

Formulario de Registro de Pacients

Información para el paciente						
Apellido:		Nombre:		Segundo nombre:		
Fecha de Nacimiento:			Numero de Seguro Social:			
Si es menor, nombre del tutor y relación con el paciente:						
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Elija no divulgar <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="radio"/> Hombre-Mujer <input type="radio"/> Mujer-Hombre <input type="checkbox"/> No binario Pronombres preferidos: <input type="checkbox"/> ella, ella, la suya <input type="checkbox"/> él, él, su <input type="checkbox"/> ellos, ellos, los suyos <input type="checkbox"/> no aparece en la lista Nombre preferido: _____ <i>(Parafines de facturación, el nombre que aparece en su gráfico se mostrará como su nombre legal, pero el personal de la oficina hará anotaciones en su gráfico y hará todo lo posible para dirigirse a usted por su nombre preferido)</i>						
Dirección:		<input type="checkbox"/> Sin hogar	Ciudad:		Estado:	Código postal:
Dirección postal si es diferente:						
Teléfono principal: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celda ()			Teléfono alternativo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celda ()			
Dirección de correo electrónico:						
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____						
Idioma principal: Se necesita intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Religión:		
Origen étnico:		Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Indidán nativo <input type="checkbox"/> Negro-afroamericano <input type="checkbox"/> Isleño asiático-pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Contacto de emergencia						
Apellido, Nombre:			Relación:		Número de teléfono:	
Employment/Empleo						
Situación laboral: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado						
Nombre del empleador:			Ocupación:			
Dirección del empleador:			Teléfono del empleador:			
Información de farmacia						
Nombre:		Dirección:		Número de teléfono:		

PARA LOS MENORES DE EDAD, POR FAVOR TRAIGA SU TARJETA AMARILLA DE VACUNACIÓN EN CADA VISITA.

POLÍTICAS FINANCIERAS DE LA OFICINA

Seguro primario (titular de la póliza) Información sobre sí mismo		<input type="checkbox"/> Propio
Nombre del seguro:	Nombre del suscriptor:	
Fecha de nacimiento de los suscriptores:	Relación con el paciente:	
ID de suscriptor:	Número de grupo:	
Seguro Secundario (Titular de la Póliza) Información		<input type="checkbox"/> Propio
Nombre del seguro:	Nombre del suscriptor:	
Fecha de nacimiento de los suscriptores:	Relación con el paciente:	
ID de suscriptor:	Número de grupo:	
Información terciaria, de prescripción u otra información de seguro (para prescripción, incluya PCN y BIN)		
Parte responsable (garante)		<input type="checkbox"/> Propio
Apellido, Nombre:	Relación:	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	
Teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Residencial () -		

La información anterior es completa y correcta. Por la presente autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar un reclamo ante mi compañía de seguros. Asigno los beneficios que de otro modo me serían pagaderos a Atiga Family Practice (Rolando A Atiga, MD, A Professional Corp.). El financiamiento y la asistencia financiera están disponibles si es necesario, hable con nuestro gerente de oficina si necesita hacer arreglos para el pago.

Necesitamos una copia del anverso y el reverso de todas sus tarjetas de seguro archivadas en su expediente, incluidas sus tarjetas de cobertura de medicamentos recetados. Si no se recibe toda la información necesaria para facturar a su seguro, su cuenta se gestionará de la misma manera que el pago en efectivo.

Para aquellos que pagan en efectivo, a menos que se hayan hecho arreglos antes, el pago debe pagarse en su totalidad en el momento del servicio.

La visita al consultorio del proveedor por pago en efectivo es de \$100 y una visita de enfermería cuesta \$25. Para vacunas, procedimientos u otros artículos, confirme los cargos con el personal de la oficina antes de recibir los servicios.

Para los servicios de tratamiento con láser, pregunte a un miembro del personal para obtener información sobre precios y ofertas especiales mensuales.

Todos los pacientes de HMO deben ser asignados al Dr. Rolando A. Atiga o al Dr. John Feeney bajo Optum Southwest Valleys, Optum Beaver California Oaks, IEHP Direct, Molina Direct o Alphacare medical group en el momento del servicio. Si no se le asigna a nuestra oficina, usted será responsable de los cargos en caso de que su seguro niegue el pago. Notifique a la oficina tan pronto como haya un cambio en su cobertura de seguro para que podamos facturar correctamente.

POLÍTICAS FINANCIERAS DE LA OFICINA

- Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por servicios médicos prestados, independientemente de la cobertura del seguro.
- Entiendo que soy responsable de cualquier copago, coseguro o deducible de la visita al consultorio y que esta cantidad se debe pagar en el momento del servicio.
- Entiendo que debo pagar inmediatamente cualquier monto atrasado de más de 30 días por una compañía de seguros.
- Entiendo que los montos vencidos por más de 90 días están sujetos a procedimientos de cobro que podrían incluir un tribunal de reclamos menores o un cargo por servicio del 1 al 12% por mes sobre el saldo impago.
- Si esta cuenta se asigna a un abogado para su cobro y/o demanda, una copia de la firma es válida como el original. Las cuentas enviadas a una agencia de cobranza incluirán una tarifa de transferencia adicional de \$25.00 y se debe mostrar un comprobante de pago a *la agencia de cobranza* antes de que se presten servicios adicionales.
- Si facturamos a una compañía de seguros y se determina que usted no tenía cobertura en el momento en que se prestó el servicio, puede pagar una tarifa de visita al consultorio de \$125 (monto de pago en efectivo más una tarifa administrativa por facturar los servicios). Si no se paga este monto, se facturará el monto total y se enviará a cobranzas con las mismas tarifas que se indican en los estados de cuenta anteriores.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

(Al firmar arriba reconozco que he leído las páginas 1 y 2 de las Políticas Financieras de la Oficina)

Si no es paciente, nombre de la persona que firma: _____

Relación con el paciente: _____

Los pagos se pueden realizar mediante:

- Llamar a la oficina con su información de pago
- En línea a través de su portal del paciente en "Mi cuenta" y "Estado de cuenta actual"
- En la oficina
- Envío del pago por correo a: Atiga Family Practice- Billing, 25405 Hancock Ave, Ste 105, Murrieta, CA 92562

POLÍTICAS DE LA OFICINA

Citas:

- Se requiere que los pacientes nuevos completen y devuelvan sus paquetes de pacientes nuevos a nuestra oficina antes de ser programados. Una vez que la oficina reciba sus formularios, un miembro del personal se comunicará con usted para programar su cita.
- Se requiere que los pacientes estén en nuestra oficina 15 minutos antes de la hora programada de su cita. Esto permite a nuestro personal completar el proceso de registro y obtener signos vitales para garantizar que el paciente esté listo para ser atendido por su proveedor a la hora programada.
- Reservamos un tiempo designado para citas urgentes y el mismo día. Llame lo antes posible para obtener una cita cuando sea necesario. Si se llenan todas las citas para el mismo día, el personal puede dirigirlo a un centro de atención de urgencia y/o a la sala de emergencias si es necesario.
- Si llega más de 15 minutos tarde a la hora programada de su cita, es posible que deba reprogramarse a una hora y/o día diferente para garantizar que otros pacientes programados sean atendidos de manera oportuna.
- Si no asiste a su cita y/o no notifica a la oficina por *teléfono* al menos 24 horas antes de la hora programada de su cita, se le pedirá que pague una tarifa por no presentarse de \$ 50.00 por visitas al consultorio o \$ 25.00 por una visita de enfermería.
- Si no se presenta a 3 o más citas dentro de un período de 1 año, se le dará por terminado de recibir atención al paciente de nuestra oficina.
- Su tabla debe estar preparada para su cita al menos 24 horas antes de la fecha y hora programadas o será cancelada. Nuestro personal intentará comunicarse con usted a partir de 3-4 días antes de su visita programada para completar esto. La preparación de la historia clínica incluye:
 - ❖ confirmar la fecha, hora y lugar de la cita
 - ❖ revisar todos los medicamentos y alergias, lo que incluye la dosis y la frecuencia con la que se toma
 - ❖ realizar las pruebas de detección necesarias
 - ❖ actualizar el historial médico, que incluye vacunas, y procedimientos externos
 - ❖ La cita de telemedicina también requiere que se obtengan signos vitales
- Todas las visitas requieren exámenes de detección que se facturan a su seguro. Por lo general, estas pruebas de detección no están cubiertas por el seguro, pero son obligatorias. Nuestra oficina no le cobrará ningún código de detección que el seguro no cubra.

POLÍTICAS DE LA OFICINA

Nombramientos (continuación):

- Las visitas anuales de bienestar (para pacientes de 15 meses o menos, las primeras 6 visitas) incluyen la obtención de antecedentes médicos, mediciones, revisión de riesgos para la salud por edad/comportamientos y otros factores, exámenes/órdenes de salud, vacunas y que el proveedor elabore un plan de prevención personalizado para mantener su salud. Estas visitas no incluyen ninguna conversación o tratamiento para nuevos problemas médicos. Cualquier artículo fuera de estas pautas discutido durante una visita de bienestar se cobrará y cubrirá de acuerdo con las pautas de cobertura de su seguro. Estas visitas requieren que le pidamos formularios actualizados sobre su salud que se actualicen anualmente o puede programar otra cita para revisar estos elementos adicionales con su proveedor.
- La atención preventiva es parte del tratamiento del paciente como un todo. Ayuda a su proveedor con la detección temprana de cambios en su salud y ayuda a monitorear su salud durante un período de tiempo recomendado. Algunos ejemplos serían los estudios de laboratorio, los diagnósticos por imágenes y los procedimientos. Si usted no cumple continuamente con las recomendaciones de sus proveedores para acceder y monitorear su salud, puede resultar en que se le cancele la atención al paciente de nuestra oficina.

Prescripciones:

- En su visita para establecer la atención, o cuando se le recetó inicialmente, nuestra oficina enviará sus recetas a su farmacia.
- Para resurtir recetas, deberá comunicarse con su farmacia y ellos enviarán a nuestra oficina una solicitud electrónica. **Tenga en cuenta que las solicitudes pueden tardar hasta 48 horas hábiles en procesarse.**
- Notifique a la oficina de cualquier cambio en la información de su farmacia para asegurarse de que los medicamentos y suministros se envíen al centro correcto.

Comportamiento:

- No toleramos comportamientos groseros o irrespetuosos hacia nuestro personal u otros pacientes, como gritos y/o el uso de blasfemias. A cualquier persona que se comporte de esa manera se le pedirá que abandone la oficina.
- El incumplimiento y/o los incidentes repetidos pueden resultar en la terminación de la atención al paciente de nuestra oficina.
- Le recomendamos que hable con su proveedor sobre sus inquietudes de salud y revise cualquier pregunta relacionada con su plan de atención. Sin embargo, el incumplimiento reiterado de las recomendaciones acordadas del plan de atención puede dar lugar a la terminación de la atención al paciente.

POLÍTICAS DE LA OFICINA

Formularios y Cargos de Registros Médicos:

- Si desea una copia de sus registros médicos, puede acceder a ellos en línea sin cargo a través del portal del paciente que se encuentra en línea en AtigaFamilyPractice.com.
- Si necesita que nuestra oficina imprima sus registros médicos, hay una tarifa administrativa y de suministros de \$ 25 y sus registros estarán disponibles para usted dentro de los 15 días hábiles.
- Los formularios que el proveedor llena a petición suya, como los formularios físicos de discapacidad, compañía de servicios públicos, escuela/trabajo, etc., están sujetos a una tarifa administrativa y de suministros de \$25. Espere hasta 3 días hábiles para que los formularios completados estén disponibles para usted.

Fuera del horario de atención:

Si necesita ser atendido fuera de nuestro horario de oficina, puede ir al departamento de emergencias local o al centro de atención de urgencia. También puede llamar a nuestra oficina y seguir las indicaciones dadas en el mensaje o visitar nuestro sitio web, AtigaFamilyPractice.com, e ir a la pestaña "Acerca de" para encontrar "Instrucciones fuera del horario de atención". Por favor, llame solo al médico de guardia para que le aconseje **sobre asuntos urgentes, el médico de guardia no hará resurtidos de recetas.**

He leído y entiendo las páginas 1 a 3 de las políticas de la oficina. Acepto cumplir con las políticas enumeradas. Entiendo que el incumplimiento puede resultar en la terminación de la atención de la oficina.

_____/_____
Nombre del paciente Fecha de nacimiento _____/_____
Firma del paciente de la fecha de nacimiento o del
representante autorizado / Fecha

Si no es la firma del paciente, indique la relación: _____

ATIGA FAMILY PRACTICE

ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El abajo firmante acusa recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente vigente para este centro de atención médica. (Solicite una copia de nuestro personal o visite Atiga Family Practice.com, vaya a la pestaña "Pacientes" y seleccione "Formularios" para descargar / ver el "AVISO DE HIPPA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD". Una copia de este documento firmado y fechado será tan efectiva como el original.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o de los representantes autorizados

Fecha

If Other Than Patient, Nombre de Person Signing

Relación con el paciente

- Autorizo el contacto de esta oficina para confirmar mis citas, tratamiento e información de facturación a través de la información de contacto proporcionada en mi formulario de registro.

Elijo *optar por no* recibir avisos de confirmación (___)

- Autorizo el contacto de esta oficina para ser informado sobre servicios especiales, eventos, esfuerzos de recaudación de fondos o nueva información de salud a través de la dirección de correo electrónico proporcionada en mi formulario de registro.

Elijo *optar por no* recibir avisos promocionales y de información de salud (___)

Al firmar este Formulario de Reconocimiento del Paciente de HIPAA, usted reconoce y autoriza que esta oficina puede recomendar productos o servicios para promover su mejor salud. Esta oficina puede o no recibir remuneración de terceros de estas compañías afiliadas. Nosotros, bajo la Regla Ómnibus actual de HIPAA, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.

Uso de la oficina solo

Como oficial de privacidad,

___ He ingresado en el registro electrónico de salud de los pacientes sus opciones preferidas

intenté obtener la firma del paciente (o representantes) en este Reconocimiento, pero no lo hice porque:

___ Era un tratamiento de emergencia y no podía comunicarme con el paciente

___ El paciente se negó a firmar

___ El paciente no pudo firmar porque

___ Otro (por favor describa) _____

Firma del Oficial de Privacidad

AB-1278 Médicos y cirujanos: pagos: divulgación: aviso.

La base de datos Open Payments es una herramienta federal utilizada para buscar pagos realizados por compañías farmacéuticas y de dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en openpaymentsdata.cms.gov.

Proyecto de ley N° 1278 de la Asamblea

CAPÍTULO 750

Una ley para agregar el Artículo 6.5 (comenzando con la Sección 660) al Capítulo 1 de la División 2 del Código de Negocios y Profesiones, relacionado con las artes curativas.

[Aprobado por el Gobernador el 29 de septiembre de 2022. Presentado ante el Secretario de Estado el 29 de septiembre de 2022.]

Compendio del Consejo Legislativo

AB 1278, Nazariano. Médicos y cirujanos: pagos: divulgación: aviso.

La ley existente, la Ley de Práctica Médica, establece la Junta Médica de California dentro del Departamento de Asuntos del Consumidor y establece sus poderes y deberes relacionados con la licencia y regulación de médicos y cirujanos. La ley existente establece la Junta Médica Osteopática de California dentro del departamento y establece sus poderes y deberes relacionados con la licencia y regulación de los médicos y cirujanos osteópatas.

La ley federal existente conocida como el programa de Pagos Abiertos requiere, entre otras cosas, que los fabricantes de medicamentos, dispositivos y suministros biológicos o médicos aplicables informen anualmente al Secretario Federal de Salud y Servicios Humanos ciertos pagos y otras transferencias de valor realizadas a los destinatarios cubiertos, según se definan. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid federales ponen estos datos de Pagos Abiertos a disposición del público a través de un sitio web del gobierno federal.

La ley existente, la Ley Sherman de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos, regula el empaque, etiquetado y publicidad de medicamentos y dispositivos, y es administrada por el Departamento de Salud Pública del Estado. Esa ley existente regula específicamente las prácticas de comercialización de medicamentos y requiere que una compañía farmacéutica adopte y actualice un programa que incluya políticas sobre interacciones con profesionales de la salud y límites a los regalos e incentivos a los profesionales médicos o de la salud, según se defina. La ley existente requiere que cada compañía farmacéutica establezca en su programa un límite anual específico en dólares para regalos, materiales promocionales o artículos o actividades que la compañía farmacéutica pueda dar o proporcionar a un profesional médico o de atención médica individual, con ciertas exenciones.

