



# Lake County Tribal Health

925 Bevins Court • Lakeport, CA 95453

14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

## ¡Gracias por elegirnos!

**Adjunto encontrará todo lo que necesita para comenzar.**

**A) Tenemos ocho (8) formularios que necesitamos que complete:**

*Por favor, complete los ocho (8) formularios y devuélvalos lo antes posible.*

1. Formulario de Registro del Paciente
2. Formulario y Autorización para Confirmación de Cita
3. Formulario de Poliza Sobre Citas Perdidas
4. Consentimiento para Tratamiento
5. Formulario de Responsabilidad Financiera
6. Formulario de Reconocimiento del Aviso de Normas de Confidencialidad (NPP)
7. Autorización para uso o Divulgación de Información Protegida de Salud
8. Consentimiento de Terceros para el Tratamiento
9. Cuestionario de Antecedentes de Salud (Adulto o Pediátrico)

**Cuando termine, devuelva los formularios completados a:**

**CLÍNICA PRINCIPAL**

925 Bevins Court  
Lakeport, CA 95453

**CLÍNICA DE SOUTHSORE**

14440 Olympic Drive  
Clearlake, CA 95422

**O envíe los documentos por correo a:**

LCTHC / Attn: New Patient Registration  
P.O. Box 1950  
Lakeport, CA 95453

**B Deberá proporcionar los siguientes documentos antes de programar su primera cita (copias a color de ambos lados si los envía por correo):**

- 1) Tarjeta(s) de Seguro
- 2) Licencia de Conducir o Identificación con Foto  
*(si el paciente es menor de 18 años, proporcione la identificación del padre o tutor)*
- 3) Tarjeta de Seguro Social
- 4) Verificación Tribal (si es Nativo Americano/Alaska Nativo)
- 5) Acta de Nacimiento (todos los pacientes menores de 18 años deben presentar una copia certificada)
- 6) Acta de Matrimonio (para cambio de nombre)

**C) Por favor, lea y revise el Paquete Informativo de LCTHC**

*Háganos saber si tiene alguna pregunta.*

**DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD**

*Todos los Nativos Americanos/Alaska Nativos de tribus reconocidas a nivel federal en los Estados Unidos o de una tribu nativa de California son elegibles para servicios directos. Los servicios directos incluyen todos los servicios proporcionados por Lake County Tribal Health / Lake County Tribal Health Pediatrics and Obstetrics que estén disponibles en nuestras instalaciones, a menos que se indique lo contrario.*

*Las personas no indígenas y los miembros de tribus no reconocidas a nivel federal fuera de California pueden registrarse y son elegibles para servicios, pero se les requerirá que paguen por los servicios con seguro o pueden calificar para nuestra escala de tarifas ajustadas. Los pagos o copagos se deben realizar en el momento del servicio*



# Lake County Tribal Health

MRN

925 Bevins Court • Lakeport, CA 95453 14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

## FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE (Patient Registration Form)

Nombre del Paciente Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 Domicilio Residencial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo se mudó a esta dirección? \_\_\_\_\_ Correo Electrónico *Este no se compartirá* \_\_\_\_\_  
 Domicilio Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular Mensaje (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene acceso a internet? Sí No  
 ¿Dónde? Casa Trabajo Escuela Instalación de Salud Biblioteca Centro Comunitario  
 Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Casado Soltero Divorciado  
 Sexo al Nacer Masculino Femenino Identidad de Género \_\_\_\_\_ Prefiero no decir  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Nombre del Empleador/Escuela \_\_\_\_\_ Dirección Completa \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo se mudó a este condado? \_\_\_\_\_ Su farmacia: \_\_\_\_\_

**RAZA** Nativo Americano/Nativo de Alaska Tribu \_\_\_\_\_ Número de Registro # \_\_\_\_\_  
 Blanco Hispano Asiático Filipino Isleño del Pacífico Afroamericano Otro \_\_\_\_\_  
**ETNIA** Hispano o Latino No Hispano o Latino Desconocido ¿Cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_  
 Nombre Completo del Padre \_\_\_\_\_ Nombre de Soltera de la Madre \_\_\_\_\_

### CONTACTO(S) DE EMERGENCIA

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Dirección Completa \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Dirección Completa \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

### RESPONSABILIDAD FINANCIERA

*Elija cuál(es) tiene* Seguro Médico Seguro Dental Medicare Medi-Cal  
 ¿Es usted veterano de los EE. UU.? Sí No ¿Tiene beneficios médicos del VA? Sí No Rama \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Fecha separada

**INFORMACIÓN DE INGRESOS** *Esta información confidencial se utiliza para buscar recursos disponibles para nuestros pacientes.*  
 ¿Cuántos miembros hay en su familia? \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual \_\_\_\_\_ Ingreso Anual \_\_\_\_\_

### SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS

Nombre del Guardian Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección de Casa Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular Mensaje (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Autorización para Liberación de Información / Asignación de Beneficios: Lake County Tribal Health tiene mi permiso para liberar información según sea necesario para el procesamiento de seguros y para que mi seguro libere el pago a Lake County Tribal Health.

### AUTORIZO EL TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o tutor Imprima su nombre aquí Fecha

**PRESENTAR PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN, VERIFICACIÓN TRIBAL, TARJETAS DE SEGURO**

INITIALS OF SCREENER



# Lake County Tribal Health

925 Bevins Court • Lakeport, CA 95453

14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

## AUTORIZACIÓN PARA CONFIRMACION DE CITAS

### PROPÓSITO DEL FORMULARIO

Este formulario autoriza a LCTHC a enviar confirmaciones de citas, recordatorios y otras comunicaciones relacionadas con mi atención médica utilizando la información de contacto que proporcione a continuación. Esto puede incluir detalles de la cita, como el tipo de servicio, ubicación, hora de la cita, información del proveedor o avisos de reprogramación.

Entiendo que mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés), como el tipo de servicio médico que tengo programado, puede ser comunicada a través de mi método de contacto preferido. Reconozco que soy responsable de mantener la privacidad de mi propio teléfono, correo electrónico y cuentas de mensajería. Entiendo que puedo cambiar o retirar mi consentimiento para estas comunicaciones por escrito en cualquier momento.

### MÉTODO(S) PREFERIDO(S) DE CONTACTO

Por favor, indique los métodos por los cuales le gustaría recibir información relacionada a sus citas:

#### Llamada Telefónica

Número Preferido \_\_\_\_\_

#### Mensaje de Texto (SMS)

Número Preferido \_\_\_\_\_

*Nota: Pueden aplicarse tarifas de mensajes de texto según su operador móvil.*

#### Correo Electrónico

Correo Electrónico Preferido \_\_\_\_\_

### RECONOCIMIENTO Y FIRMA

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir recordatorios y notificaciones de citas según mis preferencias indicadas en este formulario.

Nombre del Paciente en Letra de Imprenta \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Paciente/Padre/Madre*

*Fecha*



# Lake County Tribal Health

925 Bevins Court • Lakeport, CA 95453

14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

## POLÍZA SOBRE CITAS PERDIDAS

Queremos agradecerle por elegir Lake County Tribal Health Consortium, Inc. (LCTHC) como su proveedor de salud. Para ofrecerle a usted y a otros pacientes la mejor atención posible, requerimos que siga nuestras directrices con respecto a las citas perdidas. Por favor recuerde, hemos reservado un horario especialmente para usted. LCTHC realiza llamadas de recordatorio como cortesía para su cita. Consideramos que estas citas son su responsabilidad para asistir o cancelar. Sabemos que pueden surgir circunstancias imprevistas; por eso, le pedimos que nos avise con al menos 24 horas de anticipación para reprogramar su cita. De esta manera le podremos ofrecer el horario de su cita a otro paciente que tenga necesidad de cuidado médico. Cuando cancela su cita en el último momento, todos pierden: usted, la clínica y otros pacientes que hubieran podido usar el horario de su cita.

