



Northwest Michigan Health Services, Inc.

Formulario de Registro

Información General

Nombre:		Inicial:	Apellido:	
Dirección Postal:		Ciudad:	Estado:	Código Postal
Dirección Física:		Ciudad:	Estado:	Código Postal
Condado:	Fecha de Nacimiento:	Correo Electrónico:		

Estado Civil? Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a)

Teléfono de Casa: De Celular: ¿Le podemos mandar recordatorios de su cita por texto?
 Sí No

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted? celular teléfono casero texto correo electrónico Otro _____

¿Autoriza a su médico y/o personal de NMHSI a dejar un mensaje con respecto al tratamiento, los resultados de sus pruebas o otra información necesaria? Sí No

Contacto de Emergencia:

Nombre:		Relación con el Paciente:	
Teléfono de Casa:	De Celular:	De Trabajo:	

Compartir información: ¿Autoriza a NMHSI a discutir los resultados de su tratamiento, información de salud y/o instrucciones con su cónyuge/pareja/otra persona? No Si: Si autorizo, por favor incluya la información de las personas en la siguiente sección:

1)	2)
(Nombre)	(Relación del Paciente)
(Nombre)	(Relación del Paciente)

FQHC-Información Demográfica Requerida:

La póliza de NMHSI es de proporcionar oportunidades iguales sin consideración de raza, color, religión, origen nacional, género, preferencia sexual, edad, discapacidad.

Raza:	<input type="checkbox"/> Blanco(a) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano Indígena <input type="checkbox"/> Indígena de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Otro: _____	Lenguaje Preferido:	
¿Es un Veterano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está sin hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Trabaja en la agricultura?	<input type="checkbox"/> Trabajador Migrante <input type="checkbox"/> Trabajador de Temporada <input type="checkbox"/> No	¿Eres refugiado/asilo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Esta sección es para pacientes de 18 años de edad o más

Identidad de género: Hombre Mujer Elija no divulgar

Información de Ingresos

Leyes Federales requieren que reportemos el total de los ingresos anuales de cada hogar para los que reciben servicios de NMHSI. Pedimos su cooperación, indicando lo siguiente:

Número total de personas en su hogar: _____ Su ingreso **ANUAL** familiar combinado es: \$ _____

Si tiene seguro medico/dental, puede calificar para la escala de tarifas de NMHSI, que ofrece tarifas con descuento para los servicios. ¿Quiere aplicar para ver si califica? Si No

¿Tiene documentos sobre sus deseos de fin de vida? Sí No

Si no, ¿Está interesado en hablar con su médico sobre sus opciones? Sí No

Farmacia preferida: _____

Firma del Paciente/Guardián:	Fecha:
Nombre del Guardián:	Relación con el Paciente:



ESCALA DE PRECIOS REDUCIDOS

Instrucciones:

- Paso 1:** Por favor liste **TODOS** los miembros del hogar, incluyéndose a usted mismo.
- Paso 2:** Por favor indique **TODAS** las fuentes de ingresos anual para cada miembro del hogar.
- Paso 3:** Por favor agregue o presente comprobante de ingresos dentro de los **30 días**.
Ejemplos: **Declaración de impuestos, W-2, o un 1 mes de talón de pagos.**
- Paso 4:** Por favor firme el formulario.

Si tiene seguro de salud, todavía puede calificar para la escala de precios reducidos.

Nombre del Paciente: _____

PASO 1: Miembros Del Hogar- Por favor liste **TODOS** los miembros del hogar, incluyéndose a usted mismo

NOMBRE	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE TRABAJO	TIEMPO COMPLETO/MEDIO
1.	YO			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

PASO 2: Ingresos Anual Del Hogar- Indique **TODAS** las fuentes de ingresos para cada miembro del hogar.

Tipo de Ingreso	Miembro 1 (Tú):	Miembro 2:	Miembro 3:	Miembro 4:
Empleo (incluya propina)	\$	\$	\$	\$
Desempleo				
Asistencia en efectivo de MI				
Apoyo conyugal, (manutención de los hijos)				
Pensión				
Seguro Social				
Otro:				
INGRESO TOTALES	\$	\$	\$	\$

PASO 3: Comprobante de ingresos- Por favor incluya o presente comprobante de ingresos dentro de los 30 días, para evitar que se le cobre el precio total por los servicios brindados.

Tamaño de la familia	Plan A \$20 Médico \$30 Dental		Plan B \$30 Médico \$40 Dental		Plan C \$40 Médico \$55 Dental		Plan D \$55 Médico \$75 Dental		Plan E Sin descuento: usted paga los cargos completos
	Ingresos Anual del Hogar		Ingresos Anual del Hogar		Ingresos Anual del Hogar		Ingresos Anual del Hogar		Ingresos Anual del Hogar
1	\$0	\$15,060	\$15,061	\$22,590	\$22,591	\$27,861	\$27,862	\$30,120	mas de \$30,121
2	\$0	\$20,440	\$20,441	\$30,660	\$30,661	\$37,814	\$37,815	\$40,880	mas de \$40,881
3	\$0	\$25,820	\$25,821	\$38,730	\$38,731	\$47,767	\$47,768	\$51,640	mas de \$51,641
4	\$0	\$31,200	\$31,201	\$46,800	\$46,801	\$57,720	\$57,721	\$62,400	mas de \$62,401
5	\$0	\$36,580	\$36,581	\$54,870	\$54,871	\$67,673	\$67,674	\$73,160	mas de \$73,161
6	\$0	\$41,960	\$41,961	\$62,940	\$62,941	\$77,626	\$77,627	\$83,920	mas de \$83,921
7	\$0	\$47,340	\$47,341	\$71,010	\$71,011	\$87,579	\$87,580	\$94,680	mas de \$94,681
8	\$0	\$52,720	\$52,721	\$79,080	\$79,081	\$97,532	\$97,533	\$105,440	mas de \$105,441

*Para unidades familiares de más de 8 miembros, agregue \$5,140 por año por persona adicional. En vigor del 15/03/24 al 28/02/25

Al enviar esta solicitud, afirmo que los hechos establecidos en ella son verdaderos y completos. Entiendo que si soy elegible para el descuento de la escala móvil de tarifas, cualquier declaración falsa, omisión u otra tergiversación hecha por mí en esta solicitud puede resultar en mi despido inmediato. Es política de esta organización brindar igualdad de oportunidades sin distinción de raza, color y religión.

PASO 4: Firma

Paciente/ Guardián: _____

Fecha: _____

Relación con el _____

Paciente: _____

2024

PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Propósito: Northwest Michigan Health Services, Inc. y el Médico/Dentista asignado a usted, le ofrecerá servicios de atención médica o dental a través del uso de videos en vivo, (visuales) y/o audio (sonido) y otros servicios basados en computadoras.

Entiendo que los servicios electrónicos permiten a los Médicos/Dentistas obtener información sobre mi estado de salud a través de comunicaciones electrónicas con el propósito de diagnosticar y determinar un plan de tratamiento para ciertas condiciones que no son de emergencia. Estos servicios pueden ser utilizados para el tratamiento y coordinación de emergencias dentales.

Entiendo que la información intercambiada puede ser utilizada para el diagnóstico; desarrollo y revisión del plan de tratamiento; y puede incluir cualquiera o todas las siguientes comunicaciones electrónicas: documentación de registro médico del paciente, archivos de vídeo y audio en vivo y transmisión de imágenes y otros datos.

Posibles Riesgos: Al igual que con cualquier uso de la tecnología, existen riesgos potenciales asociados con el uso de los servicios de atención electrónica. Usted entiende que estos riesgos incluyen, pero no pueden limitarse a, los siguientes riesgos:

- Pueden producirse retrasos o errores en la evaluación y el tratamiento médicos/dentales debido a deficiencias o fallas del equipo
- La información transmitida puede no ser suficiente para permitir la toma de decisiones médicas/dentales apropiadas.
- Aunque se toman precauciones para proteger la confidencialidad de la información que pueden desarrollar se pueden desarrollar nuevas amenazas a la seguridad. Entiendo que puede haber otros riesgos para la confidencialidad y seguridad de mi información personal que ni Northwest Michigan Health Services Inc. ni yo podemos anticipar en este momento.

Consentimiento del Paciente:

- Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información médica/dental también se aplican a las visitas electrónicas y que ninguna información obtenida en el uso de la Telemedicina que me identifica será revelada a otras entidades sin mi consentimiento.
- Entiendo que este consentimiento será válido por (365) días a partir de la fecha de mi firma. Sin embargo, tengo el derecho de retirar mi consentimiento para el uso de estas visitas en el curso de mi cuidado en cualquier momento, sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento.
- Entiendo que no tengo que usar los Servicios de comunicación electrónica.
- Entiendo que el Médico/Dentista documentará los servicios que recibiré.
- Entiendo que no se pueden garantizar resultados médicos/dentales.
- Entiendo que las compañías de seguros, incluyendo Medicare y Medicaid, pueden negar en pagar por visitas electrónicas. Si mi compañía de seguros no paga por una visita electrónica, entiendo que soy responsable de pagar por visitas de video en vivo, (visuales) y/o audio (sonido) y otros servicios basados en computadoras.
- Entiendo que el Médico/Dentista puede terminar una visita electrónica si se decide que mi condición requiere atención inmediata en persona.
- Entiendo que mi información médica/dental puede ser enviada a otros Médicos/Dentistas y especialistas de atención médica como parte de mi tratamiento. Acepto participar en el programa de Carequality, permitiendo el intercambio de mis registros de salud con otras entidades que participan en el programa.
- Acepta que los Médicos/Dentistas *no podrán* recetar ciertos tipos de medicamentos, incluidas las sustancias controladas. Usted acepta que cualquier receta que reciba de una visita electrónica será utilizada únicamente por usted, para sus necesidades de atención médica.

He leído este documento y entiendo los riesgos y beneficios de los servicios electrónicos y deseo obtener servicios a través de una visita electrónica.

Firma:	Paciente/Guardián:	Relación con el Paciente:	Fecha:
---------------	---------------------------	----------------------------------	---------------



**Consentimiento de Tratar, Autorización para la Entrega de Información y
Asignación de Beneficios a:**

Nombre del Paciente: _____

Consentimiento de Tratamiento: Yo, el suscrito, por este medio doy consentimiento y autorizo todos los diagnósticos y tratamientos terapéuticos realizados en Northwest Michigan Health Services, Inc. (NMHSI) considerados necesarios o aconsejables en el criterio del médico o dentista. Yo entiendo que mi doctor podrá ordenar un examen sanguíneo para mí (incluyendo, pero no limitado a VIH, SIDA, y anticuerpos contra la hepatitis). Yo doy mi consentimiento para extraer sangre en el raro caso que un empleado, médico o dentista haya sido expuesto a mis fluidos corporales. Yo entiendo que podré obtener los resultados de estos exámenes por medio de mi doctor, quien los podrá explicar. Yo autorizo la entrega de los datos necesarios para procesar el examen y la reclamación del seguro médico y entiendo que no se me cobrará por éste examen.

Consentimiento de Tratamiento por un Estudiante Dentista: NMHSI y la Escuela de Odontología de la Universidad de Michigan (UMSD) han entrado en un Acuerdo de Servicios Comunitarios para la provisión de servicios dentales, asistiendo en la entrega de cuidado de salud bucal en sus localidades. Yo entiendo que mi proveedor dental puede ser un Estudiante Dentista trabajando bajo la supervisión directa de proveedores de NMHSI.

Consentimiento para la Anestesia Local: Por la presente consiento a recibir anestesia local y estoy de acuerdo en notificar a mi proveedor de cualquier uso de drogas/alcohol, cualquier historia de efectos adversos causados por anestesia local en el pasado, y en el caso de que empiece a sentir efectos secundarios. Posibles efectos secundarios pueden incluir los siguientes: Aturdimiento, mareo, latidos rápidos, calor, náusea, moretones, hinchazón, dolor, parestesia, entumecimiento permanente, infección, daño a los tejidos blandos, daño a los nervios, trismo, reacción alérgica, dolor de cabeza, dificultad para respirar o muerte.

Asignación de Beneficios: Yo concedo que todos los beneficios médicos, dentales y de salud mental a los que estoy intitulado a NMHSI para los servicios otorgados. Yo también entiendo que, si no concedo beneficios, yo podré ser responsable por el cargo completo por todos los servicios. Adicionalmente, entiendo que tratamiento puede ser obtenido en mí oficina dental regular en vez de en una oficina dental móvil, y que obtener servicios duplicados podrá afectar beneficios recibidos de aseguradora privada, programas estatales o federales y de otra agrupación de proveedores de beneficios dentales.

Responsabilidad Financiera: Yo acepto la responsabilidad por mis cuentas con Northwest Michigan Health Services, Inc., sea pagado por seguro médico/dental o no. Yo entiendo que cualquier cambio en tratamiento puede alterar algún reembolso esperado de la aseguradora y/o del paciente. Como un paciente de NMHSI yo consiento a servicios enfocados en la prevención de condiciones médicas o dentales o por el cuidado de condiciones existentes. Yo entiendo que los servicios de médicos, dentistas, y otros profesionales de salud pueden ser cobrados por separado de los de esta instalación. Yo acepto la responsabilidad de pagar por mí cuidado de salud con los cobros estipulados.

Entrega de Información: Yo estoy de acuerdo que NMHSI puede revelar información mía, incluyendo mis documentos médicos, a cualquier compañía de cobros tercera, incluyendo, pero no limitada a aseguradoras de salud, planes de servicio de salud, agencias de bienestar, y seguros de accidentes del trabajo. Yo estoy consciente y de acuerdo que NMHSI y proveedores referidos están autorizados a compartir información entre ellos, incluyendo documentos financieros, médicos o dentales, información relacionada con cuidado de drogas, alcoholismo, o cuidado psiquiátrico. Esta puede ser información escrita o verbal y la información puede incluir nombre, edad, sexo, dirección postal, número de seguro social y también fechas de servicios profesionales. Acepto participar en el programa de Carequality, permitiendo el intercambio de mis registros de salud con otras entidades que participan en el programa. Yo podré revisar la información revelada con notificación razonable. Este consentimiento es para la divulgación de información médica, dental, salud conductual o financiera, y está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado una medida.

Cumplimiento de HIPAA: Autorizo al NMHSI y/o cualquier entidad autorizada por el NMHSI, incluidos los que utilizan sistemas de marcado automático, mensajes automáticos, correo electrónico, mensajes de texto u otras comunicaciones electrónicas, a contactarme por algún motivo utilizando cualquier número de teléfono, dirección de correo electrónico y / o correo dirección asociada a mi cuenta.

Notificación de Practicas de Privacidad al Paciente: El aviso de prácticas de privacidad del paciente y los derechos y responsabilidades del paciente se publican en nuestra página www.NMHSI.org para que los pacientes lo revisen. Las copias personales también están disponibles por solicitud. Al firmar a continuación, reconozco que he recibido el aviso de la privacidad del paciente y los derechos y responsabilidades del paciente para mi revisión y se me ha ofrecido una copia personal.

Si el paciente es menor de 18 años: complete la Autorización para el tratamiento de menores no acompañados

- Si No Por la presente autorizo a Northwest Michigan Health Services, Inc a brindar tratamiento médico y/o de salud conductual al menor no acompañado mencionado anteriormente.
- Si No Por la presente autorizo a Northwest Michigan Health Services, Inc a administrar vacunas infantiles, excluyendo las vacunas contra la influenza (gripe) y el covid. Entiendo que se requerirá un consentimiento por separado para las vacunas contra la influenza (gripe) y el covid.

Yo he leído y entiendo todo lo anterior.

Firma del Paciente/ Guardia: _____ Fecha: _____

Nombre del guardián o representante legal: _____ Relación con el Paciente: _____

Authorization to Request Health Information

PATIENT NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____ DAY PHONE: _____

ADDRESS: _____ CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____

RECEIVE INFORMATION FROM: _____ →

RELEASE INFORMATION TO:

Name: _____	
Address: _____	

Phone: _____	Fax: _____

<p>Northwest Michigan Health Services, Inc. Medical Records Department (231)861-2130 <input checked="" type="checkbox"/> 119 S. State Street <input checked="" type="checkbox"/> F: (231)642-5285 Shelby, MI 49455</p>

I authorize Verbal Written exchange of information from my health record as indicated below:

<p><u>MEDICAL RECORDS/INFORMATION</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Last 3 Office Visits (Progress Notes & Medication List) <input type="checkbox"/> Lab and Medical Imaging Records- <i>Last 2 years</i> <input type="checkbox"/> Mammogram Results-Most Recent <input type="checkbox"/> Thin Prep (PAP)- Most Recent <input type="checkbox"/> Colonoscopy, FOBT/FIT, or Cologuard Results <input type="checkbox"/> Immunization- Current Record <input type="checkbox"/> Last Well Child Visit <input type="checkbox"/> Newborn Screen <input type="checkbox"/> Hospital/ER Discharge Notes- <i>Last 12 months</i> <input type="checkbox"/> *Other, specify: _____ 	<p><u>DENTAL RECORDS/INFORMATION</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Last 3 Office Visits (Progress Notes & Medication List) <input type="checkbox"/> Dental Imaging Records/X-Rays- <i>Last 5 years</i> <input type="checkbox"/> Hospital/ER Discharge Notes- <i>Last 12 months</i> <input type="checkbox"/> *Other, specify: _____ <p>Please send Imaging Records to the following email:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dentalrecords@nmhsi.org
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PURPOSE OF DISCLOSURE:

- Transfer of Care Continuity of Care Insurance Personal Use

IF YOU DO NOT WANT TO RELEASE ANY OF THE FOLLOWING SENSITIVE INFORMATION IN THE CATEGORIES BELOW, CHECK THE BOX(ES) FOR CATEGORIES:

- Substance abuse treatment information (including alcohol/drug abuse) protected under the regulations in 42 code of Federal Regulation, Part 2.
- Mental health treatment records, psychological services and social services information.
- Serious communicable diseases and infections such as, Sexual Transmitted Infections, Tuberculosis, hepatitis B, Human Immunodeficiency Virus, and AIDS related information.

1. I understand that this authorization will expire (90) days from the date of my signature, unless I specify otherwise.
2. I understand that I may withdraw this authorization at any time by providing written notification. The withdrawal will be effective on the date of notification except to the extent action has already been taken as allowed by this authorization.
3. I understand that if the person or entity that receives the information is not a healthcare provider or health plan, covered by Federal Privacy Regulations or State Law, the information described above may be re-disclosed and no longer protected by those regulations.
4. I understand that Northwest Michigan Health Services, Inc. does not require this authorization as a condition for giving treatment, payment enrollment, or eligibility for benefits.

Signature of Patient/Guardian: _____ Date: _____

Print Name: _____ Relationship: _____



HISTORIAL DE SALUD

Fecha:

