

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: _____ (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)			
Dirección:		Ciudad:	
<input type="checkbox"/> Sin hogar		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:		Religión:	
Se necesita intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
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 licenciario 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

ATIGA FAMILY PRACTICE

ESTADO DE LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por favor, marque todo lo que corresponda:

() He completado previamente una Directiva Anticipada de Atención Médica y he proporcionado una copia para su inclusión en mis registros de salud. *Personal que escaneó documentos:* _____

() He completado previamente una Directiva Anticipada de Atención Médica que está archivada con: _____, y les doy permiso para entregar una copia de este documento a Atiga Family Practice. *Personal que solicitó registros:* _____

() Anteriormente he ejecutado una Directiva Anticipada de Atención Médica, pero me gustaría que la información / formularios actualizaran mi directiva. *Firma del personal:* _____

() No he ejecutado una Directiva Anticipada de Atención Médica y me gustaría recibir más información / formularios para hacerlo. *Firma del personal:* _____

() No he ejecutado previamente una Directiva Anticipada de Atención Médica y me gustaría discutir esto más a fondo con mi proveedor de atención primaria. *Firma del proveedor:* _____

() No he ejecutado previamente una Directiva Anticipada de Atención Médica y no estoy interesado en recibir más información en este momento.

Reconozco que el proveedor o miembro del personal me ha proporcionado información sobre una Directiva Anticipada de Atención Médica y que:

- 1) Tengo 18 años o más o soy legalmente capaz de tomar decisiones de atención médica sin el consentimiento de los padres / tutores.
- 2) Se me ha informado de mi derecho a formular y ejecutar una Directiva Anticipada de Atención Médica.
- 3) Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a esta oficina los documentos que se requieren para llevar a cabo mis Directivas Anticipadas de Atención Médica.
- 4) Soy consciente de que una Directiva Anticipada de Atención Médica puede incluirse dentro de cualquiera de los siguientes:
 - a. Un poder notarial duradero para la atención médica.
 - b. La "Declaración" en una Ley de Muerte Natural. (Ej: Testamento vital)
 - c. Puedo escribir mis deseos en un pedazo de papel que mi familia pueda usar para decidir mi tratamiento médico, en caso de que no pueda hacerlo. Entiendo que este documento debe ser debidamente atestado o notariado para ser legalmente válido.

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Fecha: _____

If distinto de la firma del paciente, Nombre y relación con el paciente: _____

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.)

Nombre: _____

DOB: _____

ACUERDO DE MANEJO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

El propósito de este acuerdo es evitar cualquier malentendido sobre ciertos medicamentos que tomará para el dolor, el insomnio, la salud mental y/o el control del peso. Esto es para ayudarlo a usted y a su proveedor a cumplir con las leyes relacionadas con los productos farmacéuticos controlados. Este contrato entra en vigencia si en algún momento un proveedor de medicina familiar de Atiga le receta una sustancia controlada.

_____ entiendo que este acuerdo es esencial para la confianza necesaria en un proveedor/
relación con el paciente y que mi proveedor se compromete a tratarme en base a este acuerdo.

_____ entiendo que si rompo este acuerdo, mi proveedor dejará de recetarme mi medicamentos. En este caso, mi proveedor disminuirá los medicamentos durante un período de varios días, ya que necesario, para evitar los síntomas de abstinencia. Además, se puede recomendar un programa de drogodependencia.

_____ me comunicaré completamente con mi proveedor sobre el carácter y la intensidad de mi(s) afección(es) médica(s) y el efecto/alivio que tienen en mi vida diaria. Mi proveedor evaluará el riesgo, el beneficio y la seguridad de mis medicamentos para incluir los efectos secundarios, las capacidades funcionales y la eficacia.

_____ Estoy de acuerdo en someterme a análisis de sangre u orina aleatorios un mínimo de 2 veces al año, cuando solicitado por mi proveedor, o si es requerido por mi farmacia, para determinar mi cumplimiento con mi acuerdo de manejo de sustancias controladas. También entiendo que no todos los seguros cubren el costo de las pruebas de detección de drogas y puedo ser responsable de la totalidad o parte de la factura del laboratorio.

_____ No combinaré ningún medicamento controlado con drogas ilegales, callejeras o recreativas. Cualquier prueba de detección de drogas que sea positivo tanto para las sustancias controladas prescritas como para las sustancias ilícitas se considerará un violación de este contrato.

