



FORMULARIO PARA PACIENTES NUEVOS

Fecha/Hora: _____

Servicios deseados: _____ Atención primaria _____ Salud conductual/Consejería _____ Planificación familiar

¿Cuál Proveedor solicitas?: _____ ¿Eres un paciente previo?: Si No

Nombre del Paciente (Apellido, Primer, Inicial Segundo): _____ Sexo: M F

Garante si >18 años: _____

Email: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Estatus Marital : S C D V

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____

Teléfonos: (Casa) _____ (Celular) _____ (Trabajo) _____

Ultimo Proveedor Médico: _____ Referido por: _____

¿Cómo escuchó de nosotros? Amigo/Familiar Radio Internet Media Social Otro Proveedor Periódico Manejando

Nombre del Empleador: _____ Estatus: Completo Medio Tiempo Retirado Ninguno

Seguro Primario: _____ Seguro Secundario: _____

Eres un estudiante (Si es aplicable): Tiempo Completo Medio Tiempo Nombre del Instituto/Univ/Escuela: _____

Condiciones Médicas:

Medicinas Corrientes:

Visita para Chequeo de Salud de Medicare: Si No

Behavioral Health Only:
Presenting problem or reason for referral:

Patient Contracted by: _____ Provider assigned: _____
New patient appointment scheduled: Y N Date/time: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____	Fecha de nacimiento: _____
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____	¿TE DERIVARON? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿por quién? _____

Farmacia Primaria Preferida: _____
Nombre de la farmacia: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Ha tenido alguno de estos problemas en los últimos seis(6) meses? (Marque todo lo que corresponda.)

Constitucional

- ¿Escalofríos? No Sí
- ¿Fatiga? No Sí
- ¿Fiebre? No Sí
- ¿Sudores nocturnos? No Sí
- ¿Debilidad? No Sí
- ¿Aumento de peso? No Sí
- ¿Pérdida de peso? No Sí

OREJA, NARIZ, GARGANTA

- ¿Cambios visuales? No Sí
- ¿Secreción ocular? No Sí
- ¿Dolor en los ojos? No Sí
- ¿Dificultad para tragar? No Sí
- ¿La locura? No Sí
- ¿Congestión nasal? No Sí
- ¿Drenaje nasal? No Sí
- ¿Dolor facial? No Sí
- ¿Pérdida auditiva? No Sí
- ¿Sonando en oídos? No Sí
- ¿Secreción del oído? No Sí
- ¿Dolor de oído? No Sí
- ¿Vértigo / mareo? No Sí

Respiratorio

- ¿Tos? No Sí
- ¿Dificultad para respirar? No Sí
- ¿Sibilancias? No Sí
- ¿Pleuresía? No Sí
- ¿Tuberculosis (TB)? No Sí
- ¿Infección reciente? No Sí

Cardiovascular

- ¿Dolor en el pecho? No Sí
- ¿Un soplo cardíaco? No Sí
- ¿Hinchazón de las piernas? No Sí
- ¿Síncope (desmayo)? No Sí
- Irregular No Sí
- latidos del corazón / palpitaciones? No Sí
- ¿Vértigo? No Sí
- ¿Presión arterial alta? No Sí
- ¿Varices? No Sí

GASTROINTESTINAL

- ¿Dolor abdominal? No Sí
- ¿Estreñimiento? No Sí
- ¿Diarrea? No Sí
- ¿Acidez? No Sí
- ¿Náuseas? No Sí
- ¿Vómitos? No Sí
- ¿Cambio en el taburete? No Sí
- ¿Sangre en las heces? No Sí
- ¿Pérdida de apetito? No Sí
- ¿Sed excesiva? No Sí

Gentiurinary

- ¿Micción dolorosa? No Sí
- ¿Micción frecuente? No Sí
- ¿Sangre en la orina? No Sí
- ¿Urge incontinencia? No Sí
- ¿Retención urinaria? No Sí
- ¿Secreción del pene? No Sí

METABÓLICO / ENDOCRINO

- ¿Intolerante al frío? No Sí
- ¿Pérdida de cabello? No Sí
- ¿Intolerante al calor? No Sí

Neurológicos

- ¿jaqueca? No Sí
- ¿Dificultad para caminar? No Sí
- ¿Mareos? No Sí
- ¿Mala coordinación? No Sí
- ¿Pérdida de memoria? No Sí
- ¿Debilidad muscular? No Sí
- Entumecimiento / hormig No Sí
- ¿Convulsiones? No Sí
- ¿Temblores? No Sí

Psiquiátrico

- ¿Ansiedad? No Sí
- ¿Depresión? No Sí
- ¿Insomnio? No Sí

Tegumentario

- ¿Pelo quebradizo / uñas? No Sí
- ¿Pérdida de cabello? No Sí
- ¿Crecimiento del cabello? No Sí
- ¿Alergia al contacto? No Sí
- ¿Erupción? No Sí
- ¿Infección cutánea? No Sí
- ¿Lesiones cutáneas? No Sí
- ¿Lesiones cutáneas? No Sí

Musculoesqueléticos

- ¿Dolor de espalda? No Sí
- ¿Dolor articular? No Sí
- ¿Hinchazón articular? No Sí
- ¿Debilidad muscular? No Sí
- ¿Dolor de cuello? No Sí

HEMATOLOGIC

- ¿Sangre fácil? No Sí
- ¿Hematomas fáciles? No Sí

Inmunológica

- ¿Asma? No Sí
- ¿Alergia a la picadura de No Sí
- ¿Dermatitis de contacto? No Sí
- ¿Alergias ambientales? No Sí
- ¿Alergias alimentarias? No Sí
- ¿Alergias estacionales? No Sí

Ginecológicos

- Número de embarazos _____
- Edad en el primer embarazo _____
- Número de nacimientos vivos _____
- Abortos espontáneos/abortos _____
- Fecha del último período _____
- Edad del primer período _____
- El último pap normal _____
- El último pap normal _____

NOMBRE DEL PACIENTE	Fecha de Nacimiento
----------------------------	----------------------------

HISTORIA MEDICA Alguna vez ha **tenido o tiene cualquiera de lo siguiente?** **No/con salud**

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> DVT/Coágulos | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Deg. Articulaciones | <input type="checkbox"/> Intestino Inflamado (IBS) | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Piedras/Riñones | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes: Tipo ____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme | <input type="checkbox"/> Apnea al dormir |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas | <input type="checkbox"/> Infarto del Miocardio | <input type="checkbox"/> Estenosis Espinal |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Lípidos Elevados | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Espondilo artropatía |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Cong. | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Embolia |
| <input type="checkbox"/> COPD/Enfisema | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Lupus Sistémico |
| <input type="checkbox"/> Enf. Arteria Coronaria | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Ulcera Péptica | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Hepatitis: _____ | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Valvular |

Otro: _____

CIRUGIAS (Por favor, haga un check en todos los tipos de cirugía que haya tenido y el año aproximado que se los hicieron.) Ninguna Lado – D = Derecho I = Izquierdo A = ambos

	CIRUGIA	AÑO			CIRUGIA	AÑO
<input type="checkbox"/>	Angioplastia			<input type="checkbox"/>	Histerectomía	
<input type="checkbox"/>	Apendicetomía			<input type="checkbox"/>	Cirugía de la Rodilla – Lado _____	
<input type="checkbox"/>	Cirugía del Cuello o Espalda			<input type="checkbox"/>	Mastectomía/Senos - Lado _____	
<input type="checkbox"/>	Cirugía de la Arteria Carótida			<input type="checkbox"/>	Neurocirugía	
<input type="checkbox"/>	Cirugía del Túnel Carpal - Lado _____			<input type="checkbox"/>	Próstata/Vejiga	
<input type="checkbox"/>	Cirugía del Pecho/Pulmones			<input type="checkbox"/>	Cirugía de las Sinus	
<input type="checkbox"/>	Bypass Coronario			<input type="checkbox"/>	Cirugía del Estómago	
<input type="checkbox"/>	Cirugía del Oído – Lado _____			<input type="checkbox"/>	Cirugía de la Tiroides	
<input type="checkbox"/>	Cirugía de la Vesícula			<input type="checkbox"/>	Amigdalectomía (Anginas o Amígdalas)	
<input type="checkbox"/>	Reparación de Hernia			<input type="checkbox"/>	Cirugía relacionada con Trauma	
<input type="checkbox"/>	Cirugía de Caderas – Lado _____			<input type="checkbox"/>	Cesáreas	
OTRAS CIRUGIAS:						
<input type="checkbox"/>						AÑO
<input type="checkbox"/>						

MEDICINAS (Por favor, haga una lista de sus medicinas actuales.) Ninguna

ALERGIAS A MEDICINAS / OTROS

- | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Ninguna conocida | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Alergia a metales _____ |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Sulfas | <input type="checkbox"/> Otros: | | |

Reacción Alérgica: _____

HISTORIA FAMILIAR

Ninguna

	¿Cuál Familiar?
<input type="checkbox"/> Cancer	
<input type="checkbox"/> Gota	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	
<input type="checkbox"/> Artritis	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca	
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado	
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	

HISTORIA SOCIAL

¿Usa Tabaco? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Ahora
¿Qué tipo de Tabaco? _____ Uso diario: _____
¿Trato de dejarlo? _____ ¿Qué método uso? _____
¿Alcohol? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Ocasional
<input type="checkbox"/> Al año <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Diario
¿Toma Cafeína? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Al día?
¿ Tipo?
<input type="checkbox"/> Diestro <input type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/> Ambidiestro

NOMBRE DEL PACIENTE	Fecha de Nacimiento
----------------------------	----------------------------

Tatuajes: Si No Si marco "Si", ¿Está interesado(a) en retirar el tatuaje? Si No

EXAMENES/SERVICIOS PREVENTIVOS (Por favor, indique la fecha y lugar donde se realizó los exámenes.)

Exámenes/Servicios Preventivos	Año/Lugar del Exámen	Exámenes/Servicios Preventivos	Año/Lugar del Exámen	Exámenes/Servicios Preventivos	Año/Lugar del Exámen
Mamograma		Sigmoidoscopia Flexible		Test Densidad Osea	
Papanicolaou		Test de Tuberculosis		Angiograma Cardíaco	
Examen de Senos		Colonoscopia		Test del Stress Cardíaco	
Rayos X del Pecho		Vacuna de la Influenza		Test de Cáncer de Prostata	
Electrocardiograma		Vacuna de la Neumonía		Examen de Ojos	
Examen Rectal		Vacuna del Tetanus		Fecha de la Última Examinación Médica:	
Ex. Cancel del Colon		Vacuna de la Hepatitis			

EN MI MEJOR CONOCIMIENTO. LA INFORMACION QUE HE PROVEIDO ES CORRECTA.

Paciente/Custodio Legal

Fecha



Formulario de Estadísticas de Centros de Salud Calificados Federalmente

Nombre del paciente: _____

Para obtener una mejor comprensión de las poblaciones a las que servimos y cumplir con las pautas federales, necesitamos que complete las preguntas a continuación y las devuelva al personal de check-in.

1. Orientación sexual del paciente – por favor marque una

- Lesbiana o gay
- Heterosexual (no lesbiana o gay)
- Bisexual
- Algo más
- No sé
- Elija no divulgar

2. Identidad de género – por favor marque una

- Hembra
- Masculino
- Transgénero femenino/masculino a femenino
- Transgénero masculino / femenino a masculino
- Otro
- Elija no divulgar

3. Asignación sexual del paciente al nacer:

- Hembra
- Masculino

4. Pronombre preferido del paciente – por favor marque uno

- Ella/ella/ella
- Él/él/su
- Ellos/ellos/los suyos
- Nombre del paciente
- Negarse a responder
- Desconocido

5. Estatus de veterano: marque uno

- Sí
- No

6. Estado de personas sin hogar : marque uno

"Sin hogar" significa carecer de vivienda fija, regular y adecuada, que incluye vivir en un refugio, moteles o automóviles, o vivir temporalmente con otras personas porque no tiene a dónde ir. Otros ejemplos incluyen "duplicar", cuando las personas no pueden mantener su situación de vivienda y se ven obligadas a quedarse con una serie de amigos y / o familiares extendidos. <http://www.nhchc.org/faq/official-definition-homelessness/>

"No acompañado" significa que usted no está viviendo bajo la custodia física de su padre o tutor. (hijos menores)

- Sí
- No

7. ¿Cuántas personas viven en su hogar? – por favor marque uno

- Uno (1)
- Dos (2)
- Tres (3)
- Cuatro (4)
- Cinco (5)
- Seis (6) o más

8. Verificación de ingresos del hogar: marque las respuestas para todas las personas que viven en su hogar

Ingreso Anual \$ _____
<0>

Salarios por hora \$ _____ Number de horas por semana _____

Salario mensual \$ _____
<0>

Ingreso del Seguro Social \$ _____

Asistencia del Gobierno \$ _____

Pensión alimenticia/manutención de los hijos \$ _____

9. ¿Tiene dificultades para llegar a fin de mes al final del mes?

- Sí
- No

Neighborhood Health Center ofrece un descuento de tarifa móvil para pacientes que están al 200% o por debajo de las pautas federales de pobreza. **Consulte la tabla a continuación para ver si puede calificar.**

Es posible que se le pida que se reúna con un especialista financiero que le proporcionará más información sobre los copagos mínimos para aquellos que califican para el programa de tarifas móviles.

Descuentos en la escala de tarifas móviles - 2023					
Nivel Federal de Pobreza	0 - 100%		101 - 125%	126 - 150%	151 - 200%
Tamaño de la unidad familiar	Tarifa nominal \$5	Copago \$10	Copago \$15	Copago \$20	
1	\$ 14,580	\$ 18,225	\$ 21,870	\$ 29,160	
2	\$ 19,720	\$ 24,650	\$ 29,580	\$ 39,440	
3	\$ 24,860	\$ 31,075	\$ 37,290	\$ 49,720	
4	\$ 30,000	\$ 37,500	\$ 45,000	\$ 60,000	
5	\$ 35,140	\$ 43,925	\$ 52,710	\$ 70,280	
6	\$ 40,280	\$ 50,350	\$ 60,420	\$ 80,560	
7	\$ 45,420	\$ 56,775	\$ 68,130	\$ 90,840	
8	\$ 50,560	\$ 63,200	\$ 75,840	\$ 101,120	
Para cada miembro adicional del hogar, agregue:	\$ 5,140	\$ 6,425	\$ 7,710	\$ 10,280	