Este proyecto de ley requeriría que un médico y cirujano, definido para incluir un médico y cirujano con licencia de conformidad con la Ley de Práctica Médica o un médico y cirujano osteópata con licencia de la Junta Médica Osteopática de California bajo la Ley de Osteopatía, proporcione a un paciente en la visita inicial al consultorio un aviso escrito o electrónico de la base de datos de Pagos Abiertos, según lo prescrito.

Este proyecto de ley requeriría que un médico y cirujano publique un aviso de base de datos de Open Payments, como se describe, en cada lugar donde el licenciado practica 91 y en un área que probablemente sea vista por todas las personas que ingresan a la oficina. El proyecto de ley, a partir del 1 de enero de 2024, requeriría que un médico y cirujano publiquen visiblemente el mismo aviso de base de datos de Open Payments en el sitio web de Internet utilizado para la práctica del médico y cirujano, si se utiliza dicho sitio web, excepto según lo dispuesto. Si el médico y el cirujano son empleados de un empleador de atención médica, el proyecto de ley requeriría que el empleador de atención médica cumpla con estos requisitos de publicación.

Este proyecto de ley definiría otros términos para sus propósitos. Una violación de las disposiciones del proyecto de ley constituiría una conducta no profesional. El proyecto de ley especificaría que estas disposiciones no se aplican a un médico y cirujano que trabaja en la sala de emergencias de un hospital.

La gente del Estado de California promulga lo siguiente:

SECCIÓN 1. El artículo 6.5 (comenzando con el artículo 660) se añade al capítulo 1 de la división 2 del Código de Negocios y Profesiones, con el texto siguiente:

Artículo 6.5. Avisos de la base de datos de pagos abiertos

660. A los efectos del presente artículo, se aplican todas las definiciones siguientes:

a) Por "compañía farmacéutica o de dispositivos" se entenderá un fabricante, desarrollador o distribuidor de medicamentos farmacéuticos o cualquier dispositivo utilizado en el contexto de la práctica del médico y cirujano u osteópata y cirujano.

(b) "Empleador de atención médica" significa un empleador que brinda servicios de atención médica y que emplea a un médico y cirujano o un médico y cirujano osteópata.

(c) "Base de datos de pagos abiertos" significa la base de datos creada para permitir al público buscar datos proporcionados de conformidad con la Sección 1320a-7h del Título 42 del Código de los Estados Unidos y que es mantenida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid federales. (d) "Médico y cirujano" incluye un médico y cirujano con licencia de conformidad con la Ley de Práctica Médica (Capítulo 5 (comenzando con la Sección 2000)) o un médico y cirujano osteópata con licencia de la Junta Médica Osteopática de California bajo la Ley de Osteopatía.

661. (a) Un médico y cirujano proporcionará a cada paciente en la visita inicial al consultorio un aviso escrito o electrónico de la base de datos de Open Payments. La notificación por escrito incluirá una firma del paciente o de un representante del paciente y la fecha de la firma.

(b) La notificación escrita o electrónica contendrá el siguiente texto: "La base de datos de pagos abiertos es una herramienta federal utilizada para buscar pagos realizados por compañías farmacéuticas y de dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>".

(c) Un médico y cirujano incluirá en los registros electrónicos del paciente un registro de la notificación de conformidad con esta sección.

(d) Si un médico y cirujano no mantiene registros electrónicos, el médico y el cirujano incluirán el aviso de conformidad con esta sección en los registros escritos. (e) Un médico y cirujano entregará al paciente o al representante del paciente una copia de la notificación firmada y fechada.

663. (a) (1) No obstante cualquier ley, salvo lo dispuesto en la subdivisión (c), un médico y cirujano publicará en cada lugar donde el médico y el cirujano ejerzan, en un área que probablemente sea vista por todas las personas que ingresen a la oficina, un aviso de base de datos de pagos abiertos.

(2) El aviso de la base de datos de Open Payments descrito en el párrafo (1) incluirá lo siguiente:

(A) Un enlace al sitio web de Internet a la base de datos de Open Payments.

(B) El siguiente texto:

"Solo con fines informativos, aquí se proporciona un enlace a la página web de pagos abiertos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La Ley Federal de Pagos a Médicos requiere que la información detallada sobre el pago y otros pagos de valor por valor superior a diez dólares (\$ 10) de los fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales de enseñanza se ponga a disposición del público".

(b) A partir del 1 de enero de 2024, si se utiliza un sitio web de Internet para la práctica de un médico y cirujano, entonces el médico y el cirujano deberán publicar visiblemente el aviso de la base de datos de Open Payments descrito en la subdivisión (a) en ese sitio web de Internet, salvo que se autorice lo contrario en la subdivisión (c).

(c) No obstante las subdivisiones (a) y (b), si un médico y cirujano sujeto a esta sección es empleado por un empleador de atención médica, el empleador de atención médica será responsable de cumplir con los requisitos de esta sección.

(d) Una publicación requerida por esta sección puede colocarse dentro del mismo aviso publicado por el médico y el cirujano de acuerdo con la Sección 138 o 2026.

664. La violación de este artículo constituirá una conducta no profesional.

665. Este artículo no se aplica a un médico y cirujano que trabaje en la sala de emergencias de un hospital.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de firma: _____)

IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE TELESALUD

(La telesalud incluye la telemedicina, o cualquier otro nombre que se le dé a una cita que se realice a través de audio, video, teléfono y/o computadora en lugar de estar físicamente presente en el consultorio)

1. Acepto recibir servicios de atención médica a través de telesalud. Lo entiendo:
 - a. Tengo derecho a acceder a los servicios cubiertos por Medi-Cal y a todos los demás seguros contratados con Atiga Family Practice, a través de una visita en persona, cara a cara o a través de telesalud.
 - b. El uso de la telesalud es voluntario, y puedo retirar mi consentimiento o dejar de recibir servicios a través de la telesalud en cualquier momento sin afectar mi capacidad de acceder a los servicios cubiertos en el futuro.
 - c. Para pacientes de Medi-Cal: Medi-Cal proporciona cobertura para los servicios de transporte a los servicios en persona cuando otros recursos se han agotado razonablemente.
 - d. Puede haber limitaciones o riesgos relacionados con la recepción de servicios a través de la telesalud en comparación con una visita en persona.
2. Entiendo que si elijo tener mi cita médica a través de telesalud, es política de la oficina de Atiga Family Practices que mi historia clínica sea preparada por el personal de su oficina a más tardar veinticuatro horas hábiles antes de la hora programada de mi cita. Si no completo la preparación de la historia clínica cuando me llame la oficina, devuelvo una llamada a la oficina para completar la preparación de la historia clínica o me niego a dar signos vitales, revisar medicamentos u otra información necesaria al personal de la oficina dentro de este tiempo, mi cita puede ser cancelada y se me pedirá que la re programe.
3. Entiendo que por cuestiones de seguridad no puedo conducir durante mi visita de telesalud. Si se determina que estoy operando un vehículo motorizado, mi proveedor puede finalizar la cita de inmediato y tendré que comunicarme con la oficina para reprogramar mi cita y mi cita de telesalud y el tiempo de preparación de la historia clínica completados se facturarán en consecuencia.
4. He leído este documento cuidadosamente, comprendo las posibles limitaciones y riesgos de recibir servicios a través de telesalud y he respondido a mis preguntas a mi satisfacción.

Si tiene un copago o es un paciente que paga en efectivo, los pagos se pueden realizar antes de su cita programada de la siguiente manera:

* Llamando a la oficina con su información de pago

* Ir en línea a través del portal del paciente en "Mi cuenta" y "Estado de cuenta actual"

* Pago en oficina

* Envío de pago por correo a: Atiga Family Practice: Billing 25405 Hancock Ave, Ste 105 Murrieta, CA 92562

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____

Si no es paciente, nombre de la persona que firma: _____

Relación con el paciente: _____

ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO-PACIENTE

Artículo 1: **Acuerdo de arbitraje:** Se entiende que cualquier disputa en cuanto a negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato fueron innecesarios o no autorizados o se prestaron de manera inadecuada, negligente o incompetente, se determinará mediante la sumisión al arbitraje según lo dispuesto por la ley de California, y no por una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley de California prevea una revisión judicial o procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, están renunciando a sus derechos constitucionales de que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado, y en su lugar están aceptando el uso del arbitraje.

