

HEALTH CARE PARTNERS OF SC, INC.

843-248-4700 Fax:877-322-0181

Registro de Paciente Expediente # _____

Nombre del Paciente: _____

APELLIDO

NOMBRE

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Número del seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección (para envío de correo): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la casa: Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Correo Electrónico _____

Habilitar mi Portal del paciente

Farmacia Preferida

Farmacia de HCPSC Conway

Farmacia de HCPSC Marion

Farmacia de HCPSC Johnsonville

Otra: _____ Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Responsable: Yo mismo Si es menor de 18 años, por favor informe el nombre de uno de sus padres o guardián _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono #: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia 1: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono # _____

Tenemos permiso de compartir información médica o psiquiátrica con el contacto de emergencia? Si No

Contacto de Emergencia 2: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono # _____

Tenemos permiso de compartir información médica o psiquiátrica con el contacto de emergencia? Si No

Medio de Comunicación: Llamar a la casa Llamar al celular Llamar al Trabajo Mensaje de texto Portal del paciente

Clase de Recordatorios: Citas Resultado de laboratorio Medicación Notificaciones Generales

Hora preferida para llamadas /Textos: En la Mañana En la Tarde En la Noche

Podemos dejar información de salud personal detallada en su mensaje de voz? Si No Casa Celular

Si tiene seguro médico por favor presente su tarjeta en la recepción para fines de cobro y laboratorio.

Seguro Médico Primario: _____ Nombre del asegurado: _____

Numero de la Poliza #: _____ Grupo #: _____ Relación con el titular del seguro médico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Empleador: _____ Número de teléfono del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Seguro Médico Secundario: _____ Nombre del asegurado: _____

Numero de la Poliza #: _____ Grupo #: _____ Relación con el titular del seguro médico: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Vivienda: Propia o Rentada Publica Persona sin hogar Otra: _____

Si es persona sin Hogar: Albergue Vive en casa de Familiares/amigos Transitorio Calle Otro

En los últimos dos años, ha trabajado usted o algún miembro de su familia en la agricultura por temporadas? Si No

Ha establecido usted o su familia un hogar temporal para trabajar en la agricultura? Si No

Ha servido usted en el ejército de los Estados Unidos? Si No

Estado Civil: Soltero Casado Unión Libre Legalmente Separado Divorciado Viudo

Lenguaje Preferido: Inglés Español Otro: _____ Requiere Traductor? Si No

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Afroamericano Blanco Más de una Raza

Indio Asiático Chino Filipino Japones Coreano Vietnamita Otro Asiático Nativo Hawaiano

Otro Isleño del Pacífico Guamanés o Chamorro Samoano

Etnia: No Hispano, Latino, No de Origen español Mexicano, Mexicano Americano, Chicano

Hispano, Latino, o de Origen español Puertorriqueño Cubano Opta por no contestar

Estatus Laboral: Tiempo Completo Medio Tiempo Independiente Retirado Militar en servicio Activo Desempleado

Estatus de Estudiante: Tiempo Completo Medio Tiempo No soy Estudiante

TENGA EN CUENTA: El pago de todos los copagos, deducibles y coaseguros, según lo dictado por su compañía de seguros o de acuerdo con la tarifa del programa de descuento (Sliding Fee), se requiere en el momento del servicio. Si es necesario, por favor haga arreglos de pago antes de su visita.

Entiendo que mi información médica es confidencial, pero autorizo su divulgación a mis compañías de seguros, o según lo requerido por la ley.

Firma del Paciente o Guardián: _____

Fecha: _____

Como supo acerca de nosotros? Cartelera Divulgación en la comunidad Familia/Amigo Radio/televisión

Internet / Redes Sociales Otro: _____

Tamaño de la Familia (número de personas que viven en su hogar): _____ Actualmente con Descuento: Si No

Cantidad de Ingreso recibido: Semanalmente: _____ Mensualmente: _____ Anualmente: _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL DE LA OFICINA

Nombre del empleado: _____

Revisado 02/13/2025

Letra Imprenta



HEALTH CARE PARTNERS OF SC, INC.



123 E. Broadway St.
Johnsonville, SC 29555
843-386-3573
Fax: 877-322-0181

243 Singleton Ridge Rd.
Conway, SC 29526
843-248-4700
Fax: 877-322-0181

1608 N. Main St.
Conway, SC 29526
843-248-4700
Fax: 877-322-0181

145 Palmetto Pointe Rd.
Marion, SC 29571
843-423-2400
Fax: 877-322-0181

6874 Hwy 908
Gresham, SC 29546
843-352-8772
Fax: 877-322-0181

1606 B Main St.
Conway, SC 29526
843-488-6350
Fax: 877-322-0181

AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA TRATAMIENTO MEDICO

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo, _____ Por medio de la presente autorizo la administración de tratamientos y realización de procedimientos (s) medico/dental mientras _____ es paciente de Health Care Partners of SC, Inc. Nombre del paciente

Entiendo que los tratamientos y procedimientos serán realizados por médicos, enfermeras practicantes ,enfermeras certificadas en partos, enfermeras,dentista/o higienista dental, especialista en conducta , y empleados de Health Care Partners of SC, Inc., El presente documento es con el propósito de dar plena autorización a médicos, , enfermeras practicantes, enfermeras certificadas en partos y sus respectivos asistentes de administrar medicamentos y/o realizar todos los tratamientos, pruebas o procedimientos de diagnóstico incluyendo exámenes para dictaminar enfermedades infecto contagiosas entre otras como Sífilis, Hepatitis B, y SIDA. También doy consentimiento para exámenes de detección de Drogas si es conveniente a juicio profesional de los médicos, , enfermeras practicantes, enfermeras certificadas en partos, dentista, asesor de asistencia social de Health Care Partners of SC, Inc.; tienen mi autorización para revelar información a las agencias y personas adecuadas cuando sea necesario para proteger mi bienestar, el bienestar del paciente y/o el de la comunidad. A lo anteriormente mencionado doy mi consentimiento y autorización en lo que concierne a mi y/o a mi representado.

Health Care Partners of SC, Inc. está autorizado para proporcionar información o extractos a otro Doctor o proveedor si es del caso, y a cualquier compañía de seguros o pagador tercero autorizado con el fin de obtener el pago de la cuenta de Health Care Partners of S.C. Inc. por los servicios dados al paciente. Yo expresamente acepto ser personalmente responsable por cualquier cantidad que no sea pagada por un tercer pagador.

Ademas Por la presente otorgo permiso a health Care Partners of SC, Inc. para proporcionar u obetener información a / de las siguientes personas.

NOMBRE	RELACION CON EL PACIENTE

Por la presente certifico que he leído y entendido la anterior autorización y si existen parágrafos o párrafos que han sido señalados con mis iniciales antes de firmar significa que no estoy de acuerdo y que no se han hecho garantías, ni se han asegurado los resultados de los tratamientos y procedimientos

Firma del paciente o Representante legal/Padre / Custodio

Fecha:

Nombre del paciente

Relación con el Paciente.

Testigo

Fecha:



123 E. Broadway St.
Johnsonville, SC 29555
843-386-3573
Fax: 877-322-0181

243 Singleton Ridge Rd.
Conway, SC 29526
843-248-4700
Fax: 877-322-0181

1608 N. Main St.
Conway, SC 29526
843-248-4700
Fax: 877-322-0181

145 Palmetto Pointe Rd.
Marion, SC 29571
843-423-2400
Fax: 877-322-0181

6874 Hwy 908
Gresham, SC 29546
843-352-8772
Fax: 877-322-0181

1606 B Main St.
Conway, SC 29526
843-488-6350
Fax: 877-322-0181

NOTIFICACION DE LA PRIVACIDAD DE MI INFORMACION MEDICA

Ud puede rehusar firmar esta formulario

MRN _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento: _____

Por medio de la presente manifiesto que he sido notificado o he recibido el formulario acerca de la privacidad de mi información medica HIPAA

Firma del Paciente / Representante /Padres/Tutor (guarda legal) Fecha: _____

Firma del Paciente / Representante /Padres/Tutor (guarda legal)