_____ No compartiré, venderé ni intercambiaré mis medicamentos con nadie.

_____ No intentaré obtener ni surtir ninguna receta para un medicamento controlado, incluido el dolor por opioides medicamentos, estimulantes controlados o ansiolíticos de cualquier otro proveedor que no sea afiliado a Atiga Family Practice, a menos que exista un contrato formado con un especialista.

_____ Protegeré mis medicamentos controlados contra pérdidas o robos. Los medicamentos perdidos o robados no serán reemplazado.

Nombre: _____

DOB: _____

_____ Acepto que los resurtidos de mis recetas de sustancias controladas se harán solo en el momento de una visita al consultorio o durante el horario regular de oficina, según lo indique la política del consultorio. **No habrá recargas disponibles fuera del horario de atención incluidos los fines de semana.**

_____ Llamaré a la farmacia para solicitar un resurtido *3 días hábiles antes* de la fecha de vencimiento del próximo reabastecimiento, pero el resurtido se enviará o la receta estará lista para ser recogida en la fecha en que se debe surtir el medicamento. Si la fecha de resurtido cae en fin de semana, se enviará la receta o la receta estará lista para ser recogida el viernes en que el medicamento deberá volver a surtir.

_____ entiendo que debo tener una visita al consultorio antes de cualquier cambio de medicamento.

_____ entiendo que soy responsable de hacer y asistir a las citas para sustancias controladas seguimientos al menos cada 3 meses, o antes si mi proveedor lo recomienda, para ser reevaluado y que mis medicamentos no se surtirán hasta que mi proveedor me haya reevaluado.

_____ Autorizo al proveedor y a mi farmacia a cooperar plenamente con cualquier ley municipal, estatal o federal agencia de aplicación de la ley, incluida la Junta de Farmacia de este estado, en la investigación de cualquier posible uso indebido, venta u otro desvío de mi analgésico. Autorizo a mi proveedor a proporcionar un copia de este acuerdo a mi farmacia. Acepto renunciar a cualquier derecho de privacidad o confidencialidad con respecto a estas autorizaciones.

_____ Estoy de acuerdo en que tomaré mis medicamentos exactamente como me los recetaron. NO se me permite cambiar la dosis o número de veces al día tomo mis medicamentos y hacerlo resultará en que me quede sin medicamentos por un período de tiempo y se considera una violación de este contrato.

_____ Estoy de acuerdo en seguir estas pautas que me han sido explicadas en su totalidad. Todas mis preguntas y inquietudes con respecto al tratamiento y **una copia de este documento ha sido me ha sido dado.**

_____ entiendo que CUALQUIER desviación de las condiciones anteriores puede ser motivo para que el proveedor darne de alta de la práctica.

La consecuencia de no firmar este contrato es que los proveedores de Atiga Family Practice no le recetarán ninguna sustancia controlada.

Este acuerdo entra en vigencia el (fecha de hoy): _____
and sigue vigente mientras se le receten medicamentos controlados.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del médico/proveedor: _____ Fecha: _____

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: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Cuestionario para Adultos de Experiencias Adversas en la Infancia

Comité Consultivo Clínico del Cirujano General de California



Nuestras relaciones y experiencias, incluso las de la infancia, pueden afectar nuestra salud y bienestar. Las experiencias difíciles de la infancia son muy comunes. Díganos si ha tenido alguna de las experiencias enumeradas a continuación, ya que pueden estar afectando su salud hoy o pueden afectar su salud en el futuro. Esta información lo ayudará a usted y a su proveedor a comprender mejor cómo trabajar juntos para apoyar su salud y bienestar.

Fecha de hoy: _____

Instrucciones: A continuación hay una lista de 10 categorías de Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs por sus siglas en inglés.) En la lista a continuación, coloque una marca de verificación junto a cada categoría de ACEs que experimentó antes de cumplir 18 años. Luego, sume el número de categorías de ACE que experimentó y coloque el número total en la parte inferior.

¿Sintió que no tenía suficiente para comer, tenía que usar ropa sucia o no tenía a nadie que lo protegiera o lo cuidara?	<input type="checkbox"/>
¿Perdió a uno de sus padres a causa de divorcio, abandono, muerte u otra razón?	<input type="checkbox"/>
¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o intentó suicidarse?	<input type="checkbox"/>
¿Vivió con alguien que tuvo problemas del alcohol y/o drogas, incluyendo medicamentos recetados?	<input type="checkbox"/>
¿Sus padres o algún adulto en su casa alguna vez se golpearon o amenazaron con lastimarse?	<input type="checkbox"/>
¿Vivió con alguien que fue a la cárcel o prisión?	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez uno de sus padres o algún adulto en su casa le ha insultado o menospreciado?	<input type="checkbox"/>
¿Alguno de sus padres o algún adulto en su hogar alguna vez lo golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna manera?	<input type="checkbox"/>
¿Sintió que nadie en su familia lo quería o pensaba que era especial?	<input type="checkbox"/>
¿Experimentó contacto sexual no deseado (como manosear / penetración oral / anal / vaginal)?	<input type="checkbox"/>
Su calificación ACE es el número total de respuestas marcadas	

¿Usted cree que estas experiencias han afectado a su salud?