Artículo 2: **Todas las reclamaciones deben ser arbitradas:** Es la intención de las partes que este acuerdo vincule a todas las partes cuyas reclamaciones puedan surgir o estar en referencia con el tratamiento o servicio prestado por el médico, incluidos los cónyuges o herederos del paciente y cualquier hijo, ya sea nacido o no nacido, en el momento de la ocurrencia que da lugar a cualquier reclamación. En el caso de cualquier madre embarazada, el término "paciente" en este documento significará la madre y el hijo o hijos esperados de la madre.

Todas las reclamaciones por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamos menores contra el médico, y los socios, asociados, asociación, corporación o sociedad del médico, y los empleados, agentes y patrimonios de cualquiera de ellos, deben ser arbitrados, incluyendo, sin limitación, reclamos por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, angustia emocional o daños punitivos. La presentación de cualquier tribunal por parte del médico para cobrar cualquier tarifa del paciente no renunciará al derecho de obligar al arbitraje de cualquier reclamo por negligencia.

Artículo 3: **Procedimientos y Ley Aplicable:** Una demanda de arbitraje debe comunicarse por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro de la parte) dentro de los treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días posteriores a la solicitud de un árbitro neutral por cualquiera de las partes. Cada parte en el arbitraje pagará la parte proporcional de dicha parte de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir los honorarios de abogados o honorarios de testigos, u otros gastos incurridos por una parte para el propio beneficio de dicha parte. Las partes acuerdan que los árbitros tienen la inmunidad de responsabilidad civil de un funcionario judicial cuando actúan en calidad de árbitro en virtud de este contrato. Esta inmunidad completará, sin suplantarlo, cualquier otra ley o derecho consuetudinario aplicable.

Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de arbitrar por separado las cuestiones de responsabilidad y daños y perjuicios previa solicitud por escrito al árbitro neutral.

El consentimiento de las partes a la intervención y la unión en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una parte adicional adecuada en una acción judicial, y tras dicha intervención y unirse a cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá en espera del arbitraje.

Las partes acuerdan que las disposiciones de la ley de California aplicables a los proveedores de atención médica se aplicarán a las disputas dentro de este acuerdo de arbitraje, incluidas, entre otras, las Secciones 340.5 y 667.7 del Código Civil y las Secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquiera de las partes puede presentar ante los arbitrajes una moción de juicio sumario o de adjudicación sumaria de conformidad con el Código de Procedimiento Civil. El descubrimiento se llevará a cabo de conformidad con la sección 1283.05 del Código de Procedimiento Civil; sin embargo, las declaraciones pueden tomarse sin la aprobación previa del árbitro neutral.

Artículo 4: **Disposiciones generales:** Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas serán arbitradas en un solo procedimiento. Un reclamo será renunciado y prescrito para siempre si (1) en la fecha en que se recibe el aviso del mismo, el reclamo, si se afirma en una acción civil, estaría prohibido por el estatuto de limitaciones de California aplicable, o (2) el demandante no persigue el reclamo de arbitraje de acuerdo con los procedimientos prescritos en este documento con diligencia razonable. Con respecto a cualquier asunto no previsto expresamente en este documento, los árbitros se regirán por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil de California relacionadas con el arbitraje.

Artículo 5: **Revocación:** Este acuerdo puede ser revocado mediante notificación por escrito entregada al médico dentro de los 30 días, o firma. Es la intención de este acuerdo aplicarse a todos los servicios médicos prestados en cualquier momento para cualquier condición.

Artículo 6: **Efecto retroactivo:** Si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha en que se firma, el paciente debe iniciar: _____ Efectivo a partir de la fecha de los primeros servicios médicos prestados.

Si alguna disposición se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no se verán afectadas por la invalidez de ninguna otra disposición.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Por mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTA QUE CUALQUIER PROBLEMA DE NEGLIGENCIA MÉDICA SE DECIDA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y ESTÁ RENUNCIANDO A SU DERECHO A UN JURADO O JUICIO JUDICIAL. VÉASE EL ARTÍCULO 1 DEL PRESENTE CONTRATO.

Por: _____
Firma del médico o representante autorizado

(Fecha)

Por: _____
Firma del paciente o representante autorizado (Fecha)

**Atiga Family Practice aka
Rolando A Aiga MD, A Professional Corp.**

Por: _____
Imprimir el nombre del paciente (Cumpleaños)

(Si es Representante, Nombre Impreso y Relación con el Paciente)

* Se debe dar una copia firmada de este documento al paciente. El original debe ser archivado en los registros médicos del paciente.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A OTROS

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Doy permiso para que Atiga Family Practice proporcione mi información de salud personal verificada a continuación

- Información de programación/cita
- Información médica, incluidos síntomas, diagnóstico, medicamentos y plan de tratamiento
- Información de salud, incluidos los síntomas, el diagnóstico, los medicamentos y el plan de tratamiento con respecto a (* los elementos a continuación deben verificarse o no se puede dar esta información);
 - Abuso de sustancias
 - Sanidad del comportamiento
 - Discapacidad del desarrollo
 - VIH/SIDA
- Resultados de laboratorio/pruebas
- Información de facturación y pago
- Toda la información de salud
(* Los elementos de información de salud protegida deben verificarse para dar esta información)

a las siguientes personas/empresas nombradas:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

La autorización expira un año después de la fecha de firma, a menos que se dé una fecha alternativa.

Fecha alternativa de vencimiento: _____

- Entiendo que se requiere mi firma para divulgar mi información personal, para incluir identificación con foto, número de seguro social, información de seguro, demografía e historial médico y tratamiento a otros, excepto en aquellas circunstancias en las que Atiga Family Practice está permitido o requerido por la ley para divulgar esta información. Por ejemplo, Atiga Family Practice puede divulgar copias de esta información a otros proveedores de atención médica, planes de salud, agencias gubernamentales y compañías de compensación de trabajadores. Además, entiendo que Atiga Family Practice está obligado por ley a informar ciertos diagnósticos al Departamento de Salud Pública de California, como convulsiones, cáncer y el diagnóstico de una enfermedad transmisible.
- Entiendo que este permiso permanecerá en vigor hasta la fecha indicada anteriormente o hasta el momento *en que lo revoque por escrito* (un formulario de acuerdo actualizado también revocará la validez de este acuerdo específico).

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Si no es la firma del paciente, indique la relación: _____

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA EXTERNOS

Esta autorización permite que el (los) proveedor(es) de atención médica nombrados a continuación divulguen información médica confidencial y registros con respecto a mi historial médico, enfermedad o lesión, consulta, recetas, tratamiento, diagnóstico o pronóstico, incluidas radiografías, correspondencia y / o registros médicos por medio de correo, fax u otro electrónico métodos para:

ATIGA FAMILY PRACTICE

Fax: 877-254-0566

25405 Hancock Ave, Suite 105
Murrieta, Ca 92562
Tel: 951-695-4688

29826 Haun Rd, Suite 314
Menifee, Ca 92586
Tel: 951-381-8150

La información médica/registros se solicitan con el propósito de la continuidad de la atención al paciente.

Por la presente autorizo: _____
DE Centro de salud Número de teléfono del medico

Para divulgar la siguiente información médica indicada:

- Ilimitado (todos los registros, excluyendo el abuso de sustancias, la salud mental, el diagnóstico/tratamiento del VIH a menos que se marque a continuación)
- Limitado a lo siguiente: _____

También doy mi consentimiento para la publicación específica de los siguientes registros:

Nota: Información y registros sobre el tratamiento de menores, VIH, condiciones psiquiátricas/de salud mental, o el abuso de alcohol/sustancias tiene reglas especiales que requieren autorización específica.

- Abuso de drogas/alcohol / sustancias Diagnóstico / tratamiento del VIH/SIDA
- Resultados de las pruebas psiquiátricas/de salud mental
- Resultados de las pruebas para pruebas genéticas

DURACIÓN: Esta autorización tendrá efecto inmediato y permanecerá vigente durante un año a partir de la fecha de firma que figura a continuación o hasta: _____

RESTRICCIONES:

Los permisos para el uso futuro o la divulgación de esta información médica no se otorgan a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Una fotocopia de este facsímil para su autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Se me ha informado de mi derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma del paciente o representante legal/personal Fecha Relación si no es el paciente

Nombre del paciente (impreso) Fecha de nacimiento

POR FAVOR COMPLETE EL PHQ-9 Y GAD -7

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de remisión: _____

PHQ-9	0	1	2	3
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas?	Nada	varios días	más de la mitad de los días	casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse cansado o tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o te has decepcionado a ti mismo o a tu familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moverse o hablar tan despacio que otras personas podrían se han dado cuenta. O lo contrario: estar tan inquieto o inquieto que te has estado moviendo mucho más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensamientos de que estarías mejor muerto o de lastimarse a sí mismo de alguna manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRAVEDAD: Leve = 5-10 Moderado = 10-18 Severo = 19-27	Puntuación total: _____			
Si marcó algún problema, qué tan difícil es estos problemas hicieron que usted hiciera su trabajo, tome ¿Cuidar las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?	No es difícil en absoluto <input type="checkbox"/>	Algo difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>

GAD-7	0	1	2	3
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha estado? ¿Le molestan los siguientes problemas?	Nada	varios días	más de la mitad de los días	casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No poder detener o controlar la preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocuparse demasiado por cosas diferentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para relajarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molestarse o irritarse fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentir miedo como si algo horrible pudiera suceder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntuación total (agregue las puntuaciones de su columna) _____				
Si marcó algún problema, qué tan difíciles son estos los problemas hicieron que usted hiciera su trabajo, se ocupara de las cosas en ¿Casa o llevarse bien con otras personas?	No es difícil en absoluto <input type="checkbox"/>	Algo difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>

Provider Signature: _____

Date: _____

ATIGA FAMILY PRACTICE

PATIENT NAME/

DOB/

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

MEDICATIONS/MEDICAMENTOS

****Please list ALL medicine you take including over the counter and supplements/**

Por favor, enumere TODOS los medicamentos que toma incluyendo sobre el mostrador y suplmentos

Name/ el nombre	Dose/ la dosis	How often/ con que frecuencia	Taking for/ Tomar para	Prescriber/ Prescriptor

ALLERGIES TO MEDICATION/ALERGIAS A LA MEDICACIÓN

Name of Medicine/ Nombre de la Medicina	Type of Reaction/ tip de reaccion

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT/EQUIPO MÉDICO DURADERO

List any medical equipment you use at home? (Ex: CPAP, glucometer etc.)/

Enuniere cualquier equipo medico que use en casa (por ejemplo: CPAP, glucómetro, etc.)

Herramienta de detección de eventos relevantes en la vida y de experiencias adversas en la infancia
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener, PEARLS) – Adolescente (informe por sí mismo)

Debe llenarlo el paciente

Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tu nombre: _____

Muchas familias pasan por eventos de la vida que son estresantes. Con el paso del tiempo, estas experiencias pueden afectar su salud y bienestar. Nos gustaría hacerle algunas preguntas para que podamos ayudarlo a estar lo más saludable posible. Desde su nacimiento, ¿en algún momento vio o estuvo presente en alguna de las siguientes situaciones? Por favor, incluya experiencias pasadas o presentes. Tome en cuenta que algunas preguntas tienen dos partes separadas por “O”. Si responde “Sí” a alguna parte de la pregunta, entonces la respuesta a la pregunta completa es “Sí”.

Parte 1	Marcar “Sí” donde corresponda.
¿Alguna vez vivió con su madre/padre/proveedor de cuidados que haya sido enviado a la cárcel o estado preso(a)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez no se ha sentido apoyado, amado y/o protegido?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez ha vivido con su madre/padre/proveedor de cuidados con problemas mentales (por ejemplo, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, PTSD o trastorno de ansiedad)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su padre/madre/proveedor de cuidados lo ha insultado, humillado o menospreciado?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su padre/madre biológico o algún proveedor de cuidados tuvo o actualmente tiene problemas con consumo excesivo de alcohol, drogas o uso de medicinas con receta?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez le ha faltado cuidado apropiado de parte de un proveedor de cuidados (por ejemplo, no lo protegieron de situaciones poco seguras, o no lo atendieron cuando estaba enfermo o lastimado, aun cuando habían recursos disponibles)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez vió o escucho que a su padre/madre/proveedor de cuidados le gritaran, maldicieran, insultaran o fuera humillado por otro adulto? <input type="radio"/> ¿Alguna vez vió o escuchó que a su padre/madre/proveedor de cuidados lo abofetearan, patearan o le dieran una golpiza o lo hirieran con un arma?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Algún adulto en el hogar a menudo o muy a menudo lo ha empujado, jaloneado, abofeteado o lanzado algún objeto? <input type="radio"/> ¿Alguna vez algún adulto en el hogar lo golpeó tan fuerte que le quedaron marcas o heridas? <input type="radio"/> ¿Alguna vez algún adulto en el hogar lo amenazó o actuó de manera que lo atemorizara con que le podía causar daño físico?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez abusaron sexualmente de usted? Por ejemplo, ¿alguna persona lo tocó o le pidió que lo tocara de una manera que no deseaba, o hizo que se sintiera incómodo, o alguien alguna vez intentó tener o tuvo sexo oral, anal o vaginal con usted?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez hubieron cambios significativos en el estado de la relación sentimental de su(s) proveedor(es) de cuidados? Por ejemplo, los padres/proveedor(es) de cuidados se separaron o divorciaron o la pareja sentimental se vino a vivir al hogar o se fue del hogar?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

¿Cuántas respuestas “Sí” aparecen en la Parte 1?

Por favor, continúe en el reverso para completar el cuestionario.

Teen (Self Report) – Identified

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Parte 2

Marcar "Sí" donde corresponda.

¿Alguna vez viste, escuchó o fue víctima de violencia en su vecindario, comunidad o escuela? (Por ejemplo, acoso o "bullying" con una víctima específica, agresión u otros actos violentos, guerra o terrorismo)	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez lo han discriminado? (por ejemplo, lo han molestado o lo han hecho sentir inferior o excluido por su raza, etnia, identidad de género, orientación sexual, religión, diferencias en el aprendizaje o discapacidades)	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez ha tenido problemas de vivienda (por ejemplo, vivir en la calle, no tener un lugar estable para vivir, mudarse más de dos veces en un periodo de seis meses, pasó por un desalojo o ejecución hipotecaria, o tuvo que vivir con varias familias o miembros de la familia?)	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez se ha preocupado por no tener suficiente qué comer o porque la comida se iba a acabar antes de que su padre/madre/proveedor de cuidados pudiera comprar más?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez se ha separado de su padre/madre o proveedor de cuidados porque lo pusieron en un hogar de crianza temporal o por temas de inmigración?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez vivió con su madre/madre/proveedor de cuidados que tuviera una discapacidad o enfermedad grave?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez vivió con su padre/madre/proveedor de cuidados y esa persona falleció?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez lo han detenido, arrestado o encarcelado?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su pareja sentimental ha abusado física o verbalmente de usted o lo ha amenazado (por ejemplo, su novio(a))?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

¿Cuántas respuestas "Sí" aparecen en la Parte 2?

Teen (Self Report) – Identified

Provider Signature: _____

**Herramienta de detección de eventos relevantes en la vida y de experiencias adversas en la infancia
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener, PEARLS) – Informe del proveedor de cuidados de adolescentes**

Debe llenarlo el proveedor de cuidados

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Su nombre: _____ Su relación con el niño(a): _____

Muchas familias pasan por eventos de la vida que son estresantes. Con el paso del tiempo, estas experiencias pueden afectar la salud y el bienestar de su hijo(a). Nos gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su hijo(a) para que lo podamos ayudar a estar lo más saludable posible.

Desde el nacimiento de su hijo(a), ¿él(ella) vio o estuvo presente en alguna de las siguientes situaciones? Por favor, incluya experiencias pasadas o presentes. Tome en cuenta que algunas preguntas tienen dos partes separadas por "O". Si responde "Sí" a alguna parte de la pregunta, entonces la respuesta a la pregunta completa es "Sí".