Relación con el Paciente

FOR OFFICE USE ONLY

Tratamos de obtener la constancia escrita de la notificación personal de la privacidad de la información medica , pero no se puedo firmar porque:

- Individuo rehusa firmar
 - Barreras en la comunicación no permiten obtener su aprobación
 - Una situación de emergencia nos impidió obtener la constancia
 - Otra (Porfavor Especifique)
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____



123 E. Broadway St.
 Johnsonville, SC 29555
 843-386-3573
 Fax: 877-322-0181

243 Singleton Ridge Rd.
 Conway, SC 29526
 843-248-4700
 Fax: 877-322-0181

1608 N. Main St.
 Conway, SC 29526
 843-248-4700
 Fax: 877-322-0181

145 Palmetto Pointe Rd.
 Marion, SC 29571
 843-423-2400
 Fax: 877-322-0181

6874 Hwy 908
 Gresham, SC 29546
 843-352-8772
 Fax: 877-322-0181

1606 B Main St.
 Conway, SC 29526
 843-488-6350
 Fax: 877-322-0181

PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre completo del paciente (en letra de molde):	Fecha de nacimiento del paciente:
Correo Electrónico:	Teléfono:
Dirección del paciente:	

Autorizo a Health Care Partners a discutir información médica protegida y a divulgar resultados de pruebas a la(s) siguiente(s) persona(s):

Encierre en un círculo información relacionada con:

Abuso de sustancias

Salud mental

VIH (Sida)/ETS

Control de la natalidad/Laboratorios de salud reproductiva

Laboratorio/
 Pruebas
 Genéticas

Nombre:	Teléfono:	Relación:	Fecha de Nacimiento:
Nombre:	Teléfono:	Relación:	Fecha de Nacimiento:
Nombre:	Teléfono:	Relación:	Fecha de Nacimiento:

Autorizo a Health Care Partners of SC a dejar mensajes sobre información médica protegida en una máquina contestadora o correo de voz:

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Número de teléfono:
-----------------------------	-----------------------------	---------------------

Al firmar este formulario, autorizo a Health Care Partners of SC a enviar su información médica a la dirección que se ha proporcionado.

Indique su relación con el paciente:

Paciente

Representante del autorizado

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE (en caso de no ser el paciente)

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

HISTORIA ADULTOS

((No se pueden aplicar algunas preguntas. Para aquellos que no se aplican puede dejar en blanco o escribir NA))

Fecha:	Nombre del paciente:	Sexo:	Fecha Nacimiento	Folio #:
DIRECTIVAS ANTICIPADAS			ANTECEDENTES DE DIETA	
1. Permite la Muerte natural?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1. Considera su dieta saludable?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
2. Delegación tratamiento médico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	2. Cada cuánto deja de comer?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Diario	
3. Copia en la Historia Clínica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	3. Come en exceso?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Diario	
4. Delegado tratamiento médico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	4. Ha estado a dieta en el último año?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
5. Si la respuesta es si , explique la relación		5. Seleccione su consumo de grasa:	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	
		6. Seleccione su consumo de Sal:	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	
		7. Quiere hablar sobre una dieta saludable?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
EDUCACION		HISTORIA DE VIAJES		
1. Terminó la escuela primaria?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1. Ha viajado a zonas tropicales?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
2. Terminó la escuela secundaria?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	2. En caso afirmativo cuándo y adónde?		
3. Terminó Universidad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	3. Ha viajado frecuentemente?		
4. Otro:				
		HABITOS SALUDABLES		
5. Nivel de Lectura : <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Minimo <input type="checkbox"/> No sabe leer		1. Usa cinturón de seguridad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		2. Hace ejercicio?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		3. Con qué frecuencia		
		4. Utiliza Protector solar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
FAMILIA		INFORMACION DEL PACIENTE		
1. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> compañero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Estado civil desconocido		1. Formulario diligenciado por:		
2. Número de miembros en la familia		2. Cómo se enteró acerca de Health Care Partners?		
3. Es usted madre o padre soltero?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	3. Cuál es la razón por la que viene a vernos:		
4. Tiene usted una relación familiar satisfactoria?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
5. Se siente seguro en su casa?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
6. Es usted víctima de violencia familiar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
7. Nivel de Stress en su casa:	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto			
8. Fuma alguien en su casa?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
9. Tiene mascotas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
10. Que clase de mascotas?				
11. Cuida usted de una persona mayor?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
HABITOS		RELIGION FE		
1. Consume bebidas Alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1. Religión/Fe : <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Catolica <input type="checkbox"/> Episcopal <input type="checkbox"/> Presbiteriana <input type="checkbox"/> Judia <input type="checkbox"/> Testigo de Jehova <input type="checkbox"/> Baptista <input type="checkbox"/> Ciencia Cristiana <input type="checkbox"/> Budista <input type="checkbox"/> Cristiano <input type="checkbox"/> Islamico <input type="checkbox"/> Metodista <input type="checkbox"/> Pentecostes <input type="checkbox"/> Movimiento de Santidad <input type="checkbox"/> Evangelico <input type="checkbox"/> Unitarismo <input type="checkbox"/> Luteriana <input type="checkbox"/> Otro		
2. Con que frecuencia (trago) : <input type="checkbox"/> 1 tr/dia <input type="checkbox"/> 2-3 tr/dia <input type="checkbox"/> 3-4 tr/dia <input type="checkbox"/> 4-5 tr/dia <input type="checkbox"/> Mas de 5 tr/dia <input type="checkbox"/> 6-botellas/semana <input type="checkbox"/> 6-botellas/dia <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Socialmente <input type="checkbox"/> cerveza diaria <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> Ocasional				
3. En caso positivo, hace cuántos años				
4. Consumo de Tabaco: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> algo <input type="checkbox"/> ex-fumador <input type="checkbox"/> Nunca ha fumado <input type="checkbox"/> actual estado desconocido				
5. Si es fumador , cajas por dia <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 ¼ <input type="checkbox"/> 1 ½ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> mas de 2 cajas por dia.				
6. Fumó en el pasado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
7. Usa tobacco?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
8. Dejó de consumir Tabaco por: <input type="checkbox"/> Capatacion para dejar de fumar <input type="checkbox"/> Riesgos de fumar en embarazo <input type="checkbox"/> Remitido a una clinica <input type="checkbox"/> Efectos de fumar <input type="checkbox"/> Recibio asistencia profesional <input type="checkbox"/> Remitido a un asesor de la Salud				
9. Cuántos años fumó?				
10. Consumo de medicamentos sin prescripción	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
11. En caso positivo con que frecuencia?		3. Restricción en su tratamiento médico de acuerdo a su creencia		
12. Drogas o abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
13. En caso positivo con que frecuencia?				

HISTORIA PERSONAL

1.	Consumo de cafeína (tazas por día):		
2.	Tipo de cafeína:		
3.	Cambios recientes de peso	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4.	Realiza el auto-examen de seno? <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> cada 6-12 meses <input type="checkbox"/> cada 0-6 años	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5.	Fuente de consumo de Calcio:		
6.	Toma o ha tomado recientemente vitaminas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
7.	Nombre de su compañero sentimental		
8.	Cuánto ha durado la relación:		
9.	Desde cuando, usa método anticonceptivo::		
10.	Ha estado casado anteriormente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
11.	Ha intentado embarazarse anteriormente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
12.	Cuándo fue su último exámen dental:		
13.	Cuándo fue su último exámen de ojos:		
14.	Cuándo fue su último examen físico:		
15.	Ha tenido relaciones sexuales sin querer?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
16.	Tiene algún problema sexual?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
17.	Ha estado expuesto a radiación?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

18.	Ha estado expuesto a tóxicos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
19.	Ha estado expuesto a Pintura?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
20.	Usa manta eléctrica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
21.	Usa Bañera de hidromasajes o sauna?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
22.	Menopausia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
23.	Métodos anticonceptivos:		
24.	Embarazada?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
25.	Primer día del último periodo menstrual:		
26.	Cuántos días duro su último periodo menstrual?		
27.	Flujo Menstrual : <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Mucho		
28.	Con que frecuencia usa la ducha vaginal?		
29.	Fecha de la última mamografía:		
30.	Fecha del último auto-examen de testiculos:		
31.	Fecha del último examen de próstata:		
32.	Fecha de su último papanicolaou?		
33.	Cuántos embarazos?		
34.	Cuántos abortos espontáneos?		
35.	Cuántos abortos provocados?		

HISTORIA DE SUEÑO/SALUD MENTAL

1.	Despierta descansado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
2.	Se duerme facil durante el dia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
3.	Usa medicina para dormir?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No

HISTORIA LABORAL

1.	Tipo de empleo: : <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> estudiante <input type="checkbox"/> Ingeniero <input type="checkbox"/> Programador <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Ventas <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Empleado Bancario <input type="checkbox"/> Recepcionista <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Contador <input type="checkbox"/> Ambiental <input type="checkbox"/> Educador <input type="checkbox"/> Mesero <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Músico <input type="checkbox"/> Electricista <input type="checkbox"/> Secretaria Legal <input type="checkbox"/> Técnico en Computador <input type="checkbox"/> Jardinero <input type="checkbox"/> Oficial de Correccionales <input type="checkbox"/> Asistente de Profesor <input type="checkbox"/> Otro		
2.	Naturaleza del trabajo: : <input type="checkbox"/> Sedentario <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Actividad Moderada <input type="checkbox"/> Actividad Física Fuerte <input type="checkbox"/> Actividad física suave <input type="checkbox"/> Trabajo en computadores <input type="checkbox"/> Estar de pie por largo tiempo <input type="checkbox"/> Excesivo uso de la voz <input type="checkbox"/> Alto nivel de stress		
3.	Exposición a sustancias infecciosas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> actualmente / antecedentes		
4.	Tiene riesgos para la salud en su casa?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
5.	Hace cuánto desempeña la profesion actual ?:		

HISTORIA SEXUAL

1.	Tiene usted compañero Sexual?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2.	Esta usted satisfecho con su vida sexual?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3.	Tiene dificultades/dolor en sus relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4.	Practica sexo seguro?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
5.	Número de compañeros sexuales que ha tenido en su vida: <input type="checkbox"/> 1-6 <input type="checkbox"/> Mas de 6		

CIRUGIAS ANTERIORES /RECIENTES HOSPITALIZACIONES

Por favor relacione las Cirugias y Hopsitalizaciones.:	
Fecha :	Hospitalización/Cirugia:

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

1.	Requiere asistencia para: <input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Ir al baño <input type="checkbox"/> Ir de compras <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Cocinar <input type="checkbox"/> Vestirse		
2.	Necesita ayuda para: : <input type="checkbox"/> Tomar Medicamentos <input type="checkbox"/> Finanzas <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Preparación de comidas <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Servicio de agua <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Servicio de Limpieza / compras		
3.	Tiene amigos o familiares que le puedan ayudar con su cuidado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
4.	Usa usted: <input type="checkbox"/> Gafas <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Dentaduras: <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Audifono <input type="checkbox"/> Prótesis indique (D) Derecha (I) Izquierda: BRAZO _____ PIERNA _____ OJO _____		
5.	Usa usted actualmente? <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> bastón <input type="checkbox"/> caminador <input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> Corsé ortopedico		
6.	Usa usted alguno de estos servicios (nombre de la agencia que lo provee): Servicio Salud Mental. Agencia _____ Servicio de Salud. Agencia _____ Servicio Social _____ Otro _____		

SEGURIDAD

1.	Tiene algún arma en casa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2.	Estan guardadas en un lugar seguro?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No

ALLERGIAS

Porfavor elija cualquier alergia que tenga o haya tenido en el pasado y explique la reacción

ALERGIA	REACCION
<input type="checkbox"/> Codeina	
<input type="checkbox"/> Penicilina	
<input type="checkbox"/> Amoxicilina	
<input type="checkbox"/> Sulfa (Bactrim or Septra)	
<input type="checkbox"/> Erythromycin	
<input type="checkbox"/> Cefaclor (Ceclor)	
<input type="checkbox"/> Aspirina	
<input type="checkbox"/> Latex	
<input type="checkbox"/> Picadura insectos (abeja)	
<input type="checkbox"/> Comidas (lista):	
<input type="checkbox"/> Otros:	

HISTORIA MEDICA

TIENE UD O ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA HAN TENIDO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES :
Si es algun miembro de su familia porfavor explique si es hijo, hija, madre, padre, abuelos, tías, tios etc.)

Alcoholismo /Drogas	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Migrañas/Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Defectos de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Musculos Huesos/Fracturas	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Cancer/Tumor	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Nerviosismo o Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Diabetes (Azúcar)	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Problemas de próstata	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Problema Cardíaco	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Anemia	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Estomago /Colon	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Riñones /Vejiga	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Higado/Hepatitis/ Ictericia	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia
Pulmones/Asma/Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia	Otro:	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Familia

TIENE UD O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES :

Porfavor conteste cada pregunta en las columnas de la Derecha	SI	NO	ANTES	Porfavor conteste cada pregunta en las columnas de la Derecha	SI	NO	ANTES
Fiebre Escarlata				Problemas estomacales o intestinales			
Fiebre Reumática				Problema del hígado			
Inflamación o dolor en las coyunturas				Vesicula Biliar /Calculos biliares			
Fuertes y/o frecuentes dolores de cabeza				Fracturas			
Perdida auditiva				Hernia (Estrangulada)			
Ojos (problemas)				Hemorroides o problemas rectales			
Oido- nariz- garganta (problemas)				Subida de peso reciente			
Frecuente gripa crónica				Pérdida de peso reciente			
Dientes y encias (Problemas)				Artritis /reumatismo o bursitis			
Sinusitis				Dolor de espalda (frecuente)			
Rinitis				Intento de suicidio			
Lesión en la cabeza				Dificultad para dormir			
Enfermedad en la piel				Pérdida de memoria o amnesia			
Dificultad para respirar				Abuso sexual			
Dolor y presión en el pecho				Violencia familiar			
Tos crónica				SOLO MUJERES			
Palpitaciones en el pecho				Problema de Sistema reproductivo			
VIH /SIDA				Cambios en su ciclo menstrual			
Calambres en las piernas				Ciclo irregular			
Frecuente indigestión				Flujos vaginales			
Suda en la noche				Sofocos y Sudores			

INFORMACION VISITA DENTAL

Sangran sus encias cuando se lava los dientes o usa la seda dental?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tiene usted dolor de oido o dolor de cuello?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Son sus dientes sensibles a: <input type="checkbox"/> frio <input type="checkbox"/> calor <input type="checkbox"/> dulce <input type="checkbox"/> presion?			Tiene usted problemas en su mandíbula, como malestar chasquido, ó dislocación (su mandibula se desencaja)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tiene su boca seca?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Chasquea usted sus dientes?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha tenido algún tratamiento de periodoncia (encias)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tiene usted llagas o úlceras en sus encias?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha tenido tratamiento de Ortodoncia (frenillos)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Usa usted dentadura parcial?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha tenido problemas con algún tratamiento dental previo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Participa usted en actividades recreacionales?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Hay fluoruro en el agua de su casa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Ha tenido alguna lesión grave en su cabeza o en su boca?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Toma usted agua embotellada o agua filtrada?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Cuál es el nombre del último dentista que visitó? :		
En caso afirmativo <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Ocasionalmente			Fecha de su último examen dental		
Actualmente experimenta molestia o dolor en sus dientes?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Qué procedimiento le hicieron?		
			Fecha de los últimos rayos X en los dientes ?		

¿Necesita ayuda para aplicar por cobertura de Seguro médico?



Navegantes locales están disponibles en todo el estado

para ayudarte a completar las aplicaciones de cobertura de salud, completar la inscripción, y entender su nueva cobertura. Los navegantes saben acerca de elegibilidad, inscripción y las especificaciones del programa.

Sus servicios están disponibles para usted sin costo alguno.

Los Navegantes le pueden ayudar a entender e inscribirse en su cobertura mediante:



Health Insurance Marketplace
(Mercado de seguros de salud)



Medicaid



Children's Health Insurance
Program (Programa de
Seguro de Salud para Niños)



Para encontrar ayuda localmente
de on Navegante, visite
GetCoveredAmerica.org