LCTHC no permite citas perdidas. Sin embargo, toleraremos tres (3) citas perdidas en un período de seis meses. Se considera que una cita ha sido perdida si ocurre alguno de los siguientes casos:

1. El paciente no se presenta a la cita programada.
2. El paciente llega más de siete (7) minutos tarde a una cita programada.
3. El paciente llama para cancelar una cita con menos de veinticuatro (24) horas de anticipación.
4. Cualquier paciente que programe una cita para el mismo día y no se presente, después de 3 ausencias de este tipo, no podrá programar más citas, pero deberá llamar a la clínica para consultar sobre disponibilidad para el mismo día en el horario. Si no, deberá llamar para verificar disponibilidad al día siguiente.

Los pacientes que acumulen tres citas perdidas en un período de seis (6) meses no podrán programar citas futuras para atención de rutina por un período de cuatro (4) meses después de la tercera cita perdida. El paciente solo podrá ser atendido como visita del mismo día. Se permitirá tratamiento crítico solo si el paciente viene a la clínica y pasa por un proceso de triage. (El paciente debe presentarse en la clínica para ser evaluado). Además, no se ofrecerán servicios de transporte a ningún paciente que haya sido restringido para hacer citas.

Firma \_\_\_\_\_  
*Paciente/Padre*

\_\_\_\_\_ *Fecha*



# Lake County Tribal Health

925 Bevins Court • Lakeport, CA 95453

14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, el paciente firmante, \_\_\_\_\_  
proveo mi autorización y permiso para una examinación; tratamiento, diagnóstico  
médico o quirúrgico y/o medicinas; incluyendo vacunas recetadas por un Médico,  
Asistente de Médico, Enfermera Especializada, Dentista, Higienista Dental, o su  
persona designada de Lake County Tribal Health Consortium, Inc. para tratarme a mí.

Este consentimiento quedará en efecto durante tres años, \_\_\_\_\_  
a menos de que yo/nosotros lo cancelemos antes de dicha fecha.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente



# Lake County Tribal Health

925 Bevins Court • Lakeport, CA 95453 14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

## FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Lake County Tribal Health sigue las leyes y regulaciones establecidas por el Indian Health Service y el Estado de California. Dependiendo de su estado de facturación, puedes ser financieramente responsable por todo, parte o ninguno de los servicios realizados.

**Pacientes Menores de Edad:** El padre/madre o guardian de un menor es responsable de pagar el saldo de la cuenta del menor. El pago por el tratamiento de niños menores, incluyendo copagos, deducibles, coseguro o cualquier cargo adicional, debe hacerse al momento del servicio, sin importar qué padre o guardian sea responsable de los gastos médicos. Nuestra polica es cobrar el pago en el momento del servicio a quien traiga al menor a la cita (sea padre, guardian o cuidador). No somos parte de su acuerdo de divorcio o separación. Si un acuerdo de divorcio u orden judicial requiere que el otro padre o guardian pague total o parcialmente los costos del tratamiento, es responsabilidad del padre cobrar al otro padre. Si los conflictos entre padres/guardianes interfieren con los servicios de Lake County Tribal Health, nos reservamos el derecho de negar servicios al paciente y ser dado de alta en la clínica.

Un programa de tarifas ajustadas está disponible si se entrega una solicitud completa con la documentación requerida y el paciente es elegible según las directrices indicadas en la solicitud. Si tiene un saldo pendiente con nuestra clínica, se le pedirá que pague toda su factura antes de proveer más servicios. LCTHC enviará la factura a su compañía de seguro medico como un servicio de cortesía.

Si usted es nativo americano o nativo de Alaska, debe tener verificación de tribal válida y actual en su expediente; de lo contrario, será responsable financieramente por los servicios que se le provean.

### POR FAVOR MARCA lo que aplique:

No tengo seguro medico y usaré la escala de tarifas ajustadas si entrego la documentación actual requerida (lleva su declaración de impuestos actual para determinar el descuento).

No tengo seguro medico y pagaré el total de mis servicios.

Soy de ascendencia nativa americana y he presentado prueba legal al departamento de PRC.

### Si tienes seguro, completa lo siguiente::

Nombre del seguro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular \_\_\_\_\_ Relación con el titular \_\_\_\_\_

*Entiendo completamente que es mi responsabilidad proporcionar a LCTHC la información más actualizada de mi seguro medico antes de cada cita.*

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_  
*Paciente/Padre/Tutor* *Fecha*

Firma: \_\_\_\_\_  
*Paciente/Padre/Tutor* *Fecha*

*Si estás firmando este documento pero no eres el titular de la póliza, proporciona la siguiente información:*

Número de licencia de conducir de California \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_



# Lake County Tribal Health

925 Bevins Court • Lakeport, CA 95453

14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

## **AVISO DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD**

Nuestro Aviso de Normas de Confidencialidad le provee información sobre cómo podemos usar y revelar información sobre su salud.

Al firmar esta hoja, reconoce que usted ha recibido una copia de nuestro Aviso de Normas de Confidencialidad.

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_

Firma de Paciente/Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



# Lake County Tribal Health

925 Bevins Court • Lakeport, CA 95453

14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

<b>LCTH USE ONLY</b>	PATIENT ID	NAME (Last, First, MI)	DATE OF BIRTH	RECORD NO.
	ADDRESS	CITY / STATE		

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

**Complete todas las secciones, fecha y firme.**

I. Yo, \_\_\_\_\_, autorizo voluntariamente la divulgación de información de mi expediente médico.  
*Nombre del paciente*

### II. La información será divulgada por:

### Y será proporcionada a:

*Nombre de la instalación / Solicitar registros de*

*Nombre de la persona / organización / instalación / Proveer registros a*

*Dirección*

*Dirección*

*Ciudad / Estado*

*Ciudad / Estado*

*Teléfono*

*Teléfono*

### III. El propósito o la necesidad de esta divulgación es:

Atención médica adicional      Uso personal      Otro: *Especificar* \_\_\_\_\_

### IV. La información a divulgar de mi expediente médico: *Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)*

Todo el expediente (no incluye información confidencial no marcada abajo)

Solo información relacionada con: *Especificar* \_\_\_\_\_

Solo el período de eventos desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

Otro: *Especificar – Facturación, CHS, etc.* \_\_\_\_\_

### Si desea que se divulgue cualquiera de la siguiente información confidencial, marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) a continuación:

Tratamiento/referencia por abuso de alcohol/drogas	Tratamiento relacionado con VIH/SIDA	Enfermedades de transmisión sexual
Salud mental (que no sean notas de psicoterapia)	Solo notas de psicoterapia ( <i>al marcar esta casilla, renuncio a cualquier privilegio psicoterapeuta-paciente.</i> )	

V. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito, enviada en cualquier momento al Departamento de Gestión de Información de Salud, excepto en la medida en que se haya actuado en base a esta autorización. Si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro o una póliza de seguro, otras leyes pueden otorgar al asegurador el derecho de impugnar un reclamo bajo la póliza. Si esta autorización no ha sido revocada, terminará un año después de la fecha de mi firma, a menos que se indique una fecha de vencimiento o evento diferente.

*Especificar nueva fecha:* \_\_\_\_\_

Entiendo que Lake County Tribal Health no condicionará el tratamiento o la elegibilidad para la atención médica a que yo proporcione esta autorización, excepto si dicha atención es: (1) Relacionada con investigación. (2) Proporcionada únicamente con el propósito de crear Información de Salud Protegida para su divulgación a un tercero.

Entiendo que la información divulgada por esta autorización, excepto la de Abuso de Alcohol y Drogas como se define en 42 CFR Parte 2, puede estar sujeta a redistribución por el destinatario y puede ya no estar protegida por la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA) [45 CFR Parte 164] y la Ley de Privacidad de 1974 [5 USC 552a].

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o representante personal Relación con el paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo (Si la firma del paciente es una huella dactilar o marca)*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

Esta información debe ser divulgada para el propósito indicado anteriormente y no puede ser utilizada por el destinatario para ningún otro propósito. Cualquier persona que, a sabiendas y deliberadamente, solicite u obtenga cualquier registro relacionado con un individuo de una agencia federal bajo falsos pretextos será culpable de un delito menor (5 USC 552a(i)(3)).

**SOLO PARA USO DEL PERSONAL** Método de Entrega:    Recogida por el paciente (\_\_\_\_\_)    Correo certificado (\_\_\_\_\_)  
Patient received on \_\_\_\_\_    Date mailed \_\_\_\_\_



# Lake County Tribal Health

925 Bevins Court • Lakeport, CA 95453 14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

## CONSENTIMIENTO DE TERCEROS

**Propósito de este formulario:** *Permite que un paciente autorice a otra persona a acceder a su información médica o actuar en su nombre en asuntos relacionados a la atención médica.*

### I. Información del Paciente

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### II. Información del Padre/Guardian (completar solo si el paciente es menor de edad)

Nombre completo del padre/guardian legal: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### III. Información del Tercero Autorizado

Nombre completo del tercero autorizado: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### IV. Autorización para la Toma de Decisiones Médicas y Acceso

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_ a:

*Full Name of Parent/Guardian if patient is a minor,  
or Full Name of Patient if an adult*

*Full Name of Third Party*

### SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN:

Tomar decisiones médicas/dar consentimiento para tratamientos médicos, incluyendo vacunas, en nombre del paciente.

Programar/Cancelar citas médicas para el paciente.

Solicitar/Recoger los expedientes médicos e información del paciente.

Comunicarse con los proveedores de atención médica sobre el cuidado del paciente.

Otra (especifique): \_\_\_\_\_

### V. Duración del Consentimiento

Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de firma.

### VI. Revocación

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito al proveedor de atención médica o institución. La revocación no afectará las acciones realizadas basadas en esta autorización antes de recibir el aviso por escrito de la revocación.

### VII. Firma del Padre/Tutor/Paciente

Al firmar a continuación, afirmo que tengo la autoridad legal para autorizar a la persona nombrada en este formulario a actuar en nombre del paciente, y consiento voluntariamente.

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Lake County Tribal Health

925 Bevins Court • Lakeport, CA 95453    14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

## CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES DE SALUD PARA PACIENTES ADULTOS

Le damos las gracias de antemano por tomar el tiempo de completar este cuestionario detallado y confidencial.

Nombre \_\_\_\_\_ Médico anterior \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ ¿Cuál lado favorece?    Diestro    Zurdo

Razón de su visita \_\_\_\_\_

### Antecedentes De Salud

Por favor marque todos los problemas médicos anteriores o actuales.

- |                      |                   |              |                       |
|----------------------|-------------------|--------------|-----------------------|
| Diabetes             | Corazón           | Cáncer       | Artritis              |
| Higado               | Pulmón            | Hipertensión | Derrame cerebral      |
| Convulsión           | Coágulo Sanguíneo | Riñón        | Úlcera en el estómago |
| Problema de tiroides |                   |              |                       |

Cirugías anteriores/Lesiones *(Con fecha y descripción de cirugía/lesión)*

### Antecedentes De Salud De Familia

¿Alguna vez alguien en su familia inmediata (padres, abuelos o hermanos) ha tenido o tiene cualquiera de las siguientes enfermedades?

**SI      NO      ¿QUIEN?**

- |                     |       |
|---------------------|-------|
| Coágulo Sanguíneo   | _____ |
| Cáncer              | _____ |
| Demencia            | _____ |
| Diabetes            | _____ |
| Enfermedad cardíaca | _____ |
| Hipertensión        | _____ |
| Colesterol elevado  | _____ |
| Enfermedad mental   | _____ |
| Obesidad            | _____ |
| Derrame cerebral    | _____ |

#### Edad, Estado de salud o Causa de fallecimiento

Madre \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_

Hermanas \_\_\_\_\_

## Medicamentos

Anote sus medicamentos actuales, incluyendo los que toma sin receta, medicinas herbales y vitaminas.

Nombre	Cantidad/Dosis	Frecuencia	Razón	Ultima vez que la tomó

### Alergias a medicamentos/Reacciones

---



---



---



---

## Historial Social

Estado civil	Soltero(a)	Casado(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)		
Estrés	Hogar	Relaciones	Trabajo			
Vives en	Casa	Apartamento	Other _____	¿Hay escalones?	Sí	No
Fuma	Sí	No	Cajetillas al día _____	Fecha en que _____		
Mastica tabaco	Sí	No				
Toma alcohol	Sí	No	Bebidas al día _____			
Uso de drogas recreativas	Sí	No	Ultima fecha en que consumió _____			
Ejercicio regular	Sí	No	¿Tipo? _____	¿Frecuencia? _____		
Dieta ( <i>describe</i> )	_____					
Duerme ( <i>horas por noche</i> )	_____					
Uso del cinto de seguridad	Sí	No	Uso de casco de bicicleta	Sí	No	Voluntad Anticipada
					Sí	No

## Resumen de Salud Personal

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en el último mes?

GENERAL	NOTAS PARA EL MD	GASTROINTESTINAL	NOTAS PARA EL MD
Sí No Cambio de peso		Sí No Falta de apetito	
Sí No Fatiga		Sí No Dolor/Sangramiento abdominal	
Sí No Fiebre		Sí No Acidez estomacal	
Sí No Problemas sexuales		Sí No Dificultad para tragar	
Sí No Preocupaciones de familia		Sí No Diarrea/Estreñimiento	
		Sí No Heces negras o con sangre	
<b>PIEL</b>		Sí No Hemorroides	
Sí No Cambio en lunares			
Sí No Sarpullidos			
<b>OJOS/OIDOS/NARIZ/GARGANTA</b>		<b>TRACTO URINARIO</b>	
Sí No Cambios de visión		Sí No Infecciones en la vejiga/el riñón	
Sí No Pérdida auditiva		Sí No Dolor al orinar	
Sí No Zumbido en el oído		Sí No Dificultad con el flujo urinario	
Sí No Rinitis alérgica/Sinusitis		Sí No Micción nocturna	
Sí No Ronquera		Sí No Fuga urinaria	
		Sí No La piedra de riñón	

# Resumen de Salud Personal continuada

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en el último mes?

## CARDIOVASCULAR

Sí No Dolor de pecho  
Sí No Ritmo cardíaco irregular  
Sí No Hinchazón de tobillos  
Sí No Soplos cardíacos  
Sí No Insuficiencia cardíaca congestiva

## NOTAS PARA EL MD

## MUSCULOS Y HUESOS

Sí No Dolor/Hinchazón en las coyunturas  
Sí No Gota  
Sí No Dolor en la espalda  
Sí No Osteoporosis/Fracturas  
Sí No Dolor/Debilidad en los músculos

## NOTAS PARA EL MD

## RESPIRATORIO

Sí No Dificultad Respiratoria  
Sí No Tos  
Sí No Respiración sibilante  
Sí No Flema

## ENDOCRINO

Sí No Intolerancia al frío/calor  
Sí No Crecimiento o pérdida de cabello

## SANGRE/LINFÁTICO

Sí No Anemia  
Sí No Moretones con facilidad  
Sí No Sangramiento excesivo  
Sí No Coágulos sanguíneos

## SISTEMA NERVIOSO

Sí No Mareo  
Sí No Entumecimiento/Hormigueo  
Sí No Temblores  
Sí No Dolor de cabeza  
Sí No Depresión/Ansiedad

## MUJER

Sí No Protuberancias en los senos  
Sí No Secreción vaginal  
Sí No Calambres en el útero y/o menstruaciones irregulares

## HOMBRE

Sí No Nódulos testiculares  
Sí No Problemas de próstata

Fecha de su última menstruación \_\_\_\_\_

Número de embarazos \_\_\_\_\_ Abortos espontáneos \_\_\_\_\_ Abortos voluntarios \_\_\_\_\_

Hijos que aun viven \_\_\_\_\_ Método anticonceptivo \_\_\_\_\_

## Resultados/Fechas de exámenes y vacunas

Último examen ocular \_\_\_\_\_ Papanicolaou \_\_\_\_\_ Examen de Tuberculosis \_\_\_\_\_  
Colestero \_\_\_\_\_ Mamograma \_\_\_\_\_ Tétano \_\_\_\_\_  
Presión de sangre \_\_\_\_\_ Densidad ósea \_\_\_\_\_ Gripe \_\_\_\_\_  
Azúcar en la sangre \_\_\_\_\_ Próstata \_\_\_\_\_ Neumonía \_\_\_\_\_  
Testicular \_\_\_\_\_ Hepatitis B \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del proveedor médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_