Parte 1

Marcar "Sí" donde corresponda.

¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su madre/padre/proveedor de cuidados que haya sido enviado a la cárcel o estado preso(a)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo(a) no se sintió apoyado, amado y/o protegido?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su madre/padre/proveedor de cuidados con problemas mentales (por ejemplo, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, PTSD o trastorno de ansiedad)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez el padre/madre/proveedor de cuidados ha insultado, humillado o menospreciado a su hijo(a)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Tuvo alguna vez o actualmente tiene el padre/madre biológico o algún proveedor de cuidados del niño problemas con consumo excesivo de alcohol, drogas o uso de medicinas con receta?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez a su hijo(a) le ha faltado cuidado apropiado de parte de un proveedor de cuidados (por ejemplo, no fue protegido de situaciones poco seguras, o no lo atendieron cuando estaba enfermo o lastimado, aun cuando habían recursos disponibles)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo(a) vio o escuchó que a su padre/madre/proveedor de cuidados le gritaran, maldicieran, insultaran o fuera humillado por otro adulto? <input type="radio"/> ¿Alguna vez su hijo(a) vio o escuchó que a su padre/madre/proveedor de cuidados lo abofetearan, patearan o le dieran una golpiza o lo hirieran con un arma?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Algún adulto en el hogar a menudo o muy a menudo ha empujado, jaloneado, abofeteado o lanzado algún objeto a su hijo(a)? <input type="radio"/>	
¿Alguna vez algún adulto en el hogar golpeó tan fuerte a su hijo(a) que le quedaron marcas o heridas? <input type="radio"/>	
¿Alguna vez algún adulto en el hogar amenazó a su hijo(a) o actuó de manera que atemorizara a su hijo(a) con que podía causarle daño físico?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez abusaron sexualmente a su hijo(a)? Por ejemplo, ¿alguna persona tocó a su hijo(a) o le pidió que tocara a esa persona de una manera que no deseaba, o hizo que su hijo(a) se sintiera incómodo, o alguien alguna vez intentó tener o tuvo sexo oral, anal o vaginal con su hijo(a)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez hubieron cambios significativos en el estado de la relación sentimental del(los) proveedor(es) de cuidados del niño(a)? Por ejemplo, los padres/proveedor(es) de cuidados se separaron o divorciaron o la pareja sentimental se vino a vivir al hogar o se fue del hogar?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

¿Cuántas respuestas "Sí" aparecen en la Parte 1?

Por favor, continúe en el reverso para completar el cuestionario

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified

Parte 2

Marcar "Sí" donde corresponda.

¿Alguna vez su hijo(a) vio, escuchó o fue víctima de violencia en su vecindario, comunidad o escuela? (Por ejemplo, acoso o "bullying" con una víctima específica, agresión u otros actos violentos, guerra o terrorismo)	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez han discriminado a su hijo(a) (por ejemplo, lo(la) han molestado o hecho sentir inferior o excluido(a) por su raza, etnia, identidad de género, orientación sexual, religión, diferencias en el aprendizaje o discapacidades)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo(a) ha tenido problemas de vivienda (por ejemplo, vivir en la calle, no tener un lugar estable para vivir, mudarse más de dos veces en un periodo de seis meses, pasó por un desalojo o ejecución hipotecaria, o tuvo que vivir con varias familias o miembros de la familia)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez usted se ha preocupado por que su hijo(a) no tenía suficiente qué comer o porque la comida se fuera a acabar antes de que usted pudiera comprar más?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo(a) se separó de su padre/madre o proveedor de cuidados porque lo pusieron en un hogar de crianza temporal o por temas de inmigración?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su padre/madre/proveedor de cuidados que tuviera una discapacidad o enfermedad grave?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su padre/madre/proveedor de cuidados y esa persona falleció?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez han detenido, arrestado o encarcelado a su hijo(a)?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo(a) ha sido abusado física o verbalmente o ha sido amenazado(a) por su pareja sentimental (por ejemplo, su novio(a))?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

¿Cuántas respuestas "Sí" aparecen en la Parte 2?

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified

Provider Signature: _____

HEALTH HISTORY FORM / FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD (0-17 YO)

Name/Nombre:	Age/Edad:	DOB/Fecha de nacimiento:	Today's Date/Fecha:
Name of person completing form/ Nombre de la persona que completa el formulario: _____			
Relationship to patient/Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Parent/Madre o Padre <input type="checkbox"/> Grandparent/Abuela o Abuelo <input type="checkbox"/> Sibling/Hermana o Hermano <input type="checkbox"/> Other relative/Otro pariente <input type="checkbox"/> Guardian/Guardiana oGuardián			

Home information/ Información de la casa:
Whom does the patient reside with? / ¿Con quién reside el paciente? <input type="checkbox"/> Parent/Madre o Padre <input type="checkbox"/> Grandparent/Abuela o Abuelo <input type="checkbox"/> Sibling/Hermana o Hermano <input type="checkbox"/> Other relative/Otro pariente <input type="checkbox"/> Guardian/Guardiana oGuardián How many people reside in the home/Cuántas personas residen en el hogar: _____ Parents are/ Los padres son: <input type="checkbox"/> Married/Casado <input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado <input type="checkbox"/> Separated/Apartado <input type="checkbox"/> Deceased/Fallecido Is there drug, alcohol or smoking in the home?/¿Hay drogas, alcohol o fumar en casa? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No

History of pregnancy and birth/ Historia de embarazo y Nacimiento		
<input type="checkbox"/> Patient is adopted or history is unknown (El paciente es adoptado o la historia es desconocida)		
Method of delivery/Método de entrega: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> C-Section/Cesárea <input type="checkbox"/> Forcep or vacuum assisted/ Forcep o asistido por vacío		
Method of feeding/Método de alimentación: <input type="checkbox"/> Breastmilk/La leche materna <input type="checkbox"/> Formula		
Weight at birth/ Peso al nacer: _____ Length at birth/ Longitud al nacer: _____		
Any illness or problems during pregnancy? / ¿Dónde hubo alguna enfermedad o problema durante el embarazo?	Yes - explain/ Sí - explicar	No
Any difficulties during pregnancy? / ¿Alguna dificultad durante el embarazo?		
Were alcohol or non-prescribed drugs used? / ¿Se consumió alcohol o drogas sin receta?		
Was the patient born before 37 weeks pregnancy? / ¿La paciente nació antes de las 37 semanas de embarazo?		
Was more than one infant delivered? / ¿Fue entregado más de un bebé?		
Were there any complications at birth? / ¿Hubo alguna complicación al nacer?		

Past Medical Diagnosis/Diagnóstico médico anterior:

Place a check mark next to those previously diagnosed with/
Coloque una marca de verificación junto a los diagnosticados previamente con

 None/Ninguno

ADD, ADHD, Autism	HIV or AIDS/VIH o SIDA
Alcohol or Substance Abuse/ Abuso de alcohol o sustancias	High cholesterol/Cholesterol alto
Anemia	High blood pressure (HTN)/Hipertensión
Anxiety/Ansiedad	Hypo or Hyperthyroidism/Hipo o hipertiroidismo
Arthritis/Arthritis	Kidney disease/Enfermedades renales
Asthma/Asma	Liver disease/Enfermedad del hígado
Blood transfusion/Transfusión de sangre	Measles/Sarampión
Cancer	Mental Illness/Enfermedad mental
Chickenpox/Varicela	Mumps/Paperas
Depression/Depresión	Nerve or Muscle disease/ Enfermedad de los nervios o músculos
Diabetes	Rheumatic fever/Fiebre reumática
Eating disorder/Desorden alimenticio	Seizures/Convulsiones
Frequent ear infections/ Infecciones frecuentes del oído	Sexually Transmitted disease/ Enfermedades de transmisión sexual
GERD (heartburn)/Reflujo ácido	Sickle Cell disease/Enfermedad de célula falciforme
Gastrointestinal disease/Enfermedad gastrointestinal	Sleep Apnea/Apnea del sueño
Headaches/Dolores de cabeza	Stroke/Carrera
Heart disease/Cardiopatía	Tuberculosis (TB) or positive test/o prueba positiva

Other (list)/ Otras (lista):

Review of Systems/Revisión de sistemas:

Place a checkmark next to symptoms being experienced/
Coloque una marca de verificación junto a los síntomas que experimenta

 None/Ninguno

Allergies/Alergias	Muscle, joint, bone problems/ Problemas musculares, articulares y óseos
Asthma, bronchitis, pneumonia/ Asma, bronquitis, neumonía	Nail biting, teeth grinding, thumb sucking/Morderse las uñas, rechinar los dientes, chuparse el dedo
Bruising or bleeding issues/ Problemas de sangrado o hematomas	Sore throat/Dolor de garganta
Constipation/Estreñimiento	Speech issues/Problemas del habla
Convulsions, seizures, epilepsy/ Convulsiones, convulsiones, epilepsia	Skin problems/Problemas de la piel
Dental problems/Problemas dentales	Stomachaches/Dolores de estómago
Diarrhea, incontinence/Diarrea, incontinencia	Urinary problems, incontinence, bed wetting/ Problemas urinarios, incontinencia, enuresis
Difficulty breathing or snoring at night/ Dificultad para respirar o roncar por la noche	Vision or eye problems/ Problemas de la vista o de los ojos
Hearing or ear problems/ Problemas de audición o de oído	Vomiting after food, refusing to eat/ Vómitos después de la comida, negándose a comer
Headaches, dizziness/Dolores de cabeza, mareos	Girls only/Sólo niñas:
Heart pounding, reapid pulse/ Latidos del corazón o pulso rápido	Started Menses/Menstruación comenzada
	Problems with menstruation/ Problemas con la menstruación

Vaccinations/ Vacunas: No previous vaccinations/ Sin vacunas previas

****PLEASE PROVIDE OFFICE WITH COPY OF PREVIOUS VACCINATION****
**** POR FAVOR PROPORCIONE A LA OFICINA UNA COPIA DE LAS VACUNAS ANTERIORES ****
and TB test documents/y documentos de prueba de tuberculosis

Screenings/Proyecciones

Date last completed/Fecha de finalización por última vez

Eye exam/Examen de la vista: _____

Hearing Screen/Pantalla de audición: _____

 No previous eye exam/Sin examen ocular previo No previous hearing exam/ Sin examen auditivo previo**Family History/Historia familiar:**

*Place a check in the box for family members who have or had the problem listed/
 Coloque una marca en la casilla para los miembros de la familia que tienen o tuvieron el problema en la lista*

 Adopted or unknown family history/Antecedentes familiares adoptados o desconocidos

	Diabetes	Hypertension	Heart Disease/ Cardiopatía	Stroke/ Carrera	Mental Illness/ Enfermedad mental	Cancer
Mother/Mamá						
Father/Padre						
Child/ Niñas o niños						
Grandparent/ Abuela o abuelo						
Aunt or Uncle/ Tía o tío						
Unknown member/Familiar desconocido						

Tobacco and Drugs/Tabaco y Drogas

Do you use drugs for other than medical purposes?/¿Usa drogas para otros fines que no sean médicos?

 Yes/Sí No

How often?/¿Con qué frecuencia _____

What do you use?/¿Que usas? _____

Have you ever injected drugs?/¿Alguna vez te has inyectado drogas? Yes/Sí No

NAME: _____

DOB: _____

Check one of the following about tobacco products/Marque una de las siguientes opciones sobre productos de tabaco:

- Never smoked – skip to the next section/Nunca fumé: pase a la siguiente sección
- Former Smoker – answer below questions/Ex fumador: responda las siguientes preguntas
How long has it been since you last smoked?/¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que fumó? _____
How many cigarettes per day did you smoke?/¿Cuántos cigarrillos fumaba al día? _____
How long did you smoke?/¿Cuánto tiempo fumaste? _____
- Current smoker - answer the below questions/Actual fumador: responda las siguientes preguntas
How soon after waking do you smoke?/¿Qué tan pronto después de despertar fuma?
 Within 5 minutes/En 5 minutos 6-30 minutes/minutos 30-60 minutes/minutos
 Over an hour/Mas de una hora
How many cigarettes per day do you smoke?/¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____
At what age did you start smoking?/¿A qué edad empezaste a fumar? _____
Are you ready or considering quitting?/¿Estás listo o considerando dejar de fumar? Yes/Sí No
- Do you/ Vos si: Chew tobacco/Masticar tabaco Smoke cigars/Fumar puros
 Smoke a tobacco pipe/Fumar una pipa de tabaco Vape E-cigarettes/Cigarrillos electrónicos

Alcohol

- Do you ever drink alcohol?/¿Bebes alcohol alguna vez?
 No – skip to next section/pasar a la siguiente sección
 Yes – complete all questions/Sí – completar todas las preguntas
What and how often do you drink?/¿Qué bebe y con qué frecuencia? _____

Sexual Activity/Actividad sexual:

- Have you had sex in the past 12 months?/¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?
 No- skip to next section/pasar a la siguiente sección
 Yes/Sí
With/Con: Women only/Mujeres Men only/Hombres Both women and men/Mujeres como hombres
 One partner only/Uno socio Multiple partners/Múltiples socios
Do you use birth control?/¿Usas anticonceptivos? Yes/Sí No
What type?/¿de qué Tipo? Condoms/Condomes Oral contraceptives/Anticonceptivos orales
 IUD/DIU Implant Shot/Inyección Vaginal ring/Anillo vaginal Spermicide/Espermicida
 Withdraw/Retirar Other (list)/Otra (lista): _____
Do you have more than one sexual partner?/¿Tiene más de una pareja sexual? Yes/Sí No
Have you had a STD screening?/¿Ha tenido una prueba de detección de ETS?: Yes/Sí No
Last done/Last done: _____

Exercise/Ejercicio:

- On average how many times per week do you engage in moderate to strenuous physical activity?
En promedio, ¿cuántas veces a la semana realiza una actividad física de moderada a extenuante?
 Never/Nunca 1-2 days/dias 3-4 days/dias 5-6 days/dias Every day/Diario

Signature/Firma _____



Provider Signature/Firma del proveedor _____

ADDITIONAL HEALTH HISTORY FOR WOMEN
For Female Patients Only/ Solo para pacientes femeninas:

Name/Nombre:	Age/Edad:	DOB/Fecha de nacimiento:	Today's Date/Fecha:

Menstrual History/ Historia menstrual: Period has not yet started/ El período aún no ha comenzado

Age when period started? / ¿ Edad cuando comenzó el período _____

How many days does your cycle last? / ¿Cuántos días dura tu ciclo _____

How many days between your cycle? / ¿Cuántos días entre su ciclo? _____

Is this the same each month? / ¿Es lo mismo todos los meses? Yes/ Sí No

Flow/ Flujo: Light/ Ligera Moderate/ Moderada Heavy/ Pesada

Do you use/ Lo usas: Panty Liner/ Delineador de bragas Thin Pad/ Almohadilla fina
 Maxi Pad/ Toalla sanitaria Tampon absorbency/ absorbencia _____
 Other (specify)/ Otra (especificar): _____

How often do you need to change the above? / ¿Con qué frecuencia necesita cambiar lo anterior?
Every/ Cada _____ hours/horas.

Pain with period/ Dolor con el período: None/Ninguna Mild/ Templada Moderate/Moderada Severe/Grave
Describe your symptoms/ Describe tus síntomas: _____

Menopause/ Menopausia:

Age when menopause started? / ¿ Edad de inicio de la menopausia _____

Exams/ Exámenes

Date of Last Pap Smear? / ¿Fecha de la última prueba de Papanicolaou _____

History of abnormal pap smears? / ¿Historial de pruebas de Papanicolaou anormales? Yes/ Sí No

If yes, what was the abnormality? / Si es así, ¿cuál fue la anomalía? _____

Date of last mammogram? / ¿Fecha de la última mamografía? _____

History of abnormal mammogram? / ¿Historial de mamografía anormal? Yes / Sí No

If yes, what was the abnormality? / En caso afirmativo, ¿cuál fue la anomalía? _____

Are you having any problems with your breast(s)?/ ¿Tiene algún problema con sus senos? Yes/ Sí No

Pregnancy History/ Historial de embarazo: Never/Nunca Currently/Actualmente

How far along are you? / ¿Qué tan lejos? _____

Number of/Número de:

pregnancies/embarazos (G) _____ Live births/Nacimientos en vivo _____ Miscarriages/Aborto espontáneos _____

Abortions/Abortos _____ Multiple birth deliveries/Partos múltiples _____ Living children/Niñas viviendo _____

Preterm deliveries (before 37 weeks)/Partos prematuros (antes de las 37 semanas) _____

Full term deliveries/Entregas a plazo completo _____

Any complications during pregnancy or delivery? _____

Patient Signature/ Firma del paciente _____

Provider Signature/ Firma del proveedor _____

ATIGA FAMILY PRACTICE

TUBERCULOSIS (TB) RISK ASSESSMENT

Date/Fecha: _____

Patient Name/

Nombre del paciente: _____

DOB/

Fecha de nacimiento: _____

Do you have a history of positive TB test or TB disease?

¿Tiene antecedentes de prueba de TB positiva o enfermedad de TB? () Yes/ Sí () No

If yes/En caso afirmación,

Have you had a chest x-ray in the last 6 months? / () Yes/ Sí () No

¿Se ha hecho una radiografía de tórax en los últimos 6 meses?

Did you receive treatment? / ¿Recibió tratamiento? () Yes/ Sí () No

1. Are you experiencing any signs and symptoms of TB? () Yes/ Sí () No

(prolonged cough, coughing up blood, fever, night sweats, weight loss or excessive fatigue) /

¿Está experimentando algún signo y síntoma de TB?

(tos prolongada, tos con sangre, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso o fatiga excesiva)

2. Have you had close contact with someone who has TB? / () Yes/ Sí () No

¿Ha tenido contacto cercano con alguien que tiene un diagnóstico confirmado o sospechoso de TB?

3. Are you from Asia, Africa, Central America, or South America? / () Yes/ Sí () No

¿Eres de Asia, África, América Central o América del Sur?

4. Do you live in a facility (nursing home, rehab...)? / () Yes/ Sí () No

¿Vives en un centro (residencia de ancianos, rehabilitación...)?

5. Have you traveled to an area of high TB prevalence? () Yes/ Sí () No

(Asia, Africa, Central or South America) /

¿Ha viajado a un área de alta prevalencia de TB? (Asia, África, América Central o del Sur)

6. Have you or anyone you live with been incarcerated in the last 5 years? / () Yes/ Sí () No

¿Usted o alguien con quien vive ha estado encarcelado en los últimos 5 años?

7. Do you live with, or are you frequently exposed to anyone who is homeless, a migrant farm worker, user of street

drugs or a resident in a facility? / () Yes/ Sí () No

¿Vive con, o está frecuentemente expuesto a cualquier persona sin hogar, un trabajador agrícola migrante, usuario de drogas callejeras o residente en una instalación?

You may be at increased risk for TB if you answered YES to any of the above questions. Persons at increased risk for TB should have a yearly TB test. Testing can be done by either skin test or blood work. A positive test for either of these should be followed by a CXR./

Usted puede estar en mayor riesgo de TB si respondió SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores. Las personas con mayor riesgo de TB deben hacerse una prueba anual de TB. Las pruebas se pueden realizar mediante un análisis de la piel o un análisis de sangre. Una prueba positiva para cualquiera de estos debe ser seguida por una radiografía de tórax.

Date of last TB screening / Date de la última prueba de detección de la tuberculosis: _____

() Unknown/ Desconocido () No previous testing/ Sin pruebas previas

Last screening done by/ Última evaluación realizada por:

() PPD skin test/ prueba cutánea () Chest X-Ray/ radiografía de tórax () Blood draw/ Extracción de sangre

Results were/ Los resultados fueron : () Positive/ Positivo () Negative/ Negativo

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

12 – 17 años (12 – 17 Years)

Nombre (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> hombre	Fecha de hoy	Año escolar
Persona que completa el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	Asistencia escolar		¿Regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda.
Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no conoce una respuesta o no desea responder.
Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre algún punto de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?
 Sí No

Clinic Use Only:
Nutrition

1	¿Bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Nutrition
2	¿Come frutas y verduras, al menos, 2 veces al día? <i>Eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
3	¿Come comidas con alto contenido de grasa, como comidas fritas, papitas, helado o pizza más de una vez por semana? <i>Eats high fat foods more than once per week?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
4	¿Bebe más de 12 oz (1 lata de refresco) por día de jugo, bebida deportiva, bebida energizante o bebida de café endulzada? <i>Drinks more than 12 oz. per day of juice/sports/energy drink, or sweetened coffee drink?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
5	¿Hace ejercicio o deporte la mayoría de los días? <i>Exercises or plays sports most days of the week?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Physical Activity
6	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
7	¿Mira televisión o juega juegos de video menos de 2 horas al día? <i>Watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
8	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has working smoke detector?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Safety
9	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
10	¿Siempre usa cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil? <i>Always wears a seatbelt when riding in a car?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
11	¿Pasa tiempo en un hogar donde hay un revólver? <i>Spends time in a home where a gun is kept?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
12	¿Pasa tiempo con alguna persona que lleve un revólver, un cuchillo u otra arma? <i>Spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

NOMBRE: _____**FECHA DE NACIMIENTO:** _____

13	¿Siempre usa casco cuando va en bicicleta, patineta o <i>scooter</i> ? <i>Always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	SÍ <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
14	¿Alguna vez ha presenciado un acto de abuso o violencia? <i>Ever witnessed abuse or violence?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
15	Durante el último año, ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado o lastimado físicamente (o ha lastimado usted a alguien)? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone (or has he/she hurt someone) in the past year?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
16	¿Alguna vez lo han intimidado o se sintió inseguro en su escuela o barrio (o lo intimidaron por Internet)? <i>Ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
17	¿Se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	SÍ <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Dental Health
18	¿Con frecuencia se siente triste, deprimido o desesperanzado? <i>Often feels sad, down, or hopeless?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Mental Health
19	¿Pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Spends time with anyone who smokes?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
20	¿Fuma cigarrillos o mastica tabaco? <i>Smokes cigarettes or chews tobacco?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
21	¿Consume o aspira alguna sustancia para drogarse, como marihuana, cocaína, <i>crack</i> , metanfetamina (“ <i>meth</i> ”), éxtasis, etc.? <i>Uses or sniffs any substance to get high?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
22	¿Utiliza medicamentos que no fueron recetados para usted? <i>Uses medicines not prescribed for her/him?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
23	¿Bebe alcohol una vez a la semana o más? <i>Drinks alcohol once a week or more?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
24	Si bebe alcohol, ¿bebe hasta emborracharse o desmayarse? <i>If she/he drinks alcohol, drinks enough to get drunk or pass out?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
25	¿Tiene amigos o familiares que tienen problemas con las drogas o el alcohol? <i>Has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
26	¿Conduce un automóvil después de beber, o viaja en un automóvil conducido por una persona que ha bebido o consumido drogas? <i>Drives a car after drinking, or rides in a car driven by someone who has been drinking or using drugs?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
Sus respuestas sobre relaciones sexuales o planificación familiar no serán divulgadas a nadie, ni siquiera a sus padres, sin su permiso.					
27	¿Alguna vez lo forzaron o presionaron para tener relaciones sexuales? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Sexual Issues
28	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales (orales, vaginales o anales)? <i>Si la respuesta es “no”, pase a la pregunta 35.</i> <i>Ever had sex (oral, vaginal, or anal)?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
29	¿Cree que usted o su pareja pueden tener una infección de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI), como clamidia, gonorrea, verrugas genitales, etc.? <i>Thinks she/he or partner could have a STI?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

30	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales con otras personas en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
31	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin utilizar un método anticonceptivo en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
32	La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿utilizó un método anticonceptivo? <i>Used birth control the last time she/he had sex?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
33	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin condón en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
34	¿Usted o su pareja usaron un condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales? <i>She/he or partner used a condom the last time they had sex?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
35	¿Tiene alguna pregunta sobre su orientación sexual (que estás atraído a) o la identidad de género (cómo se siente como un niño, niña, o de otro género)? <i>Any questions about sexual orientation or gender identity?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
36	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre su salud? <i>Any other questions or concerns about health?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:

<i>Clinic Use Only</i>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date: