

INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE (COMPLETE AMBOS LADOS)



INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE (use un bolígrafo de tinta azul o negra)							
Fecha de hoy		Apellido		Primer nombre		Inicial	
Fecha de nacimiento		Nº. de Seguro Social (Necesario)		-	-		
Identidad sexual: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Transgénero M / F a M <input type="checkbox"/> Transgénero F / M a F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no decir							
Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							
¿Cómo se identifica en términos de su orientación sexual? <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra cosa <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no decir							
Dirección				Apto./Unidad Nº.			
Dirección correo postal							
Ciudad			Estado			Código postal	
Teléfono particular			Teléfono laboral			Teléfono celular	
¿Le podemos dejar mensajes telefónicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Sí: MARQUE CON UN CÍRCULO EL MEJOR NÚMERO ARRIBA QUE DEBEMOS USAR</i>							
¿Vive dentro de los límites de la ciudad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Está bien enviar información por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Está bien enviar información por correo postal a la dirección anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Correo electrónico:			
Nombre padres o tutor legal			¿Relación?				
Responsabilidad de custodia	<input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Otra (<i>explique</i>) _____						
Si el paciente tiene 18 años de edad o menos, suministre el nombre de soltera de la madre:							
Raza (<i>Marque todas las que correspondan</i>)	<input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano: Afiliación a tribu _____ <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico/blanco <input type="checkbox"/> De una isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Oriundo de Hawái <input type="checkbox"/> <i>Se niega a suministrarlo</i>						
Origen étnico	<input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Latino/ni hispano <input type="checkbox"/> <i>Se niega a suministrarlo</i>		Idioma preferido				
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Con pareja <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo						
Condición de vivienda	<input type="checkbox"/> No le falta vivienda <input type="checkbox"/> Refugio para indigentes <input type="checkbox"/> La comparte <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Vivienda de transición		¿Con quién vive?				
Cantidad de individuos en el hogar			Cantidad de individuos menores de 18 años de edad de quienes usted (el paciente) es responsable				
Condición como militar	¿Está en servicio militar activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Eres un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Condición laboral	<input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> Con discapacidad <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Itinerante/Por temporadas <input type="checkbox"/> Estudiante, ¿a qué escuela asiste? _____						
Empleador			Ocupación				

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre		Relación	
Número particular		Número celular	Ciudad/Estado

RESPONSABLE

¿Quién es económicamente responsable de este paciente? _____

¿Cuál es su dirección? _____ ¿Es la misma que la del paciente? de no ser así, ¿Cuál es? Proporciónela más abajo.

SEGURO PRINCIPAL (Se le solicitará que muestre su tarjeta en la cita)

Nombre del titular de la póliza: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Fecha inicial de la póliza: _____

Número de póliza/ID: _____ Número de grupo/plan: _____

Dirección para reclamaciones _____ Ciudad _____ Estado _____ CPI _____

Teléfono de servicio al cliente: (____) _____ Autorización N°.:(____) _____

SEGURO SECUNDARIO, si corresponde (Se le solicitará que muestre su tarjeta en la cita)

Nombre del titular de la póliza: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Fecha inicial de la póliza: _____

Número de póliza/ID: _____ Número de grupo/plan: _____

Dirección para reclamaciones _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Teléfono de servicio al cliente: (____) _____ Autorización N°.:(____) _____

Axis Health System se compromete a asegurar que usted tenga acceso a nuestros servicios y nuestro personal está disponible para ayudarle a determinar si tiene derecho a una variedad de opciones de cobertura de beneficios de salud. Estas opciones pueden incluir la capacidad para pagar basada en una escala de precios reducidos, servicios especiales proporcionados por subvenciones, o cobertura médica de la hacienda pública, como Medicaid. En muchos casos, nuestro personal puede ayudarles a los pacientes que reúnen los requisitos con el proceso de inscripción o evaluación. Axis ofrece precios de descuento para los pacientes que reúnen los requisitos quienes pueden no tener los recursos para pagar el precio total de los servicios. Como organización sin fines de lucro, recibimos fondos de fuentes locales, estatales y federales y de subvenciones, además tenemos la obligación de recopilar información financiera de nuestros pacientes para seguir recibiendo estos fondos. Toda la información permanecerá confidencial. *Si se niega a suministrar la información financiera solicitada, no tendrá derecho a asistencia financiera para su atención.*

