



FORMULARIO DE REGISTRO

1. Nombre: _____ Iniciales _____ Fecha de Nacimiento: _____
2. Dirección: _____
 Apartamento: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono (Casa): _____ Celular: _____ Trabajo: _____
3. Correo electrónico: _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____
4. *Género: Femenino Masculino Hombre transgénero Mujer transgénero
 Genderqueer (ninguno) Otro Negarse a revelar
5. Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual Otro No sabe No prefiero revelar
6. Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
7. Raza/Origen Étnico: (Marque todo lo que corresponda):
 Asiático Negro Blanco
 Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawái Isleño del Pacífico
 Origen Étnico (Escoja una): Hispano/Latino NO Hispano/Latino
8. Idioma:
 Armenio Inglés Hmong Laosiano Lenguaje de signos
 Árabe Francés Japonés Portugués Vietnamita
 Camboyano (Khmer) Alemán Coreano Ruso Tagalo
 Chino Griego Kreyól Español Otro
9. ¿Es el paciente ciudadano de Estados Unidos? Sí No
10. Estado de empleo*: Empleado Empleado propio Discapacitado Retirado Estudiante (tiempo parcial o completo)
11. Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____
12. Relación: _____ Apellido de madre soltera: _____

Información de los Padres/Apoderado (completar sólo si el paciente es un menor)	
Padre (Nombre y Apellido): _____	
Madre (Nombre y Apellido): _____	
Apoderado (Nombre y Apellido): _____	
Relación al paciente: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre de crianza <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Seguro Social: _____ - _____ - _____	Identificación: _____

13. Ingreso Mensual (antes de impuestos): _____ Personas mantenida con este ingreso: _____
14. ¿Usted tiene seguro médico? Sí No Si es así, que tipo de seguro médico? _____
 Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____
15. ¿Eres veterano militar? Sí No
16. ¿Está usted sin hogar? ** Sí No Si es así, marque uno: Refugio Vivienda de transición Duplicado Calle Otros

***Estado de Empleado:**

- Empleado – usted se gana la vida sea trabajando a tiempo parcial o tiempo completo para otra persona, empresa u organización.
- Empleado por cuenta propia – usted se gana la vida trabajando desde su propia profesión y/o negocio y no gana comisión o sueldo de otro individuo.
- Discapacitado – usted recibe pagos mensuales de parte del gobierno para discapacidad.
- Retirado – usted se ha retirado de trabajar y recibe un cheque mensual del Seguro Social.
- Estudiante de tiempo completo o parcial – esta inscrito en una escuela acreditada en tiempo parcial (menos de 12 horas por créditos) o a tiempo completo (12 horas o más).

Estado sin hogar:

- Refugio – Usted vive en un refugio para personas sin hogar organizado.
- Vivienda de transición – Usted reside en una pequeña unidad que ayuda a personas en transición, sin hogar a vivienda permanente.
- Duplicado – Usted esta viviendo con otras personas en su casa y/o apartamento.
- Calle – Usted vive al aire libre, en un coche, en un campamento, en una vivienda precaria/refugio o en otro lugar.
- Otros – usted vive en una sola habitación de ocupación en un hotel o motel o cualquier otra vivienda pagando día a día.

Firma del Paciente/Apoderado Legal



Nombre del Paciente:: _____

Fecha de Nacimiento: _____

AUTORIZACIONES Y DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN RECIBIDA

	INICIALES												
<p>I. Autorización para tratamiento médico Por este medio, yo como paciente, autorizo y doy mi permiso a CHCP a que se haga cargo de mi tratamiento médico.</p>													
<p>II. Autorización para tratamiento médico a un menor Por este medio, yo como Padre o Tutor legal del paciente doy mi permiso y autorizo su tratamiento médico. Además, doy permiso a _____ para que autorice en mi ausencia cualquier tratamiento médico necesario.</p>													
<p>III. Hogar Médico: Elijo participar en el Hogar Médico centrado en el paciente.</p>													
<p>IV. Aviso de Privacidad Declaro que he recibido una copia del Aviso de Privacidad el cual describe las formas en que la Práctica podría utilizar y divulgar mi información médica con el fin de llevar mi tratamiento, pago o el plan de atención médica. Yo entiendo que puedo comunicarme con el Representante Encargado de la Conformidad "Compliance Officer" en caso de tener alguna pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi permiso para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de la Privacidad de esta Práctica Médica.</p>													
<p>V. Envío de la información</p> <ul style="list-style-type: none"> • La información médica puede ser enviada a cualquier persona o entidad responsable por el pago a nombre del paciente con el fin de verificar la cobertura, preguntas o para cualquier otro propósito relacionado con el pago. • Si estoy cubierto por Medicaid o Medicare, autorizo a que mi información médica sea enviada a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o transportistas para el pago de la reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. La información a enviar puede incluir, sin ningún tipo de limitación, el historial médico, examen físico, los expedientes de la sala de emergencia, resultados de laboratorios, tratamiento de alcoholismo y de abuso de drogas y el informe de alta. • Las Leyes Federales y Estatales podrían permitir que esta Oficina participe en organizaciones, con otros proveedores médicos, aseguradoras y/u otros participantes de la industria médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades puedan compartir entre ellos mi información médica para alcanzar los objetivos que incluyan pero que no estén limitados a: mejorar la precisión y disponibilidad de mi información médica; reducir el tiempo necesario para tener disponible la información; manejar y comparar mi información para propósitos de mejorar la calidad, y cualquier otro propósito que sea permitido por ley. Entiendo que esta Oficina puede ser miembro de una de estas organizaciones. Esta autorización específicamente incluye información concerniente a: condiciones psicológicas, psiquiátricas, incapacidad intelectual, información genética, dependencia a sustancias químicas y/o enfermedades infecciosas, incluyendo, pero no limitado a, enfermedades transmitidas por la sangre como el SIDA (AIDS) y el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV). <p>Por este medio autorizo a esta organización, a los médicos u otros profesionales médicos que estén involucrados en mi tratamiento médico a proveer mi información médica para fines de tratamiento, pagos y /u otras operaciones de atención médica.</p>													
<p>VI. Divulgación de Información a Familiares y/o Amigos Doy permiso para que se les provea mi información médica confidencial a los familiares y/o amigos que aparecen en el siguiente listado para propósitos de coordinar tratamiento médico, comunicar resultados, condiciones encontradas y decisiones:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Nombre</th> <th style="width: 33%;">Relación</th> <th style="width: 33%;">Número de Teléfono</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>**Usted tiene el derecho de revocar la persona a la cual nosotros le podemos proveer su información médico en cualquier momento. Por favor llene una nueva autorización.</p>	Nombre	Relación	Número de Teléfono										
Nombre	Relación	Número de Teléfono											

