

BIOGRAPHICAL INFORMATION DATA SHEET

Please complete this form, sign and return it to the receptionist. Thank you. .
(Por favor complete y firme la forma. Gracias)

Date (Fecha): _____

Patient Information:

Last Name (Apellido): _____ First Name (Nombre): _____

Address (Direccion): _____

City/State/Zip (Ciudad, Estado, Zona Postal): _____

Telephone Number (Telefono): ____ (____) _____

Date of Birth: _____ Social Security #: _____
(Fecha de Nacimiento) (Numero de Seguro Social)

Male (Hombre): ☐

Female (Mujer): ☐

Single (Soltera): ☐

Married (Casada): ☐

Divorced (Divorciado): ☐

Employer (Empleador): _____

Employer Phone Number (Empleador Telefono): ____ (____) _____

Emergency Contact - In case of emergency, who should we contact? (En caso de una emergencia, a quien debemos de llamar?)

Name (Nombre): _____

Relationship to patient (Relacion con el paciente): _____

Phone Number (Numero de la Casa): ____ (____) _____

Responsible Party (Persona Responsable)

Name (Nombre): _____

Relationship to patient (Relacion con el paciente): _____

Birthdate (Fecha de Nacimiento): _____

Driver's License Number (Numero de Licencia): _____



AUTORIZACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN VERBAL DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Esto no autoriza la publicación de copias de los registros médicos

Nombre de Paciente:		Fecha de Nacimiento:
Dirección:		Teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

La terminación de este documento reemplaza (reemplaza/expira) toda la documentación anterior para la comunicación verbal en el archivo.

	Nombre	Número de Teléfono	Relación
1.			
2.			
3.			
4.			

Esta autorización no tiene vencimiento, a menos que se indique lo contrario aquí _____
(mes/día/año)

LEA CUIDADOSAMENTE: Autorizo la divulgación verbal de mi información médica. Esta autorización incluye la divulgación de información sobre consultas psiquiátricas y enfermedades mentales, discapacidades de desarrollo, tratamiento de alcohol o drogas, SIDA o enfermedad relacionada con el SIDA y/o resultados de pruebas de VIH (si aplica), a menos que limite la discusión para excluir las siguientes condiciones médicas:

FIRMA DEL PACIENTE/PERSONA AUTORIZADA: _____

****NOMBRE ESCRITO DE PERSONA AUTORIZADA:** _____

FECHA DE FIRMA: _____ (mes/día/año)

****Relación**(si no es uno mismo): ☐ Guardián legal ☐ Poder legal ☐ Otro _____

Si elijo retirar esta autorización o tengo alguna pregunta con respecto a este formulario, me pondré en contacto con el Departamento de Administración de Información de Salud de la Elite Primary Physicians Inc al (714)533-7021.

LISTA DE MEDICAMENTOS Y
ALERGIAS:



List your prescription and over-the-counter drugs, such as vitamins and herbal supplements you are currently taking.

Name the Drug/Vitamin/Herbal Supplements	Frequency Taken/ per day
NOMBRE DE MEDICAMENTOS O SUPLEMENTOS QUE TOMA	CUANTOS AL DIA ?

Allergies:

Name the Drug	Reaction You Had
NOMBRE DE MEDICAMENTO:	QUE REACCION TUVO?

PHARMACY AND PRESCRIPTION INFORMATION

Primary Pharmacy _____
NOMBRE DE FARMACIA:
Pharmacy Phone # _____

Pharmacy Address (or Cross Streets) _____ City _____
DIRECCION _____
NUMERO DE TELEFONO _____

NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Reconocimiento de Recibo

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

Entiendo que el Aviso sobre Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo el Condado de Orange puede usar y divulgar su información médica y cómo puedo acceder y ejercer mis derechos con respecto a mi información médica.

A menos que lo exija la ley o se especifique en una excepción de bloqueo de información, OC Health Care Agency no participa en prácticas que interfieran con el acceso, el intercambio o el uso de su información médica electrónica.

Nuestra *Notificación de Prácticas de Privacidad* pudiese cambiar. Si llegase a cambiar, usted puede recibir una nueva copia a través de la página de Internet: <http://ochealthinfo.com/aboutadmin/hipaa/npp> o al contactar al Oficina de Cumplimiento al (714) 568-5614 o Oficial de Privacidad de la Agencia del Cuidado de Salud del Condado al número de teléfono (714) 834-4082.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestra *Notificación de Prácticas de Privacidad*, por favor contacte al Oficina de Cumplimiento al (714) 568-5614 o Oficial de Privacidad de la Agencia del Cuidado de Salud del Condado al número de teléfono (714) 834-4082.

Yo reconozco que recibí la *Notificación de Prácticas de Privacidad* del Condado de Orange.

Imprima Su Nombre: _____

Fecha: _____

Firma: _____

(paciente/padre/conservador/guardián)

Si usted no es el cliente, pero firma en nombre de un cliente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal del cliente: _____

Relación con el Cliente: _____

Intercambio de Información Médica OPT-IN (a menos que la divulgación sea requerida por ley)

Un Intercambio de Información Médica (HIE, por sus siglas en inglés) nos permite compartir su información electrónicamente con otros proveedores de atención médica fuera de nuestras instalaciones que participan en su atención. Si desea participar en este proceso, compartiremos su información con sus proveedores participantes según sea necesario para el tratamiento. Si desea excluirse de este proceso en cualquier momento después de haber elegido participar, comuníquese con su proveedor.

Si decide participar, debe escribir las iniciales del cliente o del representante del cliente en el cuadro que aparece a continuación.

☐

El paciente/Cliente ha elegido OPT-IN.

Si el cliente ha elegido participar en el HIE, es necesario completar la Autorización para Usar y Divulgar (ATD) para compartir la PHI en el HIE.

Office of Compliance Revised 2025 V1 Spanish

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE

English - Spanish - French

**SU BIENESTAR Y RECUPERACIÓN SON NUESTRA PREOCUPACIÓN PRINCIPAL.
CONSIDERAMOS QUE TENER UNA EXPERIENCIA POSITIVA ES UNA RESPONSABILIDAD
COMPARTIDA ENTRE USTED Y SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA.**

- Tiene derecho a solicitar información sobre los derechos, las responsabilidades y temas éticos del paciente
- considerada, sin tomar en cuenta su raza, religión, origen nacional, cualquier tipo de discapacidad o minusvalía, orientación sexual identidad o expresión de género, edad, tiempo de servicio militar o la forma de pago para su cuidado.
- Tiene derecho a nombrar un sustituto para que tome decisiones por usted, según lo permitan las leyes, en caso de que no pueda tomar ninguna decisión sobre su atención médica, tratamiento y servicios.
- Usted, su familia y/o sustituto tienen el derecho según lo estipulado y permitido por la ley, de verse involucrados en la atención, en el tratamiento y en las decisiones de servicios, incluyendo la evaluación y el tratamiento de su dolor.
- Usted tiene el derecho a solicitar un ambiente que preserve la dignidad.
- Tiene derecho de solicitar privacidad y confidencialidad de manera razonable y apropiada de acuerdo a las circunstancias.
- Tiene derecho a la comunicación que comprende, incluyendo servicios de interpretación cualificados y otras acomodaciones razonables, sin costo, si usted tiene necesidades especiales de comunicación debido a una afectación o dificultad visual, del habla, auditiva, de idioma o cognitiva.
- Tiene derecho a solicitar una consulta con otro médico o especialista, incluido un especialista de control de dolor.
- Usted y, cuando sea adecuado, su familia tienen derecho a informarse sobre la atención que recibe, incluidos el tratamiento, los servicios y la información sobre resultados imprevistos.
- Usted y la persona que toma decisiones en su nombre tienen derecho a aceptar o rechazar tratamientos médicos o quirúrgicos, según lo permita la ley, por ejemplo, el derecho de interrumpir o renunciar a tratamientos para la prolongación de la vida y de renunciar a los servicios de reanimación, según las leyes y los reglamentos.
- Tiene derecho a reconsiderar, cambiar o formalizar las instrucciones anticipadas para la atención médica; además tiene derecho a que al ingresar al hospital le informen en qué medida la organización puede, no puede o no está dispuesta a cumplir con sus instrucciones anticipadas. (La existencia o la falta de un documento de instrucciones anticipadas no determina el acceso de una persona a la atención médica, el tratamiento y los servicios).
- Tiene derecho, según lo permita la ley, a solicitar acceso a un informe detallado sobre su propia salud, incluida la información sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, así como a solicitar enmienda a dicho informe (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 1996).
- Usted y su familia tienen derecho a solicitar una consulta ética que les ayude a resolver problemas, preocupaciones y dilemas de naturaleza ética en cuanto a su atención médica, tratamiento y servicios.
- Tiene derecho a que lo consideren candidato para la donación de órganos, tejidos u ojos.
- Tiene derecho a exigir que se respeten sus deseos en cuanto a la donación de órganos, dentro de los límites de la ley y la capacidad de la organización.
- Tiene derecho a que, como paciente, se proteja su seguridad personal de manera razonable, incluido el acceso a servicios de protección, según lo permita la ley y sea fundado según las circunstancias.
- Tiene derecho a conocer las normas y reglas del consultorio aplicables a usted como paciente y a hablar con un representante de pacientes a fin de presentar sus quejas, inquietudes y sugerencias para el mejoramiento de los servicios.

ELITE PRIMARY PHYSICIANS, INC.

200 N Harbor Blvd. Suite 160, Anaheim, CA 92805

Teléfono: 714-533-7021

Formulario de Consentimiento para Participación en la Enseñanza y Capacitación

Propósito:

En Elite Primary Physicians, también enseñamos para capacitar a los futuros profesionales de la salud. Nuestra misión es brindar atención médica compasiva y de alta calidad mientras apoyamos la educación y el desarrollo profesional de la próxima generación de médicos y proveedores de atención médica.

Explicación:

Como parte de su visita hoy, puede ser atendido por un estudiante de medicina, estudiante de asistente médico (PA), estudiante de enfermería practicante (NP) o médico residente/estudiante de medicina bajo la supervisión de su proveedor principal.

Estos estudiantes pueden:

- Obtener su historial médico
- Realizar partes de un examen físico
- Discutir su plan de atención con el proveedor supervisor

Todos los hallazgos y decisiones de atención son revisados y aprobados por su médico o proveedor supervisor antes de emitir recomendaciones finales.

Sus Derechos:

- Su participación en este entorno educativo es completamente voluntaria.
- Puede negarse a que un estudiante participe en su atención en cualquier momento.
- Su negativa no afectará su tratamiento ni su relación con nuestra clínica.

Consentimiento

Reconozco que he leído y comprendido la información anterior. Entiendo que Elite Primary Physicians también sirve como un sitio de capacitación para futuros profesionales de la salud y que los estudiantes pueden participar en mi atención bajo supervisión. Doy mi consentimiento para la participación de los estudiantes durante mi visita.

Firma del Paciente : _____

Fecha: _____

ELITE PRIMARY PHYSICIANS, INC.

POLÍTICA DE RESURTIDO DE MEDICAMENTOS

1. Los pacientes deben solicitar los resurtidos de medicamentos al menos 3 a 5 días hábiles antes de que se les terminen los medicamentos.
2. Las solicitudes de resurtido deben enviarse durante el horario laboral habitual.
3. Algunos medicamentos pueden requerir citas de seguimiento, análisis de laboratorio o una evaluación adicional antes de autorizar el resurtido.
4. Las solicitudes de resurtido de sustancias controladas están sujetas a una revisión adicional y pueden requerir una evaluación en persona.
5. Las solicitudes de resurtido anticipado no están garantizadas.
6. Las solicitudes de resurtido enviadas fuera del horario laboral, durante los fines de semana o días festivos pueden no procesarse hasta el siguiente día hábil.
7. Los pacientes son responsables de mantener las citas de seguimiento programadas que sean necesarias para la gestión continua de sus medicamentos.
8. Los medicamentos recetados por especialistas externos pueden tener que ser administrados por el especialista que los prescribe.
9. Las citas perdidas repetidamente o el incumplimiento de las indicaciones pueden afectar la autorización de resurtidos.
10. La clínica se reserva el derecho de rechazar solicitudes de resurtido que no sean clínicamente apropiadas.
11. Las solicitudes de resurtido de emergencia se manejarán a discreción del proveedor.
12. Los pacientes deben mantener registrada una farmacia preferida y actualizada.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

ELITE PRIMARY PHYSICIANS, INC.

ACUERDO SOBRE SUSTANCIAS CONTROLADAS

1. Los medicamentos controlados se recetan únicamente cuando son médicamente apropiados.
2. Es posible que los pacientes deban asistir a citas periódicas de seguimiento.
3. Los resurtidos anticipados no están garantizados.
4. Es posible que los medicamentos perdidos, robados o dañados no sean reemplazados.
5. La clínica puede requerir una evaluación en persona antes de autorizar resurtidos.
6. Es posible que se requieran pruebas de detección de drogas en orina, conteos de pastillas, consultas con especialistas o monitoreo adicional.
7. Los pacientes deben utilizar una sola farmacia siempre que sea posible.
8. Los medicamentos controlados deben tomarse únicamente según lo recetado.
9. Está prohibido compartir o vender medicamentos.
10. Varias citas perdidas o el incumplimiento repetido de las indicaciones pueden resultar en la suspensión de la prescripción de medicamentos controlados.
11. El comportamiento agresivo, amenazante, abusivo o inapropiado hacia el personal puede resultar en la terminación de la relación con la clínica.
12. La clínica se reserva el derecho de modificar los planes de tratamiento basándose en el criterio clínico y las leyes aplicables.
13. El programa CURES puede ser revisado de acuerdo con la ley de California.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del proveedor: _____

Fecha: _____

ELITE PRIMARY PHYSICIANS, INC.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELEMEDICINA

1. Los servicios de telemedicina pueden incluir evaluación médica, recomendaciones de tratamiento, manejo de medicamentos, atención de seguimiento y revisión de estudios diagnósticos.
2. La telemedicina tiene limitaciones y puede no reemplazar una evaluación médica en persona cuando sea clínicamente necesaria.
3. Es posible que ocurran ocasionalmente fallas técnicas, interrupciones o riesgos para la privacidad, a pesar de contar con medidas de protección razonables.
4. Es posible que se me solicite asistir a una consulta en persona cuando sea clínicamente apropiado.
5. En caso de emergencia, debo llamar al 911 o buscar atención médica de emergencia.
6. Las decisiones sobre la prescripción de medicamentos siguen estando sujetas al criterio clínico y a los requisitos legales.
7. Mi información médica estará protegida de acuerdo con la Ley HIPAA y las leyes de privacidad aplicables.
8. Puedo retirar mi consentimiento para los servicios de telemedicina en cualquier momento.
9. Consiento recibir servicios de atención médica mediante telemedicina de Elite Primary Physicians, Inc.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del proveedor: _____

Fecha: _____

**NOTIFICACION DE MANIFESTACION ANTICIPADA
DE VOLUNTAD
INFORMACION PARA MIEMBROS**

NOMBRE DE PACIENTE: _____

FECHA: _____

☐

YO SI TENGO MANIFESTACION ANTICIPADA

☐

YO NO TENGO MANIFESTACION ANTICIPADA

☐

**ME GUSTARIA MAS INFORMACION DE
DE MANIFESTACION ANTICIPADA**

☐

NO ME GUSTARIA RECIBIR INFORMACION

SOBRE MANIFESTACION ANTICIPADA.

FIRMA DE PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Physician or Office Staff please complete:

☐

Information regarding Advanced Directives was provided.

☐

Information regarding Advanced Directives was not provided.

If information was provided, what type? ☐ **Verbal** ☐ **Written**

If the member has an Advanced Directive, has it been placed in the Medical Record:

☐

Yes

☐

No

Comments:

Physician or Staff Signature: _____

Date:

ELITE PRIMARY PHYSICIANS, INC.

RECONOCIMIENTO DE VISITA DE BIENESTAR Y POLÍTICA FINANCIERA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Propósito de la visita de hoy

La cita de hoy está programada como una visita preventiva/de bienestar. Este tipo de visita se enfoca en:

- Examen físico de rutina;
- Evaluaciones y consejería preventiva;
- Mantenimiento de la salud
- Revisión de laboratorios, vacunas y factores de riesgo apropiados para la edad

Información importante de facturación

Una visita de bienestar no incluye la evaluación o manejo de problemas médicos nuevos o existentes.

Si se abordan problemas médicos durante la visita de hoy, su proveedor puede facturar tanto una visita preventiva como una visita orientada a problemas. Esto puede resultar en cargos adicionales, incluyendo copagos, coseguro o deducibles, dependiendo de su plan de seguro.

Ejemplos de situaciones que pueden generar cargos adicionales

- Síntomas nuevos (por ejemplo: dolor en el pecho, dolor abdominal, dolores de cabeza, fatiga)
- Manejo de condiciones crónicas (por ejemplo: diabetes, hipertensión, colesterol alto)
- Ajustes o renovaciones de medicamentos que requieren toma de decisiones médicas
- Problemas de salud mental (por ejemplo: ansiedad, depresión, insomnio)
- Revisión de estudios o laboratorios anormales
- Enfermedades agudas (por ejemplo: infecciones, erupciones, lesiones)
- Procedimientos (por ejemplo: inyecciones articulares, procedimientos de piel, interpretación de EKG)

Sus opciones

- Su proveedor puede abordar estos temas durante la visita de hoy si el tiempo lo permite y facturar en consecuencia
- Puede optar por programar una cita separada para evitar cargos adicionales hoy
- Puede decidir no abordar la preocupación en este momento

Reconocimiento del paciente

Entiendo que:

- Mi seguro puede cubrir las visitas preventivas al 100%, pero las visitas por problemas pueden requerir costos compartidos
- Si se abordan preocupaciones médicas adicionales, puedo recibir cargos separados
- La cobertura y los costos de bolsillo son determinados por mi plan de seguro
- Tengo el derecho de preguntar sobre los posibles costos antes de que se proporcionen servicios adicionales

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Herramienta de evaluación de necesidades sociales

FORMULARIO DEL PACIENTE

(versión corta)

Responda lo siguiente.

ALOJAMIENTO

1. ¿Cuál es su situación de vivienda actualmente?
 - ☐ No tengo vivienda (me quedo con otros, en un hotel, en un refugio, vivo en la calle, en la playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobuses o de trenes, o en un parque)
 - ☐ Tengo vivienda actualmente, pero me preocupa perder la vivienda en el futuro
 - ☐ Tengo vivienda
2. Piense en el lugar en el que vive. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas? (marque todo lo que corresponda)
 - ☐ Infestación de insectos
 - ☐ Moho
 - ☐ Pintura o tuberías con plomo
 - ☐ Calefacción inadecuada
 - ☐ Horno o cocina que no funciona
 - ☐ No tiene detectores de humo o los detectores no funcionan
 - ☐ Pérdidas de agua
 - ☐ Ninguna de las anteriores

COMIDA

3. Durante los últimos 12 meses, ¿se preocupó porque podía quedarse sin comida antes de obtener dinero para comprar más?
 - ☐ Frecuentemente
 - ☐ A veces
 - ☐ Nunca
4. En los últimos 12 meses, la comida que compró no alcanzó y no tenía dinero para obtener más?
 - ☐ Frecuentemente
 - ☐ A veces
 - ☐ Nunca

TRANSPORTE

5. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le impidió asistir a citas médicas, a reuniones, al trabajo u obtener las cosas necesarias para la vida diaria? (marque todo lo que corresponda)
 - ☐ Sí, me ha impedido asistir a citas médicas u obtener medicamentos
 - ☐ Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, a citas, al trabajo u obtener cosas que necesito
 - ☐ No

SERVICIOS PÚBLICOS

6. En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, combustible o agua ha amenazado con desconectar los servicios en su hogar?
 - ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ Ya los desconectó

SEGURIDAD PERSONAL

7. ¿Con qué frecuencia alguien, incluida su familia, lo lastima físicamente?
 - ☐ Nunca
 - ☐ Pocas veces
 - ☐ A veces
 - ☐ Con bastante frecuencia
 - ☐ Frecuentemente
 8. ¿Con qué frecuencia alguien, incluida su familia, lo insulta o lo menosprecia?
 - ☐ Nunca
 - ☐ Pocas veces
 - ☐ A veces
 - ☐ Con bastante frecuencia
 - ☐ Frecuentemente
 9. ¿Con qué frecuencia alguien, incluida su familia, lo amenaza con hacerle daño?!
- ☐ Nunca
 - ☐ Pocas veces
 - ☐ A veces
 - ☐ Con bastante frecuencia
 - ☐ Frecuentemente

10. ¿Con qué frecuencia alguien, incluida su familia, le grita o lo insulta?

- ☐ Nunca
- ☐ Pocas veces
- ☐ A veces
- ☐ Con bastante frecuencia
- ☐ Frecuentemente

ASISTENCIA

11. ¿Le gustaría recibir ayuda para alguna de estas necesidades?

- ☐ Sí
- ☐ No

Las preguntas 1-10 se vuelven a imprimir con permiso de la Academia Nacional de Ciencias, cortesía de National Academies Press, Washington, D.C.

REFERENCIA

1. Billioux A, Verlander K, Anthony S, Alley D. National Academy of Medicine. Evaluación estandarizada de las necesidades sociales relacionadas con la salud en entornos clínicos: la herramienta de

Cuestionario para Adultos de Experiencias Adversas en la Infancia

Comité Consultivo Clínico del Cirujano General de California

Nuestras relaciones y experiencias, incluso las de la infancia, pueden afectar nuestra salud y bienestar. Las experiencias difíciles de la infancia son muy comunes. Díganos si ha tenido alguna de las experiencias enumeradas a continuación, ya que pueden estar afectando su salud hoy o pueden afectar su salud en el futuro. Esta información lo ayudará a usted y a su proveedor a comprender mejor cómo trabajar juntos para apoyar su salud y bienestar.

Instrucciones: A continuación hay una lista de 10 categorías de Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs por sus siglas en inglés). En la lista a continuación, coloque una marca de verificación junto a cada categoría de ACEs que experimentó antes de cumplir 18 años. Luego, sume el número de categorías de ACE que experimentó y coloque el número total en la parte inferior.	
¿Sintió que no tenía suficiente para comer, tenía que usar ropa sucia o no tenía a nadie que lo protegiera o lo cuidara?	☐
¿Perdió a uno de sus padres a causa de divorcio, abandono, muerte u otra razón?	☐
¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o intentó suicidarse?	☐
¿Vivió con alguien que tuvo problemas del alcohol y/o drogas, incluyendo medicamentos recetados?	☐
¿Sus padres o algún adulto en su casa alguna vez se golpearon o amenazaron con lastimarse?	☐
¿Vivió con alguien que fue a la cárcel o prisión?	☐
¿Alguna vez uno de sus padres o algún adulto en su casa le ha insultado o menospreciado?	☐
¿Alguno de sus padres o algún adulto en su hogar alguna vez lo golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna manera?	☐
¿Sintió que nadie en su familia lo quería o pensaba que era especial?	☐
¿Experimentó contacto sexual no deseado (como manosear / penetración oral / anal / vaginal)?	☐

Su calificación ACE es el número total de respuestas marcadas

¿Usted cree que estas experiencias han afectado a su salud? **No mucho** **Algo** **Mucho**

**Las experiencias en la infancia son solo una parte de la historia de vida de una persona.
Hay muchas maneras de sanar a lo largo de nuestra vida.**

Háganos saber si tiene preguntas sobre privacidad o confidencialidad.

Encuesta Sobre El Maltrato

(Abuse Assessment Screen, Spanish Version)

1. Durante el ultimo ano, fue golpeada, bofetada, pateada, o lastimada fisicamente de alguna

otra manera por alguien?

☐ SI

☐ NO

Si la respuesta es "si" por quien(es) _____

2. Desde que salio embarazada, ha sido golpeada, bofetada, pateada, o lastimada fisicamente de alguna otra manera por alguien?

☐ SI

☐ NO

Si la respuesta es "si" por quien(es) _____

En el diagrama anatomico marque las partes de su cuerpo que han sido lastimadas. Valore cada incidente usando las siguiente escala:

GRADO

1 = Amenazas de maltrato que incluyen el uso de
un arma

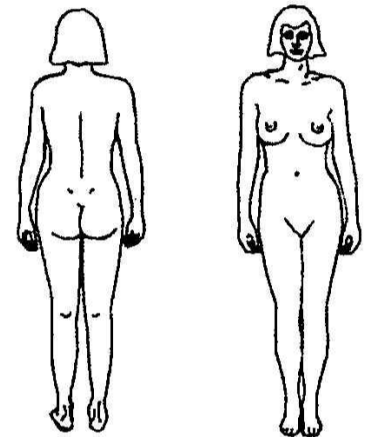
2 = Bofetadas, empujones sin lesiones fisicas o
dolor permanente

3 = Moquetzas, patadas, moretones, heridas, y/o
dolor continuo

4 = Molida a palos, contusiones several, quemaduras
fracturas de huesos

5 = Heridas en las cabeza, lesiones internal, lesiones
permanentes

6 = Uso de armas; herida por arma



Si cualquiera de las situaciones valora un numero alto en la escala.

3. Durante el ultimo ano, fue forzada a tener relaciones sexuales?

☐

SI

☐

NO

Si la respuesta es "si" por quien(es) _____

Cuantas veces? _____

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE -9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

(Marque con un "✓" para indicar su respuesta)

**Ningún
día**

**Varios
días**

**Más de la
mitad de
los días**

**Casi
todos los
días**

1. Poco interés o placer en hacer cosas

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

5. Sin apetito o ha comido en exceso

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) — o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver televisión

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario — muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

For office coding: + + +

= Total Score:

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las cosas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

**No ha sido
difícil**
☐

**Un poco
difícil**
☐

**Muy
difícil**
☐

**Extremadamente
difícil**
☐

GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?

Nunca

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)

1.	Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2.	No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
3.	Preocuparse demasiado por diferentes cosas	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4.	Dificultad para relajarse	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
5.	Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
6.	Molestarse o ponerse irritable fácilmente	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
7.	Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)



TUBERCULOSIS SCREENING ADULTO

SI NO

1.) TIENE USTED VIH/SIDA?

☐ ☐

2.) ESTUVO EN CONTACTO CON ALGUIEN QUE TIENE
TUBERCULOSIS?

☐ ☐

3.) TIENE USTED ALGUNA ENFERMEDAD QUE AFECTA A
SU SISTEMA INMUNOLÓGICO QUE LO PONGA EN RIESGO
DE SUFRIR TUBERCULOSIS?

☐ ☐

4.) UN INMIGRANTE DE UN PAÍS CON ALTA PREVALENCIA DE
TUBERCULOSIS (POR EJEMPLO, LA MAYORÍA DE
LOS PAÍSES DE ÁFRICA, ASIA Y AMÉRICA LATINA)?

☐ ☐

5.) PERTENECE USTED A LAS PERSONAS DE BAJOS INGRESOS CON
POBRE ATENCIÓN MÉDICA (INCLUIDAS LAS
POBLACIONES DE MINORÍAS RACIALES O ÉTNICAS DE ALTO
RIESGO)?

☐ ☐

6.) VIVE USTED EN UN CENTRO DE CUIDADO A LARGO PLAZO COMO:
CÁRCELES, CENTROS DE SALUD MENTAL O
HOGARES DE ANCIANOS?

☐ ☐

Evaluación de riesgos de contraer hepatitis

• English version

Verifique su riesgo de tener hepatitis A

	Sí	No
¿Cree que ha estado expuesto a la hepatitis A en las pasadas dos semanas?		
¿Vive usted con una persona que está enferma de hepatitis A?		
¿Ha tenido relaciones sexuales con alguien que está enfermo de hepatitis A?		
¿Vive en este momento en una región de los Estados Unidos donde las tasas de hepatitis A son muy altas?		
¿Trabaja o viaja en áreas fuera de los Estados Unidos donde la hepatitis A es un problema? (Esta categoría incluye a todos los países EXCEPTO Australia, Nueva Zelanda, los países de Europa del Oeste, Japón y Canadá)		
¿Usted es hombre y tiene relaciones sexuales con otros hombres?		
¿Utiliza drogas, inyectables o no inyectables (como la cocaína)?		

marcó Sí como respuesta a cualquiera de estas preguntas está usted en situación de riesgo y debe ver a su médico.

Verifique su riesgo de tener hepatitis B

	Sí	No
¿Hay alguien en su hogar que esté enfermo de hepatitis B?		
¿Alguna vez le han diagnosticado una enfermedad de transmisión sexual?		
¿Ha tenido relaciones sexuales con más de un compañero sexual en un período de 6 meses?		
¿Usted es hombre y tiene relaciones sexuales con otros hombres?		
¿Usted o alguno de sus compañeros/compañeras sexuales alguna vez se ha inyectado drogas ilegales?		
¿Alguna vez ha compartido con otra u otras personas implementos (agujas, jeringas, algodón, agua, etc.) mientras se inyectaban drogas?		
¿Alguna vez ha recibido hemodiálisis?		
¿En el momento de su nacimiento su madre tenía hepatitis B?		
¿Alguna vez ha trabajado en un centro de cuidado de salud o en otra ocupación donde sufrió una herida con una aguja u otro objeto punzante?		
¿Alguna vez ha compartido un cepillo de dientes, máquina de afeitar o cualquier otro objeto que podía contener sangre (fuese visible o no) de una persona que tuviese hepatitis B?		

marcó Sí como respuesta a cualquiera de estas preguntas está usted en situación de riesgo y debe ver a su médico.

Verifique su riesgo de tener hepatitis C

	Sí	No
¿Recibió usted una transfusión de sangre o un trasplante de un órgano sólido (corazón, pulmón, hígado, páncreas o riñón) antes de julio de 1992?		
¿Recibió usted concentrados de factores coagulantes producidos antes de 1987?		
¿Alguna vez ha recibido hemodiálisis?		
¿Ha tenido exámenes de sangre que indicaran un problema del hígado?		
¿Alguna vez ha sufrido una herida con una aguja u otro objeto punzante mientras trabajaba en un centro de cuidado de salud?		
¿En el momento de su nacimiento su madre tenía hepatitis C?		
¿Alguna vez ha compartido un cepillo de dientes, máquina de afeitar o cualquier otro objeto que podía contener sangre (fuese visible o no) de una persona que tuviese hepatitis C?		
¿Usted o alguno de sus compañeros/compañeras sexuales alguna vez se ha inyectado drogas ilegales, incluso si fue una sola vez y hace muchos años?		

marcó Sí como respuesta a cualquiera de estas preguntas está usted en situación de riesgo y debe ver a su médico.

Adaptado de Immunization Action Coalition (IAC)

Cuestionario de prueba de detección de alcohol AUDIT-C (Spanish)

Debido que ingerir alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso de alcohol. Si se siente incómodo al llenar este formulario, hágaselo saber a su proveedor de atención médica.

Patient name: _____

Date of birth: _____

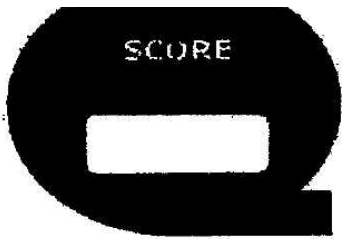
- Una bebida estándar equivale a:
- 1.5 oz de licor (por ejemplo, un trago de whisky)
 - 12 oz de cerveza
 - 5 oz de vino



AUDIT – C

1.	¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca ☐	Una o menos veces al mes ☐	De 2 a 4 veces al mes ☐	De 2 a 3 veces a la semana ☐	4 o más veces a la semana ☐
2.	¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 - 2 ☐	3 - 4 ☐	5 - 6 ☐	7 - 9 ☐	10 y más ☐
3.	¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca ☐	Menos de una vez al mes ☐	Mensualmente ☐	Semanalmente ☐	A diario o casi a diario ☐

Scoring:
A total of 5+ indicates increasing or higher risk drinking.
An overall total score of 5 or above is AUDIT-C positive.



Cuestionario de detección de drogas

(DAST – Spanish)

El uso de drogas puede afectar su salud y a algunos medicamentos que podría estar consumiendo. Ayúdenos a darle la mejor atención médica contestando a las siguientes preguntas.

¿Cuál de las siguientes drogas utilizó el año pasado?

- ☐ metanfetaminas (speed, cristal)
- ☐ cocaína
- ☐ cannabis (marihuana, maría)
- ☐ narcóticos (heroína, oxicodona, metadona, etc.)
- ☐ inhalantes (thiner o adelgazante de pintura, aerosol, pegamento)
- ☐ alucinógenos (LSD, hongos)
- ☐ tranquilizantes (valium)
- ☐ otros _____

¿Con qué frecuencia ha usado estas drogas? ☐ Mensualmente o menos ☐ Semanal ☐ A diario o casi diario

Pregunta	No	Sí
1. ¿Ha utilizado medicamentos distintos de los necesarios por motivos médicos?	☐	☐
2. ¿Abusa de más de una droga a la vez?	☐	☐
3. ¿Puede dejar de consumir drogas cuando quiera?	☐	☐
4. ¿Ha experimentado pérdida temporal de la memoria o escenas retrospectivas como resultado del uso de drogas?	☐	☐
5. ¿En ocasiones se siente mal o culpable por su uso de drogas?	☐	☐
6. ¿Se quejan alguna vez su cónyuge (o padres) por su implicación con las drogas?	☐	☐
7. ¿Ha descuidado a su familia debido a su uso de drogas?	☐	☐
8. ¿Ha participado en actividades ilegales a fin de obtener drogas?	☐	☐
9. ¿Ha experimentado alguna vez síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando ha dejado de consumir drogas?	☐	☐
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias)?	☐	☐

¿Alguna vez se ha inyectado drogas? ☐ Nunca ☐ Sí, en los últimos 90 días ☐ Sí, hace más de 90 días

¿Ha estado alguna vez en tratamiento por abuso de sustancias? ☐ Nunca ☐ Actualmente ☐ En el pasado

I II III IV

0 1-2 3-5 6+
