



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) _____
 (Nombre) (Relación del Paciente) (número de teléfono)

1) _____
 (Nombre) (Relación del Paciente) (número de teléfono)

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: Blanco(a) Asiático Afroamericano Hawaiano Indígena Indígena de las Islas del Pacífico Otro: _____

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Otro: _____ Lenguaje Preferido:

¿Es un Veterano? Sí No ¿Está sin hogar? Sí No ¿Necesita interprete? Sí No

¿Trabaja en la agricultura? Trabajador Migrante Trabajador de Temporada No ¿Eres refugiado/asilo? Sí 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 médico/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	\$15,960	\$15,961	\$23,940	\$23,941	\$29,526	\$29,527	\$31,920	greater than \$31,920
2	\$0	\$21,640	\$21,641	\$32,460	\$32,461	\$40,034	\$40,035	\$43,280	greater than \$43,280
3	\$0	\$27,320	\$27,321	\$40,980	\$40,981	\$50,542	\$50,543	\$54,640	greater than \$54,640
4	\$0	\$33,000	\$33,001	\$49,500	\$49,501	\$61,050	\$61,051	\$66,000	greater than \$66,000
5	\$0	\$38,680	\$38,681	\$58,020	\$58,021	\$71,558	\$71,559	\$77,360	greater than \$77,360
6	\$0	\$44,360	\$44,361	\$66,540	\$66,541	\$82,066	\$82,067	\$88,720	greater than \$88,720
7	\$0	\$50,040	\$50,041	\$75,060	\$75,061	\$92,574	\$92,575	\$100,080	greater than \$100,080
8	\$0	\$55,720	\$55,721	\$83,580	\$83,581	\$103,082	\$103,083	\$111,440	greater than \$111,440

*Para unidades familiares de más de 8 miembros, agregue \$5,680 por año por persona adicional. En vigor del 3/1/2026

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: _____



Consentimiento informado para servicios de telesalud y comunicación electrónica

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Finalidad de los servicios electrónicos

Entiendo que Northwest Michigan Health Services, Inc. (NMHSI) puede brindar servicios de atención médica mediante telemedicina y métodos electrónicos, incluyendo videoconferencias bidireccionales en tiempo real, audio y otras tecnologías informáticas. Estos servicios pueden utilizarse para recopilar información de salud para el diagnóstico, la planificación del tratamiento, la revisión y la gestión de casos en situaciones que no sean de emergencia.

Información compartida

Los servicios de telesalud y electrónicos pueden incluir documentación en mi historial médico, comunicación de audio y video en directo y transmisión de imágenes u otros datos de salud.

Posibles riesgos

Entiendo que existen riesgos asociados con la telemedicina y la comunicación electrónica, incluidos retrasos o errores debido a fallas en los equipos, información incompleta para la toma de decisiones médicas y posibles violaciones de la privacidad a pesar de las medidas de seguridad razonables.

Comunicación con el paciente e inscripción en el portal

Healow es un portal seguro para pacientes que permite acceder a resúmenes de visitas, resultados de laboratorio, recetas, mensajes y servicios de telemedicina.

Me gustaría registrarme en el portal para pacientes de Healow. Correo Electrónico : _____

El sistema de mensajería eClinicalWorks (eCW) proporciona recordatorios y notificaciones relacionadas con la salud.

Me gustaría inscribirme en el servicio de mensajería de eClinicalWorks.

Consentimiento del paciente y agradecimientos

Al firmar este formulario, reconozco y acepto que:

- Se aplican protecciones de privacidad y confidencialidad a los servicios de telesalud y comunicación electrónica.
- Mi información no se compartirá sin mi consentimiento, salvo que lo permita la ley.
- Este consentimiento es válido por 365 días y puede revocarse en cualquier momento.
- La telesalud es opcional y puedo optar por la atención presencial.
- Los servicios se documentarán en mi expediente médico/dental electrónico de NMHSI.
- No se garantizan resultados específicos.
- La cobertura del seguro para la telesalud puede variar y soy responsable de los servicios no cubiertos.
- Una consulta de telesalud puede finalizar si se requiere atención presencial.
- Autorizo a NMHSI a acceder y utilizar mi historial electrónico de recetas de otros proveedores, farmacias o aseguradoras de beneficios farmacéuticos con fines de tratamiento. Es decir, ciertos medicamentos, incluidas las sustancias controladas, no pueden recetarse a través de la telemedicina.

He leído y comprendo este consentimiento y acepto recibir los servicios electrónicamente.