VII. Autorización para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida

	Sí	No
¿Podemos llamar a su trabajo y dejarle un mensaje? En case afirmativo, ¿a qué numero? _____		
¿Podemos llamar a su casa y dejar un mensaje? En case afirmativo, ¿a qué numero? _____		
¿Podemos dejarle un mensaje con información médica en su teléfono celular? En case afirmativo, ¿a qué numero? _____		

VIII. Autorización para que a través de correos electrónicos y mensajes de texto le recordemos sus citas y otros comunicaciones médicas.

Los pacientes en nuestra oficina pueden ser contactados a través de correos electrónicos y/o mensajes de texto para recordarles su cita médica, para obtener información sobre su experiencia con nuestro personal médico, y para proveerle cualquier recordatorio o información médica en general.

Doy mi autorización y mi permiso para recibir recordatorios para las citas, y otras comunicaciones de información medica al correo electrónico o al numero celular que yo les provea.

Yo autorizo a recibir mensajes de TEXTO para: recordatorios de citas, comentarios, recordatorios o información médica en general al siguiente número de celular: _____.

Yo autorizo a recibir CORREOS ELECTRÓNICOS para: recordatorios de citas, comentarios, recordatorios o información médica en general al siguiente dirección: _____.

Community Health Centers of Pinellas, Inc. no cobra por este servicio, pueden aplicar tarifas de datos y mensajería estándar conforme a su plan inalámbrico (WIFI). (Póngase en contacto con la compañía que tiene su contrato para los precios de los planes y detalles).

IX. Revocación (Si usted no quiere recibir mensajes de TEXTO o CORREOS ELECTRÓNICOS de parte de nosotros sobre futuros recordatorios de cita médicas, comentarios e información general).

Revoco mi solicitud para recibir los recordatorios de citas futuros, comentarios e información médica en general a través de mensajes de TEXTO.

Firma del Paciente/Tutor Legal

Fecha

Revoco mi solicitud para recibir los recordatorios de citas futuros, comentarios e información médica en general a través de Correo Electrónico.

Firma del Paciente/Tutor Legal

Fecha

X. Derechos del Paciente, Responsabilidades e Información y Hogar Médico

Estos documentos son enviados en la sala de espera. Reconozco que he recibido una copia de cada uno.

XI. Notificación sobre las Normas de Directivas por Anticipado de Salud (para paciente mayores de 18 años)

Las Directivas por Anticipado son declaraciones legales que indican el tipo de tratamiento médico que desea o no desea una persona en el caso de no tener la capacidad de tomar decisiones, y al mismo tiempo autorizan a alguien para que tome esas decisiones por uno. Las Directivas por anticipado se redactan con anterioridad y frente a testigos antes de caer enfermo o con una lesión grave.

De conformidad con la ley federal y estatal, este documento sirve como notificación de que el CHCP archiva sus Directivas por Anticipado por si se presentara una situación de emergencia en la que su vida se encuentre en peligro durante la visita a uno de nuestros Centros o durante su transferencia a otro lugar de tratamiento de nivel más alto. Al firmar este documento doy fe de que estoy de acuerdo y entiendo el contenido de esta notificación.

Por favor marque debajo si es que tiene o no tiene una Directiva por Anticipado o si usted quiere recibir información sobre las Directivas por Anticipado:

- Yo tengo una Directiva por Anticipado.
- No tengo una Directiva por Anticipado.
- Me gustaría recibir información sobre las Directivas por Anticipado.

XII. Residentes y Estudiantes

Yo entiendo que Community Health Centes of Pinellas, Inc. respalda la educación de profesionales médicos y cuenta con Residentes y Estudiantes que podrían asistir y colaborar con mi tratamiento.

Firma del Paciente/Tutor Legal

Fecha



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ – 2)

Fecha de Hoy: _____

*Por favor conteste las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Todas sus respuestas se mantendrán en privado.
Durante las últimas dos (2) semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (Circule un número)*

	0 días a la semana	1-3 días a la semana	4-5 días a la semana	6-7 días a la semana
1. Ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
2. Se ha sentido desanimado(a), deprimido(a), o sin esperanzas.	0	1	2	3

Sumar los dos números que están dentro de los círculos.

Si la suma es de **3 o más**, entregue el formulario y complete la forma PHQ-9. Gracias.

Total



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ – 9)

Fecha de Hoy: _____

*Por favor conteste las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Todas sus respuestas se mantendrán en privado.
Durante las últimas dos (2) semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (Circule un número)*

	0 días a la semana	1-3 días a la semana	4-5 días a la semana	6-7 días a la semana
1. Ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
2. Se ha sentido desanimado(a), deprimido(a), o sin esperanzas.	0	1	2	3
3. Ha tenido problemas en dormirse o en mantenerse dormido(a), o está durmiendo demasiado.	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía.	0	1	2	3
5. Ha tenido poco apetito o está comiendo en exceso.	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo, piensa que eres un fracaso, o que se ha defraudado a usted y/o a su familia.	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión.	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta. O de lo contrario, esta tan agitado(a) o inquieto(a) que se mueve mucho más de lo acostumbrado.	0	1	2	3
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto(a) o en hacerse daño a usted mismo.	0	1	2	3

Para el uso de su proveedor médico:

add columns + +

Total

10. Si usted se identificó con cualquier problema en éste cuestionario, ¿cuan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?	Sin Ninguna Dificultad	Un Poco Dificil	Muy Dificil	Extremadamente Dificil
---	------------------------	-----------------	-------------	------------------------

NEW PATIENT HEALTH RISK ASSESSMENT



**COMMUNITY HEALTH CENTERS
OF PINELLAS, INC.**

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Hoy: _____

1. ¿Quién fue su médico? _____
2. ¿Cuándo fue la última vez que vio a su previo médico? _____
3. ¿Qué idiomas habla? _____ ¿Qué idiomas se lee? _____
4. ¿Cuál es su nivel de educación? Grados 1-6 Grados 7-12 Colegio/Universidad No educación formal
5. ¿Cómo prefiere aprender? En persona Folletos Vídeos/Audio
6. ¿Tienes algunas necesidades educativas especiales que debemos tener en cuenta en las siguientes áreas?
 Audición Visión Lenguaje Espirituales Creencia culturales Ninguno
7. En este momento, ¿tiene limitaciones o barreras emocionales que podrían afectar su capacidad para aprender? Sí No
8. ¿Cuándo se le da instrucciones de su médico o a su farmacéutico, ¿con qué frecuencia se necesita a alguien para ayudarle?
 Jamás Raramente A veces Mucho Siempre
9. ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, etc.? Sí No En caso afirmativo, explique: _____
10. ¿Está usted tomando alguna medicina (recetado, de venta libre, o de hierbas) nueva desde su última cita? Sí No

En caso afirmativo enumere los:

Nombre de la medicina, vitamina, o suplemento	Dosis – ¿Cuánto toma?	¿Con que frecuencia lo toma?	¿Necesita un recambio?

11. ¿Tiene o ha tenido usted alguno de los siguientes?

<input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Altos niveles de lípidos o de colesterol <input type="checkbox"/> Programa de ejercicio <input type="checkbox"/> Uso de alcohol (presente): Cantidad y Frecuencia: _____ <input type="checkbox"/> Uso de alcohol en el pasado <input type="checkbox"/> Uso de tabaco (presente): Cantidad y Frecuencia: _____ <input type="checkbox"/> Uso de tabaco en el pasado <input type="checkbox"/> Uso de drogas ilícitas (presente): Tipo, Cantidad y Frecuencia: _____ <input type="checkbox"/> Uso de drogas ilícitas en el pasado <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Reflujo/Úlcera <input type="checkbox"/> Otro(s) enfermedad(es): _____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis / prueba cutánea positiva <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones / cálculos renales <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado / hepatitis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Transfusión sanguínea <input type="checkbox"/> SIDA / VIH <input type="checkbox"/> Convulsiones / epilepsia <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental / depresión / ansiedad <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Dolor de espalda crónico <input type="checkbox"/> Migraña / Jaquecas <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> EPOC
---	--
 12. ¿Alguna vez ha sido víctima de maltrato o descuido? Sí No
 13. ¿Ha tenido algunos caídos, traumatismos u otras lesiones? Sí No
 14. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado? Sí No
 15. ¿Alguna vez ha tenido algunas cirugías? Sí No
- ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____ ¿Por qué? _____

