de los honorarios y el personal ayudará al paciente a hacer los reclamos. El paciente debe informar al personal de ODHC sobre los cambios en su situación financiera, incluido el seguro.

El personal profesional de ODHC dependerá de las declaraciones hechas por el paciente, su historial médico y otra información para evaluar su condición y decidir cuál es el mejor tratamiento que le corresponde. La evaluación y el tratamiento de niños y adolescentes a menudo requiere la participación de los padres y/o de otros miembros de la familia.

Algunos servicios en el Open Door Health Center pueden incluir el uso de servicios de laboratorio proporcionados por Quest. El equipo de atención puede incluir un Coordinador de Atención de RN, un Consultor de Salud Mental, un Trabajador de Salud Comunitaria e Inscripción en el Seguro.

Nuestros médicos siguen las mejores prácticas cuando hacen diagnósticos, determinan el curso del tratamiento y los posibles resultados. Cualquier pregunta sobre los beneficios, riesgos, opciones disponibles o los límites de la confidencialidad debe ser dirigida al personal de tratamiento.

En el tratamiento de los pacientes, pueden estar justificados estudios como radiografías, pruebas de laboratorio, electrocardiogramas o pruebas psicológicas. Hay riesgos involucrados en tomar cualquier medicamento y cualquier pregunta acerca de los medicamentos será contestada por el personal médico. Los pacientes aceptan los riesgos de la medicación y otros tratamientos.

Entiendo que, si tengo 16 años o más, puedo dar mi consentimiento para servicios de salud mental, detección y tratamiento de trastornos por uso de sustancias, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y/o detección de embarazo; si tengo 18 años de edad o más, puedo dar mi consentimiento para todos los demás servicios de salud; de lo contrario, mis padres o mi tutor legal tendrán que dar su consentimiento para los servicios. Al firmar este formulario, (firma del padre o tutor legal, si es necesario), acepto que he leído o que se me ha leído o explicado este formulario, que lo entiendo y que se ha respondido a todas las preguntas que he formulado. Entiendo que acepto ser veraz al proporcionar información.

Por lo tanto, por la presente solicito, acepto y doy mi consentimiento para la evaluación, tratamiento y pago de los beneficios de seguro autorizados pagaderos a ODHC por cualquier servicio que se preste para mí y/o para mi hijo según lo establecido anteriormente, incluyendo cualquier estudio o procedimiento que el personal profesional de ODHC decida que es necesario o apropiado. Si firmo como padre o tutor, por la presente declaro y garantizo que estoy legalmente facultado y autorizado para tomar tales decisiones.

He recibido o me han ofrecido y declinado un aviso de prácticas de privacidad.

Firma del paciente o tutor

Fecha

Escriba el Nombre a Molde

Relación con el Paciente

Testigo

Fecha

THIS PAGE LEFT BLANK INTENTIONALLY



AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Por favor, revise y complete las siguientes preferencias de comunicaciones electrónicas, para que podamos atender y coordinar mejor sus necesidades de atención médica con el uso de la tecnología más avanzada:

Dirección de Correo Electrónico: _____ @ _____ . _____

<input type="checkbox"/> SÍ	Por favor contácteme por correo electrónico, incluyendo, pero no limitado a: recordatorios de citas, recargas de medicamentos, coordinación de la atención, otras publicaciones del Centro de Salud, y mensajes para apoyar el acceso a mi tabla segura de pacientes en línea. Entiendo que el correo electrónico regular es inseguro en tránsito a través de Internet, por lo que todas las comunicaciones por correo electrónico del Centro de Salud hacia mí que contengan información médica protegida (PHI) serán encriptadas a menos que yo específicamente solicite lo contrario.	<input type="checkbox"/> NO, No tengo acceso a correo electrónico, o no deseo ser contactado/a por correo electrónico en este momento.
---------------------------------------	--	--

Mensaje de Texto (SMS): (_____) _____ - _____

<input type="checkbox"/> SÍ	Por favor contácteme por mensaje de texto (SMS), incluyendo, pero no limitado a: recordatorios de citas, recargas de medicamentos, coordinación de la atención, otras publicaciones del Centro de Salud, y mensajes para apoyar el acceso a mi tabla segura de pacientes en línea. Entiendo que la recepción de mensajes de texto puede incurrir en cargos adicionales por parte de mi proveedor de mensajes de texto, y yo soy el único responsable de este gasto. Entiendo que los mensajes de texto pueden ser inseguros en tránsito, y por lo tanto los mensajes que me envíe el Centro de Salud no contendrán información médica protegida (PHI), a menos que yo específicamente solicite lo contrario.	<input type="checkbox"/> NO, No tengo acceso a mensajes de texto (SMS), o no deseo ser contactado/a por un mensaje de texto en este momento.
---------------------------------------	--	--

Esta autorización es efectiva a partir de la fecha indicada a continuación. Entiendo que puedo modificar estas preferencias de comunicación en cualquier momento. Por favor, espere 48 horas hábiles para su procesamiento.