Total aproximado de los ingresos anuales del hogar	\$	
Cantidad de individuos en el hogar		Cantidad de individuos menores de 18 años de edad de quienes el paciente es responsable

Consentimiento para una evaluación integrada y tratamiento

Por medio del presente acepto el tratamiento, inclusive pruebas, procedimientos y medicamentos, según lo indique el personal de Axis Health System y me han suministrado suficiente información para tomar una decisión con conocimiento de causa. Además, comprendo que mi tratamiento tendrá una mejor oportunidad de ser satisfactorio cuando participo en su diseño y colaboro por completo con las recomendaciones profesionales que se me hagan. También comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito y en cualquier momento. Sin embargo, si decido revocar mi consentimiento para el tratamiento, Axis Health System discontinuará de inmediato sus servicios, me eliminará de sus establecimientos y cerrará mi cuenta clínica.

Firma del paciente o del tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente (en letra de molde): _____

Nombre del tutor legal (en letra de molde): _____

Por favor, tenga en cuenta lo siguiente en cuanto a sus registros y quejas:

Debemos informarle que, en el caso de que presente una queja, sus registros no serán guardados por más de siete años y por lo tanto no estarán disponibles para ser examinados en relación a tales quejas.

Tenga en cuenta lo siguiente con respecto al tratamiento:

El personal de AHS depende de las declaraciones hechas por el paciente, la información que aparece en la historia clínica del paciente y demás información disponible, para evaluar la condición del paciente y decidir cuál es el mejor tratamiento.

Algunos de los servicios de AHS se pueden prestar por medio de equipo de telemedicina e incluyen una interacción con proveedores que no están físicamente presentes en la clínica donde tiene su cita. Estas sesiones se transmiten por medio de líneas protegidas de alta velocidad, pero no se graban en video, dirigen por Internet, ni se graban de ninguna manera. No obstante, la información pertinente a su consulta sí se documentará en su historia clínica, como si el proveedor hubiera estado presente en persona.

Sus proveedores de atención médica le explicarán los beneficios y los riesgos del tratamiento. Si no tiene algo claro con respecto a su tratamiento o a la protección de sus registros, puede hacer preguntas en cualquier momento.

PACIENTES CON SEGURO:

Como paciente, tiene la responsabilidad de comprender los beneficios y las limitaciones de la cobertura de su seguro. Es importante observar que la cobertura de seguro no garantiza el pago de parte del seguro. Las compañías de seguro cuentan con una variedad de planes y de cobertura que pueden afectar los pagos que puede esperar tener que hacer. Antes de su cita, como primer paso, verificaremos su cobertura de seguro básica. Tal vez desee realizar investigaciones adicionales para garantizar que comprende su responsabilidad financiera según su plan. Lea lo siguiente para obtener información adicional relacionada con sus responsabilidades financieras.

Exigimos que se asignen sus beneficios a AHS para que la compañía de seguros nos pueda pagar directamente y *divulgar las historias médicas* solamente para los fines de pagos. AHS participa en Medicare, Medicaid, CHP+ y otros programas de seguro públicos y particulares según se consideren adecuados para la atención que se ofrece en AHS. Aunque empleamos profesionales con la preparación adecuada, es posible que no estén contratados por su compañía de seguros debido a los requisitos de contratación. Cuando esto sucede, su compañía de seguros no pagará por estos servicios.

Importante: Si recibe servicios de laboratorio como parte de una visita que le han cobrado, su seguro médico puede que no cubra los cargos de nuestro proveedor de servicios de laboratorio; sin embargo, si es elegible para nuestro Programa de descuentos en la escala móvil de tarifas, puede recibir un descuento en los costos del laboratorio.