PERSONAL INFORMATION					
NOMBRE DEL PACIENTE:		Fecha De Nacimiento:		() Masculino () Femenino	
MÉDICO GENERAL:	Teléfono:	DENTAL HOME:	Teléfono:		
Última vez visto:		Última vez visto:			
¿Para que fue visto?		¿Para que fue visto?			
HISTORIAL MEDICO ¿Alguna vez ha tenido algunas de las siguientes condiciones? (Marque con círculo)				HISTORIAL GINECOLÓGICO	
GENERAL	RESPIRATORIO	GENITAL	HEMATOLÓGICO	¿Cuántas veces ha estado embarazada?	
Incapacidad Física	Tuberculosis	Enfermedades Venéreas	Desorden Sanguíneo	Fecha de su último Papanicolaou:	
Esteroides	Problemas Sinusales	REPRODUCTIVO	Hepatitis	¿Alguna vez ha tenido un Papanicolaou con resultados anormales?: Sí No	
Cáncer	Asma	Embarazada <i>fecha:</i>	Anemia	¿Cuándo?: ¿Diagnosis?:	
Radiación	CARDIOVASCULAR	VASCULAR PERIFÉRICA	Sarampión/Paperas	Fecha de la última mamografía:	
Llagas en la boca	Presión Alta	Derrame cerebral <i>efectos secundarios:</i>	Escarlatina	Resultados:	
PIEL	Enfermedad Cardíaca	MUSCULOSKELETAL	Varicela/Herpes Zoster	Fecha de biopsia del seno:	
Tumores	Marcapasos	Problemas de la Espalda	SIDA o VIH	Resultados:	
OTORRINOLARINGOLOGICO	Soplo Cardíaco	Artritis	ENDOCRINO	Liste todos sus medicamentos recetados o no y vitaminas que esté tomando:	
Desmayos	GASTROINTESTINAL	Coyunturas Artificiales	Diabetes		
Epilepsia	Heces de color negro	PSIQUIÁTRICO	Problemas de la Tiroides		
Mareos	Problema Estomacal	Desorden Mental	Artritis Reumatoide		
Dolores de cabeza	Enfermedad del Hígado	Lista de cirugías y fechas:	Lista de alergias y sus reacciones:		
Head Injuries	URINARY				
Glaucoma	Enfermedad del riñón				
Pérdida de Audición	Sangre en la orina				
¿Alguna vez ha tomado alguno de los siguientes? () medicamento para la osteoporosis () tratamiento de quimioterapia () medicamento para la psoriasis () medicinas anticoagulantes					
¿Alguna vez ha tenido que tomar medicamentos antes de tratamiento dental? Sí No () para infección dental () por un problema de salud					
HISTORIAL SOCIAL					
¿Ha tenido problemas con drogas/alcohol Sí No () problema () recibiendo tratamiento () recuperación			¿Se siente seguro(a) en casa? Sí No		
¿Usa productos con tabaco? Sí No __ veces al día X __ años a través de: () cigarros () Vaporizador () tabaco mascado		¿Usa productos con marihuana? Sí No () Fumado () Vaporizado () En forma de comestibles			
¿Qué tipo de bebidas consume durante el día?: Refresco Refresco de dieta Café/Té Jugo Agua Bebidas Energéticas Alcohol () con comidas () entre comidas					
¿Cuántas veces al día ...? Se cepilla: Usa hilo dental: Usa palillos: Usa enjuague bucal: Usa Fluoruro:					
Hábitos orales: () chupar el dedo () masticar hielo () otra forma:		¿Usa "piercings" o perforaciones orales? Sí No () metal () Bioplast () acrílico			
HISTORIAL DENTAL					
¿Tienen sensibilidad sus dientes al? Calor Frio Morder Chewing Dulce			¿Rechina los dientes? Sí No		
¿Tiene dolor/ le truena/ o le chasquea las coyunturas de la quijada? Sí No		¿Alguna vez ha tenido daño serio a su cara o dientes Sí No			
¿Ha tenido sangrado excesivo después de una extracción? Sí No		¿Alguna vez ha tenido problemas con anestesia? Sí No			
¿Tiene alguna tradición cultural con respecto al cuidado dental? Sí No		¿Siente miedo o ansiedad durante visitas dentales? Sí No			
¿Presentemente está tendiendo dolor de muelas, dientes o la boca? Sí No		¿Tiene alguna otra cuestión dental? Sí No			
HISTORIAL DE FAMILIA					
Madre edad viva: o edad de fallecida:	Hermanas <u>Edad viva /Edad fallecida</u>		Hermanos <u>Edad viva / Edad fallecido</u>		
Padre edad vivo: o edad de fallecido:					
¿Algún miembro de su familia (incluyendo sus hijos o padres) ha tenido algunos de los siguientes?:					
Anemia:	Diabetes:	Presión Alta:	VIH o SIDA:		
Enfermedad Sanguínea:	Glaucoma:	Desorden Mental:	Otra enfermedad seria:		
Cáncer:	Enfermedad del corazón:	Derrame Cerebral:			
Firma del paciente / persona responsable:			Fecha:		
Nombre de la persona responsable en letra de molde:			Relación con el paciente:		



Northwest Michigan Health Services, Inc. Quien fue su doctor hoy?: _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

CUESTIONARIO PRAPARE

La situación de su hogar es importante para su salud.

Nuestro equipo podría contactar usted para ofrecerle servicios o recursos dependiente de sus respuestas.

Dinero y Recursos

¿Cómo es su situación de vivienda hoy?

- tengo vivienda
- No tengo vivienda (quedarme con otro, en un hotel, viviendo afuera en la calle, en la playa o en un parque)
- Elijo no responder esta pregunta

¿Te preocupa perder tu vivienda?

- Sí
- No
- Elijo no responder a esta pregunta

¿Cuál es el nivel más alto de la escuela que has terminado?

- Menos que un título de secundaria
- Diploma de secundaria o GED
- Mas de secundaria
- Elijo no responder a esta pregunta

¿Cuál es su situación actual de trabajo?

- Desempleados y en busca de trabajo.
- Tiempo parcial o trabajo temporal.
- Trabajo de tiempo completo
- Soy un estudiante/jubilado/discapacitado/cuidador no remunerado o desempleado y no buscando trabajo
- Elijo no para responder esta pregunta

En el último año, ¿usted o algún miembro de la familia ha tenido problemas obtener alguno(s) de los siguientes datos cuando lo necesitaba? Marque todo lo que corresponda

- No tengo problemas para satisfacer mis necesidades
- Comida
- Ropa
- Utilidades
- Cuidado de los niños
- Medicina o cualquier atención médica (médica, dental, de salud mental o de la vista)
- Teléfono
- Otro (por favor escriba en notas)
- Elijo no responder a esta pregunta

¿La falta de transporte lo ha evitado de citas médicas, reuniones, trabajo o de obtener las cosas necesarias para la vida diaria?

- Sí, me ha impedido tener citas médicas o recibir mis medicamentos
- Sí, me ha impedido las reuniones no médicas, las citas, el trabajo o las cosas necesarias para la vida diaria.
- No
- Elijo no responder a esta pregunta

Salud Social Y Emocional

¿Con qué frecuencia ve o habla con personas que le importan y se sienten cercanas? (Por ejemplo: hablar con amigos por teléfono, visitar amigos o familiares, asistir a reuniones de la iglesia o del club)

- Menos que una vez a la semana
- 1 o 2 veces a la semana
- 3 a 5 veces a la semana
- Más de 5 veces a la semana.
- Elijo no responder a esta pregunta

¿Qué tan estresado estás? El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está preocupada

- De ningún modo
- Un poco
- Algo
- Bastante
- Mucho
- Elijo no responder a esta pregunta

Preguntas Adicionales

En el último año, ¿pasó más de 2 noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro penitenciario de menores?

- Sí
- No
- Elijo no responder a esta pregunta

¿Eres un refugiado (escapando su país por razones de guerra/catástrofes naturales/otro?)

- Sí
- No
- Elijo no responder a esta pregunta

¿De qué país eres?

- Estados Unidos
- País que no sea Estados Unidos (Por favor escriba en nota)_____
- Elijo no responder a esta pregunta

¿Se siente seguro físicamente y emocionalmente donde vive ahora?

- Sí
- No
- Inseguro
- Elijo no responder a esta pregunta

En el último año, ¿ha tenido miedo de su pareja o ex pareja?

- Sí
- No
- Inseguro
- No he tenido pareja en el último año.
- Elijo no responder a esta pregunta



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

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?

Ningún día Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

(Marque con un **v** para indicar su respuesta)

1. Poco interés o placer en hacer cosas.	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanza.	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. Poco o 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 concentrándose en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la 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 a sí mismo(a) de alguna manera.	0	1	2	3

For office coding: 0 + _____ + _____ + _____

=TOTAL SCORE

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

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
--------------------	-----------------	-------------	------------------------