Nombre del Paciente (Letra molde)

Firma del Paciente, Padre o Tutor

Fecha

Relación con el paciente (si aplica)

OFFICE USE ONLY:

MRN: _____	RCVD: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> ORIGINAL <input type="checkbox"/> REVISED <input type="checkbox"/> PM UPDATED: _____
------------	--------------------------	---

THIS PAGE LEFT BLANK INTENTIONALLY

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Nombre Preferido: _____

Fecha del último examen dental: _____

Fecha del último examen médico: _____

Odontólogo: _____

Médico: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Fecha de la última consulta por salud: _____

Médico de Salud Mental: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

MEDICINAS (incluyendo medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos):

ALERGIAS (incluyendo medicamentos, alimentos y productos ambientales):

- SIN ALERGIAS CONOCIDAS Aspirina Barbitúricos Yodo Látex/Goma
- Anestesia Local Penicilina Metales Sedantes Sulfato
- Otro: _____

¿Toma o ha tomado alguna vez bifosfonatos (por ejemplo, Fosamax, Aetonel, Boniva)? SÍ NO

¿Alguna vez ha sido **hospitalizado/a** (incluso por problemas de salud mental)? SÍ NO
 Si la respuesta es sí, ¿por qué razón? _____ ¿Cuándo? _____

¿Ha tenido alguna **cirugía**? SÍ NO
 Si la respuesta es sí, ¿por qué razón? _____ ¿Cuándo? _____

¿Cuándo fue su última **colonoscopia**? _____

¿Cuándo fue su última **vacuna contra el tétanos**? _____

~ SÓLO PARA MUJERES ~

¿Está embarazada o cree que podría estarlo? SÍ NO

¿Está amamantando actualmente? SÍ NO

¿Cuándo fue tu última prueba de Papanicolaou? _____ ¿Frotis de Papanicolaou anormal? SÍ NO

¿Cuándo fue su última mamografía? _____ ¿Mamografías anormales? SÍ NO

Reviewed by provider (initials): _____

HISTORIA CLÍNICA

<p style="text-align: center;">CORAZÓN / VASOS SANGUÍNEOS</p> <p>Propio Familia N/A</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angina (dolor en el pecho)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anomalia congénita</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Endocarditis</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infarto _____(fecha)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Operación del Corazón _____(fecha)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión arterial alta</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión arterial baja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapasos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tendencia al sangrado</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula cardíaca _____(fecha)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apoplejía: _____(fecha)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p style="text-align: center;">PULMONES</p> <p>Propio Familia N/A</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EPOC</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos con sangre</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos persistente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Fue tratado? _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p style="text-align: center;">BOCA/DIENTES</p> <p>Propio Familia N/A</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Encías sangrantes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apretar/pulir</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para masticar</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor, chasquido o crujido en la mandíbula</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para abrir la boca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor/hinchazón</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensibilidad</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Llagas en la boca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p style="text-align: center;">ESTÓMAGO / INTESTINOS</p> <p>Propio Familia N/A</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GERD (acidez estomacal/ reflujo ácido)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis: A B C</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Fue tratado? _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Síndrome de colon irritable</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ictericia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlceras de estómago</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p style="text-align: center;">ENDOCRINA</p> <p>Propio Familia N/A</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes: TIPO 1 TIPO 2</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo (Hiperactivo)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo (Hipoactividad)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p style="text-align: center;">SEXUAL</p> <p>Propio Familia N/A</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH/SIDA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herpes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VPH</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p style="text-align: center;">HUESOS/MÚSCULOS/ ARTICULACIONES</p> <p>Propio Familia N/A</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor crónico</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulaciones: ¿qué articulación/cuándo? _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osteoartritis</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno de la ATM</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p style="text-align: center;">CEREBRO/EMOCIONES/NERVIOS</p> <p>Propio Familia N/A</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ansiedad</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desorden Bipolar</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TEPT</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia, ataques</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Toxicomanía</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autismo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esquizofrenia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno de Personalidad</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ADHD</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Síndrome de Tourett</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p style="text-align: center;">OTHER</p> <p>Propio Familia N/A</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas renales</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas nasales o sinusales</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quimioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Radiación</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otra(s) condición(es): _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo): _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos (tipo): _____</p>

Place patient label here
Name:

Place patient label here
Name:

HISTORIA SOCIAL

- ¿Exposición a materiales peligrosos? NO SÍ Especifique: _____
- ¿Consume productos de tabaco? NO SÍ Tipo: _____ ¿Qué tanto/Desde Cuándo? _____
- ¿Bebe bebidas con cafeína? NO SÍ Tipo: _____ ¿Qué tanto? _____
- ¿Bebe bebidas endulzadas? NO SÍ Tipo: _____ ¿Qué tanto? _____
- ¿Sigue alguna dieta especial? NO SÍ Tipo: _____
- ¿Hace ejercicio? NO SÍ ¿Qué tipo? ¿Qué tanto? _____

HISTORIA EVOLUTIVA

Ponga una marca al lado de cualquier casilla que sea aplicable, use el espacio provisto para explicar

- Cualquier cosa inusual sobre su nacimiento _____
- Su madre usó drogas o alcohol mientras estaba embarazada de usted _____
- Experimentó desafíos médicos cuando era bebé o niño/ _____
- Experimentó estrés significativo cuando era niño/a _____
- Experimentó accidentes o enfermedades que le causaron lesiones _____
- Feliz con la forma en que fue criado/a _____
- Fue tratado cruelmente, descuidado, golpeado o maltratado cuando era niño/a _____
- Fue abusado sexualmente cuando era niño/a _____
- Estuvo en un centro de acogida fuera del hogar cuando era niño/a _____
- ¿Muerte por suicidio en la familia? Si es así, ¿quién? _____
- ¿Dónde nació usted? _____

HISTORIA FAMILIAR

- ¿Está actualmente en una relación comprometida? SÍ NO Casado/a
- ¿Cuánto tiempo llevan juntos como pareja? _____
- Ha estado anteriormente... (marque todos los que correspondan) Casado/a Viudo/a Divorciado/a
- ¿Alguno de los siguientes puntos se aplica a su(s) relación(es) íntima(s)?
- Abuso sexual Abuso emocional Control financiero Abuso verbal Abuso físico
- Abuso de Sustancias Químicas Separación Otras Preocupaciones Preocupaciones por Salud Mental

HISTORIAL DE TRATAMIENTO

- Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado? _____
- ¿Tuvo/tiene alguna dificultad en la escuela? De aprendizaje Relaciones (compañeros/maestros)
- De conducta Otro: _____
- ¿Recibió/recibe servicios del IEP? Sí No

Empleo actual/anterior:

Tiempo empleado/a:

HISTORIAL DE TRATAMIENTO

- ¿Alguna vez ha estado en tratamiento por trastornos de uso de drogas o alcohol? Sí No
- Si la respuesta es sí, diga cuándo y dónde _____

HISTORIAL LEGAL

- Alguna vez ha sido/estado en: (marque todas las que apliquen)
- Libertad provisional Cárcel Prisión Libertad condicional

EVALUACIÓN DE RIESGOS

- ¿Hay algún antecedente de violencia en su hogar? _____ Sí No
- ¿Ha estado involucrado alguna vez el CPS con su familia? _____ Sí No

¿Hay armas de fuego en su casa? _____ Sí No
¿Se siente seguro/a en su casa? _____ Sí No
¿Tiene otras preocupaciones de seguridad en este momento? _____ Sí No
¿Alguna vez ha intercambiado sexo por comida, refugio (u otras necesidades básicas) por drogas? _____ Sí No

IDENTIDAD CULTURAL/PERSONAL

Afiliación religiosa/espiritual: _____ Practicing? Sí No
Estatus Socioeconómico: Pobre Trabajador Clase Media Clase Media-Alta/Alta
Identificadores culturales adicionales: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

CLINIC USE ONLY: BP/P: _____ HEIGHT/WEIGHT: _____ TEMPERATURE: _____

MRN: _____	RCVD: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> ORIGINAL <input type="checkbox"/> REVISED	<input type="checkbox"/> PM UPDATED: _____
------------	--------------------------	--	--