Para saber si es elegible para nuestro Programa de descuentos en la escala móvil de tarifas, o si tiene alguna pregunta sobre su estado de cuenta, llame a nuestro departamento de facturación al 970.335.2342.

PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Reconocemos que muchos pacientes se preocupan sobre la índole vulnerable de la información que recopilamos. Le aseguramos que tomamos todas las precauciones posibles para mantener protegida su información personal y la utilizamos únicamente para ayudarnos a prestarle los servicios, a presentar reclamaciones y para los fines de identificación y comunicación en lo relacionado con las operaciones de atención médica. Tenemos la obligación de obtener información demográfica completa, la cual incluye su número de seguro social como ayuda con la facturación de los servicios. Negarse a suministrar esta información puede resultar en la denegación de servicios.

Con mi firma en este documento:

Autorizo la asignación de beneficios: Asignar todos los beneficios médicos bajo mi cobertura a AHS por los servicios que me hayan prestado. Además, mi firma autoriza e instruye a mi compañía o compañías de seguro, incluso Medicare, seguro particular y cualquier otro plan de salud o plan médico para que pague directamente a AHS por los servicios prestados.

Acepto mi responsabilidad financiera: Reconozco y comprendo que los copagos de mi seguro se deben pagar en el momento del servicio y que tengo la responsabilidad de pagar todos los montos que no estén cubiertos por mi seguro, los cuales pueden incluir co-seguros, deducibles o reclamaciones denegadas debido a contrataciones.

PROGRAMA DE DESCUENTOS CON ESCALA DE PRECIOS REDUCIDOS:

AHS ofrece un Programa de descuentos con escala de precios reducidos a los pacientes que reúnen los requisitos. Es necesario presentar comprobante de ingresos, como:

- Los dos talones de cheques de nómina (deben ser consecutivos)
- El formulario W-2 del año anterior
- La declaración de renta del año anterior

ESTADOS DE CUENTA:

Como cortesía, AHS enviará cada mes estados de cuenta con el saldo que debe por los servicios. Debido a los sistemas de facturación diferentes necesarios para la variedad de servicios que ofrecemos, es posible que reciba estados de cuenta para los diferentes tipos de servicios que le hayan prestado nuestras clínicas.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA:

Usted es responsable por todo saldo pagadero sin tener en cuenta si tiene cobertura de seguro. En caso de que el saldo de una cuenta quede sobrevencido, AHS se reserva el derecho a cobrar estos saldos antes de programar citas en el futuro. El cobro de los saldos pagaderos puede incluir a una agencia de cobros.

ACUERDO PARA PAGAR:

Al firmar abajo, usted reconoce su responsabilidad de pagar todos los servicios prestados por AHS. Usted también reconoce que comprende que se le puede facturar por varios servicios el mismo día si ha recibido servicios para la salud del comportamiento, así como servicios de atención primaria. AHS se reserva el derecho a limitar, volver a programar o negar tratamiento a cualquier persona que no pague en el momento del servicio.

Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheque o tarjeta de crédito para los pagos.

ACUSE DE RECIBO:

He recibido, comprendo y acepto cumplir con lo anterior en lo relacionado con mis obligaciones financieras como paciente.

Firma del paciente o del tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente (en letra de molde): _____

Nombre del tutor legal (en letra de molde): _____

Consentimiento para el uso de correo electrónico o textos para recordatorios de citas y otras comunicaciones sobre la atención médica

AVISO DE INTERCAMBIO ELECTRÓNICO SOBRE INFORMACIÓN DE LA SALUD

AHS aprueba, apoya y participa en el Intercambio electrónico de información de la salud (Health Information Exchange, o HIE) por medio de CORHIO (Colorado Regional Health Information Organization) con el fin de mejorar la calidad de su salud y de su experiencia con la atención médica. HIE nos brinda una manera de compartir electrónicamente y de manera protegida y eficiente (cuando es adecuado) información clínica con otros médicos y proveedores de atención médica que participan en la red HIE. El uso de HIE les ayuda a todos sus proveedores de atención médica a compartir información de manera más eficaz y a brindarle mejor atención. La red HIE también permite que el personal de emergencias y otros proveedores que lo están tratando tengan acceso inmediato a los datos clínicos disponibles sobre usted que puedan ser esenciales para su atención. Poner su información de la salud a disposición de sus proveedores de atención médica por medio de HIE también puede ayudar a reducir los costos porque elimina la duplicación innecesaria de pruebas y procedimientos. No obstante, usted puede decidir, en cualquier momento, no participar en la red HIE de Axis Health System, o cancelar la decisión de no participar.

Autorizo y reconozco que AHS transmitirá de manera protegida mi Información de la salud mediante HIE.

_____ (Iniciales del paciente).

Nos podemos comunicar con los pacientes en nuestro consultorio por medio de correo electrónico, teléfono o mensajes de texto para recordarles sobre una cita, para recibir opiniones sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica, y para suministrarles recordatorios o información general sobre la salud. Este consultorio no cobra por este servicio, pero se pueden aplicar los cargos normales de mensajes de texto conforme aparece en su plan de servicios inalámbricos (comuníquese con su proveedor para obtener los precios de los planes y más detalles). Si en cualquier momento suministro una dirección de correo electrónico, número telefónico o número para mensajes de texto en donde se pueden comunicar conmigo, acepto recibir recordatorios sobre citas y otras comunicaciones o información sobre la atención médica en ese correo electrónico, número telefónico o dirección para mensajes de texto de parte de este Consultorio. _____ (Iniciales del paciente). Acepto recibir mensajes de texto del consultorio en mi teléfono celular y cualquier número que se haya enviado o trasladado a ese número, o correos electrónicos para recibir comunicaciones como se indica anteriormente. Comprendo que esta solicitud para recibir correos electrónicos, llamadas telefónicas y mensajes de texto se aplica a todos los recordatorios para citas/ opiniones / información de la salud, a menos que solicite un cambio por escrito.

Autorizo y reconozco que recibiré los mensajes de texto para recordatorios de citas, opiniones y recordatorios o información sobre la salud en general al siguiente número de teléfono celular:

Número telefónico celular: _____

Autorizo el envío de mensajes de correo electrónico y mensajes de voz para recordatorios de citas, opiniones y recordatorios o información de la salud en general al siguiente número telefónico:

Número telefónico: _____

Autorizo recibir mensajes de correo electrónico para recordatorios de citas, información sobre nuestro Portal para pacientes, además de opiniones y recordatorios o información de la salud en general a la siguiente dirección de correo electrónico:

Dirección de correo electrónico: _____

Mi preferencia por recordatorios de citas es (elijá una): Mensaje de texto Llamada telefónica No me lo recuerde me

Firma

Nombre (en letra de molde)

Fecha

Consentimiento del paciente para que Axis Health System use y divulgue la Información protegida de la salud a los pagadores

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Últimas 4 del SSN
----------------------------	----------------------------	--------------------------

Consentimiento del paciente para que Axis Health System (AHS) use y divulgue la información protegida de la salud (PHI), incluso información sobre trastornos de Uso de sustancias, a los Pagadores: Las leyes federales protegen la información de la salud de los pacientes con protecciones específicas (42 CFR Parte 2) para la información sobre los trastornos de uso de sustancias, incluso cuando esta información se divulgue a organismos que pagan por estos servicios. El objetivo de este consentimiento por escrito es permitir que AHS divulgue información sobre la salud incluso la información sobre trastornos de uso de sustancias (o SUD, por sus siglas en inglés) a estos Pagadores con el fin de facturar y notificar servicios.

Autorización: Comprendo que esta información no se puede divulgar sin mi autorización por escrito. Por medio de la presente autorizo, en mi nombre o como representante legal, el uso y la divulgación de toda la información protegida de la salud (PHI), incluso la información sobre trastornos de uso de sustancias (SUD), por parte de AHS para fines de recibir pagos.

Divulgación adicional: Comprendo que la información que AHS divulgue para recibir pago y como notificación la puede divulgar de manera adicional el organismo de salud del comportamiento, Colorado Health Partnerships (CHP) al Departamento de Normas sobre la atención médica y finanzas de Colorado (Department of Healthcare Policy and Financing) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services) de Colorado, que también son pagadores.

Otra información sobre esta autorización: Comprendo los términos y condiciones de este consentimiento y que, cuando lo solicite, puedo obtener información sobre cualquiera de las divulgaciones hechas. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, si me niego, esto no afectará mi capacidad para recibir tratamiento, a menos que el tratamiento sea requerido por orden del tribunal. Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y que lo debo hacer por escrito. Si revoco esta autorización, esto no afectará de ninguna manera la información que se haya divulgado antes de que AHS reciba la revocación. Puedo solicitar una copia de esta autorización firmada en cualquier momento.

Fecha de vencimiento: Sin mi revocación por escrito, esta autorización vence automáticamente en la fecha en la que ya no sea paciente de AHS y cuando AHS reciba el último pago por los servicios que AHS me haya prestado.

_____	_____
Firma del paciente o su representante legal	Fecha
_____	_____
Nombre del representante legal en letra de molde (si corresponde)	Relación con el paciente
Revocación: Revoco mi autorización para la divulgación a los Pagadores de la información protegida de la salud que incluye la información sobre síndromes del uso de sustancias (SUD).	
_____	_____
Firma del socio o su representante legal	Fecha

(Solamente para uso de AHS) N°. del Paciente _____

ACUSE DE RECIBO DE INFORMACIÓN



RECONOCIMIENTO ESCRITO DE AXIS HEALTH SYSTEM SOBRE LA DISPONIBILIDAD DE NOTIFICACIONES DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

AHS acata todos los reglamentos estatales y federales que se aplican al acceso, la protección, la divulgación y el uso de la información de atención médica suya que aparece en nuestros registros. Este Aviso de prácticas de privacidad de AHS le ofrece los detalles asociados con la manera en que AHS manejará esta información protegida sobre usted y está disponible en nuestro sitio web en www.axishealthsystem.org o puede solicitar una copia impresa en cualquiera de nuestras clínicas.

Yo, _____ he leído los dos avisos anteriores relacionados con el uso, la divulgación, el acceso y las protecciones relacionadas con mi historia clínica. Comprendo que este consultorio participa en la red HIE electrónica y por medio del presente autorizo la divulgación de mi historia clínica a la red HIE en apoyo de mi atención y como sea necesario para tramitar reclamaciones relacionadas con mi atención. En la actualidad, los resultados de mis análisis de laboratorio se intercambian de manera rutinaria por HIE.

También comprendo que los detalles relacionados con las protecciones de la privacidad de mi historia clínica que aparecen en el *Aviso de prácticas de privacidad* están disponibles para mí de manera tanto electrónica como impresa.

La siguiente información también está disponible para usted en un Manual del paciente. Lo puede solicitar en cualquiera de las clínicas y también está disponible en nuestro sitio web (www.axishealthsystem.org). Contiene información en nuestro:

Norma sobre las citas

Norma sobre las quejas de atención del comportamiento

Aviso sobre las prácticas de privacidad

Cómo elegir a un proveedor de atención médica

Norma sobre las quejas médicas

Derechos y responsabilidades de los pacientes

Directivas anticipadas

Nuestro personal está disponible para ayudarle con este proceso, si es necesario. Tenga presente que, al firmar, confirma que ha leído o que tiene acceso a los documentos anteriores.

Firma del paciente o del tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente (en letra de molde): _____

Nombre del tutor legal (en letra de molde): _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Sus respuestas en este formulario le ayudarán a su equipo de atención médica a obtener unos antecedentes exactos de sus problemas clínicos o afecciones. Haga lo posible por completar las cuatro páginas. Si no puede recordar ciertos detalles en particular, o si tiene preguntas o inquietudes sobre la información que le solicitamos, indíquese a su equipo de atención médica cuando llegue para su consulta.

Proveedor actual de atención médica		
¿Tiene un médico de atención primaria anterior?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, enumérelos:
¿Tiene dentista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, enumérelos:

Alergias:

Fuente: (medicamentos, polen, alimentos, animales, otro)	Tipo de reacción:

Medicamentos actuales: (Incluya las recetas médicas, los medicamentos de venta libre, los complementos, las vitaminas y las hierbas)

Nombre del medicamento	Dosis	Veces al día	Motivo	Recetado por

Su farmacia preferida: _____

¿Se ha sometido a alguna de las siguientes pruebas de detección?

Prueba de detección/Otra prueba	Fecha	Lugar	Resultado (marque con un círculo)
Colonoscopia Se necesitan los resultados para			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Escaneo DEXA (Densidad ósea)			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Pruebas del corazón: Cateterización, prueba de estrés,			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Hepatitis B y C			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
VIH			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Mamografía Se necesitan los resultados para escanearlos			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Prueba de Papanicolaou Necesitamos los resultados para escanearlos en la historia clínica			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal

Nombre del paciente: _____



Afecciones clínicas anteriores y actuales: Indique con una **X** si ha tenido las siguientes:

	Afecciones de la piel		Neurología
	Eczema/Soriasis		Migrañas o cefaleas
	Ojos/Oídos		Convulsiones.
	Ceguera		Demencia
	Pérdida de la audición		Lesiones traumáticas cerebrales / contusiones
	Respiratorio		Gastrointestinal
	EPOC		Colon irritable / Colitis ulcerativa / Enfermedad de Crohn
	Asma		Úlceras
	Pulmonía		ERGE
	Cardiovascular		Aparato locomotor
	Hipertensión		Lesiones de la espalda/cuello
	Colesterol elevado		Artritis
	Ataque cerebral		Urológico/Renal
	Enfermedad cardíaca		Cálculos renales
	Endocrinología		Enfermedad renal crónica
	Diabetes Tipo 1		Infecciones urinarias frecuentes
	Diabetes Tipo 2		Emocional / del comportamiento
	Problemas de la tiroides		Ansiedad
	Afecciones sanguíneas		Depresión
	Anemia		Síndrome de estrés postraumático
	Problemas de sangrado o coagulación		Abuso de alcohol o drogas
	Otra		Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
	Cáncer		Psicosis
	Dolor crónico		Esquizofrenia
	Apnea del sueño		Discapacidades del aprendizaje
Otro:			

Antecedentes familiares: Indique con una **X** si uno de los miembros de la familia tiene alguna de las siguientes afecciones:

Afección	Madre	Padre	Hermanos
Enfermedades del corazón			
Presión arterial alta			
Cáncer			
Diabetes			
Glaucoma			
Enfermedad mental			
Ataque cerebral			

Antecedentes de cirugías: Indique las cirugías importantes que ha tenido:

Nombre del paciente: _____

Determinantes sociales de la salud:

Vida laboral

Empleo: _____

Jubilado/Sin empleo/en licencia/discapacitado/trabajo desde casa. (Marque una con un círculo)

Años de educación o título más alto: _____ Empleador: _____

¿Estudia en el momento? Sí No

DE SER ASÍ: Grado: _____ Especialización de estudios: _____

Vida en el hogar

Nombre del cónyuge o pareja: _____ Cantidad de hijos: _____

Edades si son menores de 18: _____ ¿Quiénes viven en casa con usted? _____

_____ ¿Tiene mascotas? Sí No De ser así, enumérelas: _____

Actividades de ocio, participación en grupos, religión, trabajo como voluntario, viajes recientes, otros intereses:

Actividad sexual

Activamente sexual (marque la casilla): Sí No

Prefiero no contestar

La pareja o parejas sexuales es/son/han sido (marque la casilla): Mujeres Hombres Prefiero no contestar

Método anticonceptivo (marque con un círculo todas las que correspondan): Preservativos o condones, la píldora, diafragma, otro: _____

¿Cantidad de parejas sexuales en el último año? _____

Información sobre el estilo de vida:

Uso de productos de tabaco

Condición como fumador (marque una):

Fumador diario actual Fumador algunos días actual Antiguo fumador Nunca he fumado

Fuma mucho tabaco Fuma un poco de tabaco

Detalles de uso:

Fecha en que dejó el tabaco: _____ ¿Cuántos años fumo?: _____ ¿Cuántos paquetes al día? _____

Fumador actual: Paquetes al día: _____ Cantidad de años: _____

Otros productos de tabaco (marque todos los que correspondan): Pipa Cigarro Rapé Mastica E-Cigarrillos

¿Ha intentado dejar el cigarrillo? Sí No

De ser así, ¿qué ha usado para tratar de dejar el cigarrillo?

Tratamientos alternativos:

Acupuntura

Marihuana médica

Masajes

Remedios de homeoterapia

Otro: _____

Nombre del paciente: _____

Vacunas:

Marque las vacunas que ha recibido y escriba el año, si lo sabe.

Vacuna:	Año:	Vacuna:	Año:
Vacuna antigripal		Pulmonía	
Contra la Hepatitis A		Contra el zóster	
Contra la Hepatitis B		Antitetánica	
HPV		Antitetánica y antitosferina	
Contra el sarampión, paperas y rubeola (MMR)		Contra la varicela	
Contra la meningitis		Otro:	

En los últimos 12 meses, nos preocupó que se nos acabarían los alimentos antes de recibir dinero para comprar más:

A menudo cierto A veces cierto Casi nunca cierto Nunca cierto

En los últimos 12 meses, los alimentos que compramos no duraron y no tuvimos el dinero para conseguir más:

A menudo cierto A veces cierto Casi nunca cierto Nunca cierto

DECLARACIÓN JURADA SOBRE LA INMIGRACIÓN: BENEFICIOS PÚBLICOS



Yo, _____, juro o ratifico bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de Colorado que (marque una):

- 1. Soy ciudadano de los Estados Unidos.
- 2. No soy ciudadano de los Estados Unidos, pero soy Residente permanente de los Estados Unidos.
- 3. No soy ciudadano de los Estados Unidos, pero estoy legalmente en los Estados Unidos conforme a las leyes federales. *(Esta condición requiere verificación bajo el Programa federal SAVE. Puede ser necesario presentar información adicional).*

Entiendo que esta es una declaración jurada que exige la ley porque he presentado una solicitud para recibir beneficios públicos o puedo recibir servicios cubiertos por fondos de hacienda pública. Entiendo que las leyes estatales requieren que suministre comprobante de mi presencia legal en los Estados Unidos antes de recibir este beneficio o programa patrocinado con fondos de hacienda pública. Además, reconozco que hacer una declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta en esta declaración jurada es penado conforme a las leyes criminales de Colorado como perjurio en el segundo grado conforme al Estatuto Revisado de Colorado 18-8-503 y ha de constituir una ofensa criminal aparte cada vez que reciba un beneficio público de manera fraudulenta.

Firma del paciente o del tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente (en letra de molde):

Nombre del tutor legal (en letra de molde):

SOLAMENTE PARA USO DEL PERSONAL DE AHS:

Marque una de las siguientes opciones si no se suministra documentación:

- El individuo no puede suministrar la documentación solicitada.
- El individuo se niega a suministrar la documentación solicitada.

IMPORTANTE: Si el paciente no presenta documentación de identificación o se niega a hacerlo, no tiene derecho a ninguno de los siguientes programas: Ft. Lyon SUD Residential Tx, Prueba de detección de LPIH Colorrectal, ni el programa Assertive Community Treatment.

Nº. DEL PACIENTE: CareLogic _____ Intergy _____

Firma del personal Fecha