Firma:	Paciente / tutor:	Fecha:
	Imprimir nombre del tutor:	Relación:



**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



Historial de Salud

INFORMACIÓN PERSONAL					
Nombre del paciente:			Fecha de Nacimiento:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					
HISTORIAL MÉDICO Y DE SALUD					
Doctor Médico: _____		Fecha del último examen: _____		Teléfono: _____	
Dentista: _____		Fecha del último examen: _____		Teléfono: _____	
CARDIOVASCULAR	GASTROINTESTINAL	Llagas en la boca	Glaucoma	SIDA/VIH	Problemas sinusales
Hipertensión	Heces negras	GENITAL	Pérdida de audición	MUSCULOESQUELÉTICO	Asma
Enfermedad cardíaca/Soplo	Problemas estomacales	ETS	HEMATOLOGICO	Problemas de espalda	CPAP
Marcapasos	Enfermedad del hígado	HEENT	Trastornos de la sangre	Artritis	Piel
Derrame cerebral	GENERAL	Desmayos	Hepatitis	Articulaciones artificiales	Tumores o crecimientos
ENDOCRINO	Discapacidad	Epilepsia	Anemia	PSIQUIÁTRICO	URINARIO
Diabetes	Tratamiento con esteroides	Mareo	Sarampión/Paperas	Trastorno mental	Nefropatía
Problemas de tiroides	Cancer	dolores de cabeza	Escarlatina	RESPIRATORIO	Cálculos renales
Artritis reumatoide	Radiación médica	Lesiones en la cabeza	Varicela/Herpes zóster	Tuberculosis	Sangre en la orina
HISTORIAL DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO					
¿Ha tomado alguna vez alguno de los siguientes medicamentos?					
<input type="checkbox"/> Medicamentos para la osteoporosis <input type="checkbox"/> Medicamentos de quimioterapia <input type="checkbox"/> Medicamentos para la psoriasis <input type="checkbox"/> Anticoagulantes					
HISTORIAL GINECOLÓGICO					
¿Estás embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de vencimiento:		Número de embarazos:	
Fecha de la última prueba de Papanicolaou:		¿Resultado anormal en la prueba de Papanicolaou? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cuando:	
Lugar donde se realizó la prueba de Papanicolaou más reciente (nombre de la clínica u hospital):					
Fecha de la última mamografía:		¿Mamografía anormal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cuando:	
Lugar donde se realizó la mamografía más reciente (nombre de la clínica u hospital):					
HISTORIAL QUIRÚRGICO (Procedimiento y año)			MEDICAMENTOS Y FRECUENCIA		
ENUMERE CUALQUIER ALERGIA O REACCIÓN					
HISTORIA FAMILIAR					
¿Algún miembro de su familia (incluidos padres e hijos) ha padecido alguna de las siguientes afecciones? (Por favor, marque con un círculo las condiciones que correspondan).					
Cancer	Glaucoma	Hipertensión	Ataque		
Diabetes	Cardiopatía	Enfermedad mental	Otro		
HISTORIA SOCIAL					
¿Alguna vez ha abusado de drogas o alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Consume productos de tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Te sientes seguro/a en casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Consumes productos de marihuana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		



HISTORIAL DENTAL	
¿Son tus dientes sensibles a: <input type="checkbox"/> El calor <input type="checkbox"/> El frío <input type="checkbox"/> Morder <input type="checkbox"/> Masticar <input type="checkbox"/> Los dulces?	
¿Alguna vez ha necesitado tomar medicamentos antes de un tratamiento dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Por infección dental <input type="checkbox"/> Por problema de salud	
¿Qué bebes durante el día?: <input type="checkbox"/> Refresco <input type="checkbox"/> Refresco Light <input type="checkbox"/> Café/Té <input type="checkbox"/> Zumo <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Bebidas energéticas <input type="checkbox"/> Alcohol	
¿Cuántas veces al día te cepillas?: Usas hilo dental: Usas palillos dentales: Usas enjuague bucal: Usas flúor:	
¿Algún hábito oral? <input type="checkbox"/> Chuparse los dedos <input type="checkbox"/> Masticar hielo <input type="checkbox"/> Otro	¿Alguna vez ha tenido algún problema con la anestesia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Siente dolor, chasquidos o crujidos en las articulaciones de la mandíbula? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Aprietas o rechinas los dientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cara o los dientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido sangrado excesivo después de una extracción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Actualmente tiene dolor dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Siente miedo o ansiedad ante las visitas al dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tienes algún piercing oral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene alguna otra inquietud dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Firma del Paciente/Guardián:	Fecha:
Firma del Paciente/Guardián:	Fecha: