

Registración para Paciente

Información del paciente - para ser completado por el paciente o el representante designado.

❗ ¡Por favor, avisenos si necesita ayuda completando esta forma!

Primer Nombre y apellido del paciente: _____

Padre/guardián/tutor (si es menor de 18): _____

Nombre preferido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Legal Sex:

☐ Mujer

☐ Hombre

☐ deseo no revelar

SSN: _____

La siguiente informacion se guardara en su record medico y nos ayudara a proveer un mejor cuidado personalizado. Favor de escoger la opcion que lo/la describa mejor. Nuestro sistema solo permite una seleccion..

Domicilio: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

☐ Permanente

☐ Temporal

☐ Confidencial

☐ Prefiero no revelar

Número de teléfono: (Cell) _____ (Casa): _____ (Trabajo): _____

Correo electrónico: _____

Estado Civil:

☐ Divorciado/a

☐ Legalmente
separado/a

☐ Soltero/a

☐ Otro _____

☐ Unión libre

☐ Casado/a

☐ Viudo/a

☐ deseo no revelar

☐ Desconocido

Raza con la que más se identifica:

☐ Blanco/a

☐ Japones/a

☐ Asiático/a

☐ Nativo/a de Alaska

☐ Coreano/a

☐ caucásico/a

☐ Indígena Norteamericano/a

☐ Nativo de Hawái

☐ No se

☐ Negro/a Afroamericano/a

☐ Otro asiático/a

☐ Otro

☐ Chino/a

☐ Mas de una raza

☐ Prefiero no revelar

☐ Filipino/a

☐ isleño/a del pacífico

El grupo étnico

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hispano/a Latino/a | <input type="checkbox"/> Mexicano/a, Mexicano/a | <input type="checkbox"/> No se |
| <input type="checkbox"/> Otro/a Hispano/a, Latino/a, o de | <input type="checkbox"/> Americano/a, o Chicano/a | <input type="checkbox"/> Otra |
| <input type="checkbox"/> origen Español | <input type="checkbox"/> No Hispano/a o Latino/a | <input type="checkbox"/> deseo no revelar |
| <input type="checkbox"/> Cubano/a | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a | |

Grupo de origen étnico: _____

Información adicional del paciente

Estado de Trabajo:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajando tiempo completo | <input type="checkbox"/> En el militar | <input type="checkbox"/> No se |
| <input type="checkbox"/> Trabajando tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Estacional (ciertas épocas del año) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> No estoy trabajando | <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar |
| <input type="checkbox"/> Desempleado-Jubilado | <input type="checkbox"/> Estudiante tiempo completo | |
| <input type="checkbox"/> Desempleado por discapacidad | <input type="checkbox"/> Estudiante tiempo parcial | |

Empresa/Negocio de trabajo: _____

Ocupación: _____

Idioma de preferencia: _____

Necesita interprete:

- ☐ Si ☐ No

¿Cuál es su Idioma de preferencia en forma escrita?:

¿Cuál es su idioma de preferencia al hablar?:

Método de comunicación de preferencia:

- ☐ Correo
☐ Teléfono
☐ Correo electrónico
☐ Mychart
(Portal de expediente medico electrónico)

Información Adicional

¿Es veterano o tiene estado militar?

- ☐ Sí ☐ No

Información de Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Cellular: _____ Numero de casa: _____

Información del seguro médico del paciente

Seguro medico principal: (Si aplicable):

Nombre del titular:

Relación al titular: _____

Fecha de

nacimiento del titular: _____

Sexo del titula:

☐ Hombre

☐ Mujer

Seguro médico secundario: (Si aplicable):

Nombre del titular:

Relación al titular: _____

Fecha de

nacimiento del titular: _____

Sexo del titula:

☐ Hombre

☐ Mujer

Información de seguro dental

Seguro medico principal: (Si aplicable):

Nombre del titular:

Relación al titular: _____

Fecha de

nacimiento del titular: _____

Sexo del titula:

☐ Hombre

☐ Mujer

Al firmar a continuación, declaro que la información en este formulario es verdadera y correcta a mi mejor entender. Yo declaro y doy mi consentimiento en recibir una encuesta relacionada con mi cuidado vía correo electrónico o texto.

Firma del paciente o Guardian/tutor

Fecha

Vivienda e Ingresos

Información del paciente - para ser completado por el paciente o el representante designado.

Primer Nombre y apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Como un centro de salud comunitario, tenemos que preguntar las siguientes preguntas en cada visita. Esta información es necesaria para recibir fondos y poder servirle mejor a usted y miembros de nuestra comunidad.

1.

Seleccione Una	Situación de Vivienda
<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.
<input type="checkbox"/>	Vivo temporalmente con otra persona; por ejemplo, duermo en el sofá.
<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
<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
<input type="checkbox"/>	Vivo en una residencia pagada por asistencia de alquiler.
<input type="checkbox"/>	Actualmente vivo en la calle, en mi coche, en un campamento.
<input type="checkbox"/>	No tuve vivienda durante el año pasado y mi situación de vivienda no es ninguna de las opciones anteriores.
<input type="checkbox"/>	Yo tengo una casa pero no puedo pagar la renta o hipoteca y/o me dijeron que tengo que desalojar.
<input type="checkbox"/>	Yo vivo en un hotel.

2. ¿Cuántas personas hay en su hogar? _____

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

- ☐ Menos de \$500/mensual
 ☐ \$501 - \$1,000/mensual
 ☐ \$1,001 - \$2,500/mensual
 ☐ \$2,501 - \$4,000/mensual
☐ \$4,001 - \$5,500/mensual
 ☐ \$5,501 - \$7,000/mensual
 ☐ \$7,001 - \$8,500/mensual
 ☐ \$8,501+/mensual

4. ¿Es migrante o trabajador estacional?

- ☐ Migrante
 ☐ Estacional
 ☐ Ninguno

cuestionario de necesidades sociales relacionadas con la salud

PRAPARE®: Protocolo para responder y evaluar los activos, riesgos y experiencias de los pacientes

La habilidad de pagar los biles(facturas), acceso a comida, y encontrar transporte pueden tener un impacto muy grande en su salud. En NOAH, nuestro enfoque completo de la persona significa que hay modos en el cual le podemos ayudar con todas estas cosas también. Favor de contestar las preguntas siguientes para determinar los servicios adicionales que le puedan ayudar

❗ ¡Por favor, avisenos si necesita ayuda completando esta forma!

☐ Me gustaría optar por no participar en esta cuestionario

1. ¿Cuál es su situación de trabajo?

- ☐ Desempleado
- ☐ Trabajo de tiempo parcial o temporal
- ☐ Trabajo de tiempo completo
- ☐ Desempleado pero no busca trabajo (p. ej., estudiante, jubilado, incapacitado, cuidador principal no remunerado). Por favor, escríbalo: _____
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

2. ¿Cuál es su situación actual de vivienda?

- ☐ Tengo vivienda
- ☐ No tengo vivienda (vivo con otras personas, en un hotel, en un albergue, vivo en la calle, en una playa, en un automóvil o en un parque)
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

3. Durante el último año, ¿usted o algún miembro de su familia tuvieron que dejar de comprar algo que realmente se necesitaba entre las siguientes opciones? Marque todas las que correspondan

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Alimentos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Ropa | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Servicios públicos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cuidado infantil | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Medicamentos o cualquier tipo de cuidado de la salud (médico, dental, mental, oftalmológico) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Teléfono | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Otra (por favor, escríbalo):

☐ Prefiero no responder a esta pregunta

4. ¿La falta de transporte le ha impedido acudir a consultas médicas, reuniones, al trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida cotidiana? Marque todas las que correspondan.

- ☐ Sí, me ha impedido acudir a consultas médicas o a recoger mis medicamentos.
- ☐ Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo o conseguir cosas que necesito
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

5. ¿Con qué frecuencia ve o conversa con personas cercanas por las que se preocupa? (Por ejemplo: conversar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, asistir a la iglesia o a reuniones de club)

- ☐ Menos de una vez por semana
- ☐ 1 o 2 veces por semana
- ☐ 3 o 5 veces por semana
- ☐ 6 o más veces por semana
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

6. Estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir a la noche porque su mente está preocupada. ¿Que tan estresado se encuentra?

- ☐ Para nada
- ☐ Un poco
- ☐ Algo
- ☐ Bastante
- ☐ Mucho
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

7. En el último año, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil?

- ☐ Sí
- ☐ No

cuestionario de necesidades sociales relacionadas con la salud

8. ¿Se siente física o emocionalmente seguro en su actual lugar de residencia?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

9. ¿Le preocupa poder perder su vivienda?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

10. ¿Cuál es el nivel de escuela más alto que ha completado?

- ☐ menos de escuela secundaria (menos de 12-o grado)
- ☐ diploma de escuela secundaria o GED
- ☐ Mas de escuela secundaria o GED
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

11. ¿Cuál es su seguro médico principal?

- ☐ Ninguno/no asegurado
- ☐ CHIP Medicaid
- ☐ Otro seguro público (no CHIP)
- ☐ Seguro privado
- ☐ Medicaid
- ☐ Medicare
- ☐ Otro seguro público
- ☐ (CHIP)

12. ¿Es refugiado?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

13. Durante el último año, ¿tuvo miedo de su pareja o expareja?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro
- ☐ No he tenido pareja durante el último año
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta