

Información sobre el paciente

Nombre del paciente:	
Nombre preferido:	Fecha de nacimiento:
Género del paciente: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido	No. de Seguro Social:
Si el paciente es menor de edad, nombre(s) de el/los padre(s)/tutor(es):	
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Legalmente separado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro
Domicilio:	
Ciudad, estado, código postal:	Teléfono celular: ()
Teléfono del trabajo: ()	Teléfono de casa: ()
Dirección de correo electrónico:	
Método preferido de comunicación:	<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> MyChart
Estado como empleado:	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Activo en la milicia <input type="checkbox"/> No empleado
Empleador:	Ocupación:

Información sobre el contacto de emergencia

Nombre:	Teléfono celular:
Relación con el paciente:	Teléfono de casa:

Información sobre el seguro médico

Compañía de seguro médico primario:	Nombre del titular:	
Relación del paciente con el titular:	Fecha de nacimiento del titular:	Género del titular: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido
Compañía de seguro médico primario:	Nombre del titular:	
Relación del paciente con el titular:	Fecha de nacimiento del titular:	Género del titular: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido

POLÍTICA DE INCUMPLIMIENTO DE CITAS

Es importante que mantenga todas sus citas. Por favor comuníquese con nosotros lo antes posible si no puede asistir a su cita. Solicitamos un aviso previo de por lo menos 24 horas si va a cancelar o cambiar su cita. Tres (3) citas perdidas dentro de seis (6) meses resultarán en que se le coloque en estado de solo citas para el mismo día. No presentarse de manera consecutiva puede resultar en que se le retire de NOAH.

Al firmar a continuación, declaro que la información en este formulario es verdadera y correcta a mi mejor entender. También se me ha informado y entiendo la Política de incumplimiento de citas de NOAH. Al firmar a continuación, reconozco y doy mi consentimiento para recibir un encuesta relacionada con mi atención médica por correo electrónico y / o mensaje de texto.

Firma del paciente/tutor

Fecha

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Como centro de salud comunitario, se nos requiere hacer las siguientes preguntas. Esta información es necesaria para recibir fondos adicionales para servirle mejor a usted y a todos los miembros de nuestra comunidad.

1. ¿Cómo se enteró de NOAH?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Paciente existente | <input type="checkbox"/> Compañía de seguro médico | <input type="checkbox"/> Redes sociales |
| <input type="checkbox"/> Sitio web de NOAH | <input type="checkbox"/> Tarjeta postal | <input type="checkbox"/> Familia o amigo |
| <input type="checkbox"/> Referencia médica | <input type="checkbox"/> Hospital2NOAH | <input type="checkbox"/> Volante o folleto |
| <input type="checkbox"/> Directorio en línea | <input type="checkbox"/> Evento | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

2. ¿Cuántas personas hay en su hogar? _____

3. ¿Cuál es el ingreso **mensual combinado del hogar?**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$500/mensual | <input type="checkbox"/> \$2,501 - \$4,000/mensual | <input type="checkbox"/> \$7,001 - \$8,500/mensual |
| <input type="checkbox"/> \$501 - \$1,000/mensual | <input type="checkbox"/> \$4,001 - \$5,500/mensual | <input type="checkbox"/> \$8,501+/mensual |
| <input type="checkbox"/> \$1,001 - \$2,500/mensual | <input type="checkbox"/> \$5,551 - \$7,000/mensual | |

4. ¿Cuál describe mejor su estado de vivienda actual?

INDIQUE LA CASILLA	SITUACIÓN DE LA VIVIENDA	ESTA COLUMNA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO: (enter this category in Epic/UDS screen)
<input type="checkbox"/>	Rento o soy dueño de mi casa. Vivo con mis padres/tutor legal. Vivo en una casa con compañeros de cuarto; todos compartimos la renta. Vivo en un dormitorio de colegio/universidad.	Not homeless
<input type="checkbox"/>	Vivo temporalmente con otra persona; por ejemplo, duermo en el sofá.	Doubling up
<input type="checkbox"/>	Me quedo en un albergue que ofrece comidas y un lugar para dormir; no puedo permanecer aquí por mucho tiempo. Por ejemplo, albergue para indigentes	Shelter
<input type="checkbox"/>	Vivo en una vivienda temporal para ayudarme a encontrar mi propio hogar. Puedo permanecer aquí hasta dos años. Por ejemplo, vivienda para el tratamiento de consumo de drogas	Transitional Housing
<input type="checkbox"/>	Vivo en una residencia pagada por asistencia de alquiler.	Permanent Supportive Housing
<input type="checkbox"/>	Actualmente vivo en la calle, en mi coche, en un campamento.	Street
<input type="checkbox"/>	¿No tuvo vivienda durante el año pasado y su situación de vivienda no es ninguna de las opciones anteriores?	Other



Neighborhood Outreach Access to Health

FORMULARIO UDS

5. Seleccione el grupo racial con el que más se identifica:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> Más de una raza |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano | <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> No deseo identificarla |

6. Origen étnico

- Hispano o latino
 No hispano o latino

7. ¿Es usted un trabajador agrícola?

- Sí
 No

8. Orientación sexual

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana ni homosexual) | <input type="checkbox"/> Homosexual | <input type="checkbox"/> No sé |
| <input type="checkbox"/> Lesbiana | <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar |
| | <input type="checkbox"/> Otro | |

9. Identificación de género

- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Mujer transgénero | <input type="checkbox"/> Otro género |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Hombre transgénero | <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar |

Formulario de antecedentes médicos

Nombre legal completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Cómo prefiere que le llamen? _____

Alergias: _____

Nombre de la farmacia y calles principales: _____ Teléfono: _____

Medicamentos: por favor enumere todos los medicamentos, vitaminas o medicinas sin receta médica que toma actualmente.

Nombre del medicamento	Dosis	¿Qué tan frecuente lo toma?	¿Para qué es el medicamento?

Por favor indique todas las condiciones/problemas médicos adecuadas que se le han tratado:

<input type="checkbox"/> TDA/TDAH	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> ERGE	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/> Úlceras pépticas
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias	<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/> ETS
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo 1	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo 2	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Fiebre del valle
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Otro

Si es menor de 18 años:

Método de nacimiento: _____ Edad gestacional: _____ Método de alimentación: _____
 Estatura al nacer: _____ Peso al nacer: _____ Circunferencia de la cabeza al nacer: _____

Antecedentes quirúrgicos: Por favor indique cualquier cirugía que se le ha realizado.

<input type="checkbox"/> Apendectomía	<input type="checkbox"/> Cirugía de colon	<input type="checkbox"/> Cirugía del ojo	<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía
<input type="checkbox"/> Aumento de senos	<input type="checkbox"/> Endoprótesis vascular de arteria coronaria	<input type="checkbox"/> Cirugía de fractura	<input type="checkbox"/> Cirugía de la columna vertebral	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas
<input type="checkbox"/> Derivación cardiaca	<input type="checkbox"/> Cirugía cosmética	<input type="checkbox"/> Reparación de hernia	<input type="checkbox"/> Cirugía de la tiroides	<input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula
<input type="checkbox"/> Colectomía (extirpación de la vesícula biliar)	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Histerectomía	<input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Otra:

Antecedentes familiares:	Artritis reumatoide	Cáncer	Diabetes	Migrañas	Accidente cerebrovascular	Enfermedad de la tiroides	EPOC	Enfermedad del corazón	Otro
Madre									
Padre									
Hermanos									
Hijos									

¿Alguna vez ha fumado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es actualmente fumador de todos los días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Año que empezó a fumar: _____	¿Actualmente es fumador de solo algunos días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Fumaba antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha que dejó de fumar: _____	¿Qué tipo?: <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Puros <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarro electrónico/de vapor con nicotina
---	---	--	---

¿Bebe bebidas alcohólicas actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No actualmente <input type="checkbox"/> Nunca	De ser así, ¿qué tan seguido bebe seis o más bebidas en una sola ocasión? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Menos que mensualmente <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Diario o casi a diario	Por favor calcule _____ copas de vino cuanto bebe por _____ tragos de licor semana: _____ botes de cerveza _____ bebidas preparada
---	--	---

¿Usa drogas recreacionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿qué tipo? _____	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a legalmente <input type="checkbox"/> Pareja
¿Tiene una vida sexual activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No actualmente <input type="checkbox"/> Nunca	Con: <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Ambos ¿Utiliza un método de anticonceptivo/protección/barrera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué tipo?: _____



Neighborhood Outreach Access to Health

Formulario de consentimiento para comunicaciones

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

En ocasiones llamaremos, enviaremos mensajes de texto o por correo electrónico para recordarle sobre alguna cita o para dejarle mensajes de información general en su correo de voz.

Otorgo mi permiso a NOAH para que comunique mensajes sobre citas, referencias médicas, resultados de pruebas de laboratorio y otra información referente a mi atención médica.

¿Podemos:

dejar un mensaje en su teléfono de casa? Sí No

Número de teléfono: _____

dejar un mensaje en su teléfono celular? Sí No

Número de teléfono: _____

enviar los resultados de pruebas de laboratorio por correo a su casa? Sí No

Doy permiso a HonorHealth/NOAH que discuta mi información de salud personal con las siguientes personas:

Nombre

Relación con el paciente

Escriba en letra de molde el nombre del paciente/parte responsable: _____

Firma del paciente/parte responsable: _____ Fecha: _____