No mucho

Algo

Mucho

Las experiencias en la infancia son solo una parte de la historia de vida de una persona.

Hay muchas maneras de sanar a lo largo de nuestra vida.

Háganos saber si tiene preguntas sobre privacidad o confidencialidad.

Provider Signature: _____

ADULT HEALTH HISTORY

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

Past Medical Diagnosis/Diagnóstico médico anterior:

Place a check mark next to those you have currently or have had or check none/

Coloque una marca de verificación junto a las que tiene actualmente o que no ha tenido o marque ninguna

None/Ninguno

Alcohol or Substance Abuse/ Abuso de alcohol o sustancias	HIV or AIDS/ VIH o SIDA
Anemia	High cholesterol/ Colesterol alto
Anxiety/ Ansiedad	High blood pressure (HTN)/ Hipertensión
Arthritis/ Artritis	Hypo or Hyperthyroidism/ Hipo o hipertiroidismo
Asthma/ Asma	Gastrointestinal disease/ Enfermedad gastrointestinal
Blood transfusion/ Transfusión de sangre	Kidney disease/ Enfermedades renales
Benign Prostatic Hypertrophy (BPH)/ Prostática benigna	Liver disease/ Enfermedad del hígado
Cancer	Measles/ Sarampión
Cataracts/ Cataratas	Mental Illness/ Enfermedad mental
Chickenpox/ Varicela	Mumps/ Paperas
Congestive Heart Failure (CHF)/ Insuficiencia cardíaca	Nerve or Muscle disease/ Enfermedad de los nervios o músculos
COPD (lung disease)/ Enfermedad pulmonar	Osteoporosis
Depression/ Depresión	Rheumatic fever/ Fiebre reumática
Diabetes	Seizures/ Convulsiones
GERD (heartburn)/ Reflujo ácido	Sexually Transmitted disease/ Enfermedades de transmisión sexual
Glaucoma	Sickle Cell disease/ Enfermedad de célula falciforme
Headaches/ Dolores de cabeza	Sleep Apnea/ Apnea del sueño
Heart disease/ Cardiopatía	Stroke/ Carrera
Heart attack/ Infarto de miocardio	Tuberculosis (TB)
<i>Other (list)/ Otras (lista):</i>	

Review of Systems: Circle which symptoms you currently have or circle none

Revisión de sistemas: Encierre en un círculo los síntomas que tiene actualmente o rodear ninguno

General	Fever/ Fiebre Decreased energy/ Disminución de energía Loss of appetite/ Pérdida de apetito Unintended weight loss or gain/ Pérdida o aumento de peso involuntario	None
Head/ Cabeza	Headache/ Dolor de cabeza Injury/ Lesión	None
Eye/ Ojo	Visual change/ Cambio visual Discharge/ Descarga Redness/ Enrojecimiento Itching/ Picor Swelling/ Hinchazón	None
Ear/ Oído	Difficulty hearing /Dificultad para oír Pain/Dolor Discharge/ Descarga	None
Nose/ Nariz	Runny nose/ Nariz que moquea Congestion Bleeding/ Sangrado	None
Mouth/Throat/ Boca / Garganta	Sore throat/ Dolor de garganta Difficulty swallowing/ Dificultad para tragar Dental problems/ Problemas dentales	None
Lung/ Pulmones	Shortness of breath/ Dificultad para respirar Coughing/ Tosiendo Chest pain/ Dolor de pecho Wheezing/ Sibilancias Phlegm/ Flema	None
Heart/ Corazón	Chest pain/ Dolor de pecho Feeling faint/ Sensación de desmayo Swelling of arms or legs/ Hinchazón de brazos o piernas	None

NAME: _____**DOB:** _____

Stomach -Bowel/ Estomago - Intestinos	Abdominal pain/ Dolor abdominal Constipation/ Estreñimiento	Nausea Bloating/ Hinchazón	Vomiting/ Vomitando Blood in stool/ Sangre en las heces	Diarrhea	None
Genitourinary/ Gentiurinario	Painful urination/ Dolor al orinar Feeling of incomplete bladder emptying/Sensación de vaciado incompleto de la vejiga difficult to urinate/ dificultad para orinar	Incontinence blood in urine/ sangre en la orina	Discharge/ Descarga		None
Mental Health/ Salud mental	Mood changes/ Cambios de humor Unable to sleep/ Incapaz de dormir	Nervousness/ Nerviosismo	Tension		None
Musculoskeletal/ Musculos - Huesos	Pain/Dolor Difficulty moving/ Dificultad para moverse	Swelling/ Hinchazón Falls/ Caídas	Change in skin color/ Cambio en el color de la piel		None
Neurologic/Nervious	Dizziness/ Mareo Hands shaking/ Manos temblorosas	Weakness/ Debilidad Seizures/ Convulsiones			None
Skin/ Piel	Rash/ Erupción Easy bruising or bleeding/ Fácil aparición de hematomas o sangrado New mole/ Nuevo lunar	Itching/ Comezón Change in a mole/ Cambio en un lunar	Color change/ Cambio de color		None

Surgical History/ Historial quirúrgico

Place a check mark next to those you have had or check none/

Coloque una marca de verificación junto a las que ha tenido o marque ninguno

None/Ninguno

<input type="checkbox"/>	Appendectomy/ Apendectomía
<input type="checkbox"/>	Bariatric Surgery/ Cirugía bariátrica
<input type="checkbox"/>	Bladder Surgery/ Cirugía de vejiga
<input type="checkbox"/>	Brain Surgery/ Cirugía cerebral
<input type="checkbox"/>	Cholecystectomy (removal of gallbladder)/ Colicistectomía (extirpación de la vesícula biliar)
<input type="checkbox"/>	Colon Surgery/ Cirugía de Colon
<input type="checkbox"/>	Eye Surgery/ Cirujía de ojo
<input type="checkbox"/>	Heart Surgery/ Cirugía de corazón
<input type="checkbox"/>	Hernia Repair/ Reparación de hernia
<input type="checkbox"/>	Joint Replacement/ Reemplazo de la articulación
<input type="checkbox"/>	Spinal surgery/ Cirugía de la columna
<input type="checkbox"/>	Tonsillectomy or Adenoidectomy/ Tosilectomía o adenoidectomía

Women/ mujeres:

<input type="checkbox"/>	Hysterectomy/ Histerectomía
<input type="checkbox"/>	Ovaries removed/ Se extirparon los ovarios
<input type="checkbox"/>	Ovaries remain/ Los ovarios permanecen
<input type="checkbox"/>	Tubal ligation (tubes tied)/ Ligadura de trompas
<input type="checkbox"/>	Mastectomy/ Mastectomía
<input type="checkbox"/>	Right/Derecho <input type="checkbox"/> Left/ Izquierdo
<input type="checkbox"/>	Both/ Ambos

Men/ Hombres:

<input type="checkbox"/>	Prostate Surgery/ Cirugía de próstata
<input type="checkbox"/>	Vasectomy

*Other Surgeries (list)/ Otras cirugías (lista):***Vaccinations/ Vacunas:**None/Ninguno

Vaccine/Vacuna	Last recieved/ Última fecha dada
Covid-19	
Flu/ Gripe	
Pneumonia/ Pneumonia	
Shingles/ Herpes	
Tetanus/ Tétanos	

Screenings and date last completed/ Proyecciones o fecha de finalización por última vez

Eye exam/ Examen de la vista: _____ Colonoscopy/ Colonoscopia: _____

Bone Density Study/ Estudio de densidad ósea: _____

None/Ninguno

NAME: _____

DOB: _____

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/ Inseguro de						

Social History/ Historia social:

Married/ Casado Single/ Solero Separated/ Separado Divorced/ Dicoiciado Widowed/ Viudo

Occupation/ Ocupación: _____

Years of education/ Años de educación: _____

Housing/ Alojamiento: Homeless/ Sin hogar Apartment or Condo Mobile Home/ Casa móvil

RV/ Vehículo recreacional House/ Casa Assisted living/ Vida asistida

Skilled Nursing/ Enfermería especializada Residential care/ Atención residencial

Live alone/ Vivir solo Live with family or friends/ Vivir con familiares o amigos

Do you have children living with you?/ ¿Tiene hijos viviendo con usted? Yes/ Sí No How many? _____

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

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?

Less than 1 month/ Menos de 1 mes 1-3 months/ meses 3-6 months/ meses

6-12 months/ meses 1-5 years/ años 5-10 years/ años Over 10 years/ Mas de 10 años

How many cigarettes per day did you smoke? / ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día? _____

How long did you smoke? / ¿Cuánto tiempo fumaste? _____

NAME: _____

DOB: _____

- 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?

- Yes – complete all questions / Sí – completar todas las preguntas
 No – skip to next section/ pasar a la siguiente sección

Please indicate for each of the below items how much you drink each week:

Indique para cada uno de los siguientes elementos cuánto bebe cada semana:

Glasses of wine/ Vasos de vino: _____ Can or bottles of beer/ Lata o botellas de cerveza: _____

Shots of liquor/ Tragos de licor: _____ Mixed alcoholic drinks/ Bebidas alcohólicas mixtas: _____

Sexual Activity/ Actividad sexual:

Have you had sex in the past 12 months? / ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?

- Yes/ Sí No- skip to next section/ pasar a la siguiente sección

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

If yes, what type?/ Si es así, ¿de qué tipo? Condoms/ Condones Oral contraceptives/ Anticonceptivos orales

IUD/ DIU Implant Shot/ Inyección Vaginal ring/ Anillo vaginal Spermicide/ Espermicida

Withdraw/ Retirar Other (list)/ Otra (lista): _____

Do you have a new sexual partner? / ¿Tienes una nueva pareja sexual? Yes/ Sí No

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

Safety/ Seguridad:

Do you need assistance with any of the following? / ¿Necesita ayuda con alguno de los siguientes?

- Bathing/ Baños Dressing/ Vendaje Eating/ Comiendo
 Getting from bed to chair/ Ir de la cama a la silla Toileting/ Aseo

Do you have urinary and/or bowel incontinence? / ¿Tiene incontinencia urinaria y / o intestinal? Yes/ Sí No

Do you use any of the following? / ¿Utiliza alguno de los siguientes? Cane/Caña Walker/ Caminante

Wheelchair/Silla de ruedas Scooter Hospital bed/ Cama de hospital

Nighttime breathing device/ Dispositivo de respiración nocturna Oxygen/ Oxígeno

Patient Signature/ Firma del paciente _____



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)

Adulto (Adult)

Nombre del paciente (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy
Persona que llena el formulario (si el paciente necesita ayuda)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro Especifique		¿Necesita ayuda para llenar el formulario? <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 sabe una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre alguna sección 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 or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Nutrition
2	¿Come frutas y verduras todos los días? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
3	¿Limita la cantidad de alimentos fritos o comida rápida que come? <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
4	¿Tiene la posibilidad de comer suficientes alimentos saludables? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Sí Yes	No	Omitir (Skip)	
5	¿La mayoría de los días bebe un refresco, jugo, bebida deportiva o bebida energizante? <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
6	Por lo general, ¿come demasiado o muy poco? <i>Often eats too much or too little food?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
7	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
8	¿Hace ejercicio o realiza actividades, como caminar, jardinería o nadar durante, al menos, ½ hora al día? <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Physical Activity
9	¿Se siente seguro donde vive? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Safety
10	¿Ha tenido accidentes automovilísticos últimamente? <i>Had any car accidents lately?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	

Nombre del paciente : _____

Fecha de nacimiento: _____

11	Durante el último año, ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado o lastimado físicamente? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
12	¿Siempre usa cinturón de seguridad cuando conduce o viaja en automóvil? <i>Always wears a seat belt when driving or riding in a car?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
13	¿Tiene un arma de fuego en su hogar o en el lugar donde vive? <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
14	¿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
15	¿Con frecuencia se siente triste, desesperanzado, enojado o preocupado? <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Mental Health
16	¿Con frecuencia tiene dificultades para dormir? <i>Often has trouble sleeping?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
17	¿Fuma o masca tabaco? <i>Smokes or chews tobacco?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
18	¿Sus amigos o familiares fuman en su hogar o en el lugar donde usted vive? <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
19	En el último año ¿ha tomado: <input type="checkbox"/> (hombres) 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día? <input type="checkbox"/> (mujeres) 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día? <i>In past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?</i>	No	Sí <i>(Yes)</i>	Omitir <i>Skip</i>	
20	¿Consume drogas o medicamentos para ayudarlo a dormir, relajarse, calmarse, sentirse mejor o perder peso? <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
21	¿Cree que usted o su pareja podría estar embarazada? <i>Thinks she/he or partner could be pregnant?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Sexual Issues
22	¿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 an STI?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
23	¿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>	
24	¿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>	

Nombre del paciente : _____

Fecha de nacimiento: _____

25	¿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>	
26	¿Alguna vez le 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>	
27	¿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:

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipator y 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: