



Siskiyou Community Health Center

Centro de atención primaria centrada en el paciente (PCPCH)

Bienvenido al Siskiyou Community Health Center (SCHC). SCHC es una clínica que se enorgullece de ser un Centro de atención primaria centrada en el paciente (PCPCH). Esto quiere decir que usted es el centro de su atención y sus necesidades, preferencias y objetivos son prioridad. Su equipo de atención trabajará con usted para crear un plan de atención personalizada y coordinar con otros proveedores de atención médica para darle atención integral y de alta calidad.

En SCHC, puede esperar lo siguiente:

- Su proveedor de atención primaria (PCP) coordinará su atención y se asegurará de que reciba los servicios necesarios cuando sea necesario.
- El personal del SCHC estará atento a sus preocupaciones y disponible para responder sus preguntas.
- SCHC ofrece cobertura continua, con ayuda disponible fuera de horario y opciones alternativas a la sala de emergencias.
- El equipo de atención de SCHC lo ayudará a tomar un rol activo en su salud.

Su equipo de atención médica

Conforme comienza su viaje de atención médica en SCHC, se le asignará un proveedor de atención primaria (PCP) que será la parte principal de su equipo de atención médica. Su PCP tendrá la ayuda de dos asistentes médicos y un equipo de enfermería que ayudarán con sus visitas médicas y prestarán servicios clínicos. Su asistente médico también manejará sus llamadas y correos de voz. Además de su equipo de atención médica principal, tendrá acceso a un equipo de atención prolongada que incluye servicios de clínica sin cita previa, remisión a especialistas, atención del comportamiento, atención dental, radiología, laboratorio, farmacia y coordinadores de alcance. Para saber más sobre todos los servicios que ofrecemos, visite el sitio web de SCHC en: www.siskiyouhealthcenter.com o pregunte a su PCP. La coordinación de su atención entre su proveedor de atención primaria y otros profesionales médicos asegurará atención continua y efectiva, reduciendo la necesidad de procedimientos repetitivos.

Cómo y cuándo comunicarse con su equipo de atención

Para programar una cita normal o pedir recomendación médica durante el horario de atención, llame a la línea principal de SCHC al (541)472-4777 y siga las indicaciones para hablar con el miembro del equipo de atención adecuado. En caso de tener un asunto urgente fuera de horario, llame al mismo número y siga las indicaciones para que lo conecten con nuestro servicio de contestador. Rápidamente, la línea de ayuda de RN o un proveedor del SCHC de guardia lo ayudará. En caso de una emergencia médica, no dude en llamar al 911 o ir a la sala de emergencias más cercana.

La clínica sin cita previa de Grants Pass (Grants Pass Walk-In Clinic) está abierta para consultas en persona o virtuales lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. y de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. los sábados. No se necesita una cita. La clínica sin cita previa ofrece atención a lesiones menores, enfermedades, prevención y servicios de pruebas de detección y condiciones crónicas. Como parte de SCHC, toda su información de consulta en la clínica sin cita previa, será fácilmente accesible a su PCP. La atención virtual también está disponible en nuestro sitio web: www.siskiyouhealthcenter.com. La clínica sin cita previa es una gran opción para recibir atención mientras espera la primera cita con su PCP.

Cómo prepararse para sus consultas médicas

- Lea con atención el documento de derechos y responsabilidades del paciente incluido en su paquete.
- Comparta con su equipo de atención las preocupaciones de atención médica específicas que quiere tratar.
- Después de hablar con su PCP, repita la información en sus propias palabras para confirmar que entendió.
- No dude en hacer preguntas si necesita aclarar algo o si necesita ayuda para comprender la información o las instrucciones que su equipo de atención le dio.
- Antes de irse, programe su próxima cita y entienda los pasos que necesita dar para mantener sus salud.



Siskiyou Community Health Center

Gracias por elegir a Siskiyou Community Health Center como su centro médico.

¿Cuáles son los pasos para ser un paciente nuevo?

1. Visite uno de nuestros centros médicos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. y de 1:00 a 5:00 p. m. y pida hablar con nuestro coordinador de Servicio al Paciente.
2. Nuestro coordinador de Servicio al Paciente revisará con usted nuestro Paquete de registro de pacientes nuevos y responderá a sus preguntas.
3. Complete la Solicitud de paciente nuevo. Si quiere inscribirse en nuestro Programa de descuento de escala variable, recibirá la solicitud junto con las directrices para una constancia de ingresos aceptable. La solicitud y la constancia deberán estar completas antes de su primera cita.
4. Complete la revelación de expedientes para que podamos obtener sus expedientes médicos de los últimos cinco (5) años. Necesitamos estos expedientes para dar una atención de calidad y podrían ser necesarios antes de programar una cita. Las solicitudes de expedientes pasados se envían por fax al recibir la Revelación de expedientes firmada y, con frecuencia, se reciben en un plazo hasta de treinta (30) días.
5. Cuando el proceso de inscripción esté completo, el coordinador de Servicio al Paciente lo llamará para programar una cita.

¿Qué debo llevar a mi primera cita?

- Identificación vigente con fotografía, emitida por el estado (por ejemplo, licencia de conducir, tarjeta de identificación o pasaporte).
- Tarjeta del seguro, si corresponde.
- Los nombres, teléfono/fax de todos los proveedores médicos que lo hayan atendido en los últimos cinco años.
- Todos los medicamentos recetados y de venta libre que toma actualmente, incluyendo los suplementos y vitaminas.
- Si quiere inscribirse en el Programa de descuento de escala de variable, deberá incluir la solicitud y la constancia de ingresos aceptable ya completas.
- Toda la documentación que le dieron y que le pidieron devolverla en su cita.

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA

Si como Paciente necesita que alguien lo ayude a hacer citas o pedir información relacionada con su atención médica, deberá firmar un formulario de *Autorización para revelar e intercambiar información médica*. Pida completar la autorización para que podamos atender sus necesidades.

Tenga en cuenta: Nuestros proveedores en WIC pueden surtir algunas recetas; traiga los frascos de sus recetas actuales.

Form Packet 8094S

Formulario 9081 2252019



AVISO: PRIVACIDAD DEL PACIENTE

La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica y que le demos un aviso por escrito que describa:

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN

- ◆ Podemos utilizar o revelar su información médica a otros con el fin de dar u organizar su atención médica, el pago de reembolso de la atención que le damos y las actividades administrativas relacionadas con el apoyo de su tratamiento.
- ◆ Algunas leyes, reglamentos o circunstancias nos pueden exigir o permitir utilizar y revelar su información médica para ciertos fines sin su autorización. Bajo otras circunstancias, es posible que necesitemos su autorización por escrito (la cual puede revocar después) para utilizar o revelar su información médica.
- ◆ Como paciente nuestro, usted tiene derechos importantes relacionados con inspeccionar y copiar su información médica que nosotros guardamos, modificar o corregir esa información, obtener un informe detallado de nuestras revelaciones de su información médica, solicitar que nos comuniquemos con usted confidencialmente, solicitar que restrinjamos ciertos usos y revelaciones de su información médica y presentar un reclamo si cree que sus derechos fueron violados.
- ◆ Tenemos disponible un **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** detallado que explica completamente sus derechos y nuestras obligaciones según la ley. Podemos revisar nuestro AVISO de vez en cuando. La fecha de vigencia en la parte inferior derecha de esta página indica la fecha más reciente del AVISO vigente.
- ◆ Usted tiene derecho a recibir una copia de nuestro AVISO más reciente vigente. Si aún no ha recibido una copia de nuestro AVISO más reciente, solicítela en la recepción y le daremos una.
- ◆ Si tiene alguna pregunta, preocupación o quejas sobre el AVISO o sobre su información médica, comuníquese con el director de privacidad de la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud (HIPAA) al 1-866-667-2870.



Siskiyou Community Health Center

☐ **GRANTS PASS MEDICAL**
1701 NW Hawthorne Ave, Ste 201
Grants Pass, OR 97526
Teléfono: (541) 471-3455
Fax: (541) 471-1439

☐ **CAVE JUNCTION MEDICAL**
25647 Redwood Highway
Cave Junction, OR 97523
Teléfono: (541) 592-4111
Fax: (541) 592-3916

☐ **GRANTS PASS DENTAL**
1035 NE 6th Street
Grants Pass, OR 97526
Teléfono: (541) 479-6393
Fax: (541) 479-6489

POLÍTICA DE RENOVACIÓN DE RECETAS MÉDICAS

En el Siskiyou Community Health Center estamos comprometidos a proporcionarle atención médica excelente. Queremos simplificar el proceso para que usted pueda obtener los medicamentos que necesita en forma expedita.

Le pedimos que:

- **Traiga todos sus medicamentos a cada visita, a menos que su Proveedor le indique de otra manera.**
- **Haga saber al Asistente médico o al Proveedor cuántas renovaciones necesita para que le duren hasta su próxima cita programada.**
- **Para medicamentos nuevos, pida suficientes renovaciones para que le duren hasta su próxima cita.**

Siempre que surta sus medicamentos en la farmacia, revise para determinar si le hace falta una renovación. Si no, llámenos para programar una cita con su Proveedor. En la mayoría de casos, si necesita renovación, le pediremos que venga a una cita.

Si no podemos darle una cita antes de que se le termine su medicamento, le pediremos que se comunique con su farmacia para que nos envíe un fax solicitando una renovación. Permita tres (3) días hábiles para que se complete este proceso. Si hace su solicitud un viernes, posiblemente no esté lista hasta el siguiente miércoles.

Aún debe hacer una cita para ver a su Proveedor si necesita más renovaciones.

Si tiene un acuerdo de medicamentos con su proveedor por un narcótico u otro medicamento controlado, siga los requerimientos del acuerdo. Si no conoce los requerimientos, pida otra copia de su acuerdo y discútala con su Proveedor en su próxima cita.

Gracias por su cooperación.

www.siskiyouhealthcenter.com



Siskiyou Community Health Center

GRANTS PASS MEDICAL

1701 NW Hawthorne Ave
Grants Pass, OR 97526
Teléfono: (541) 471-3455
Fax: (541) 471-1439

CAVE JUNCTION MEDICAL

25647 Redwood Highway
Cave Junction, OR 97523
Teléfono: (541) 592-4111
Fax: (541) 592-3916

GRANTS PASS DENTAL

1701 NW Hawthorne Ave
Grants Pass, OR 97526
Teléfono: (541) 479-6393
Fax: (541) 479-6489

MEDFORD HEALTHY FAMILIES

1380 Biddle Road, St. D
Medford, OR 97504
Teléfono: (541)-500-8407

Se ha adoptado un nuevo Reglamento federal diseñado para proteger del robo de Identidad a los pacientes. Este reglamento se conoce como la “Regla de bandera roja”. Esta regla establece que las clínicas médicas deben obtener una copia de una identificación con fotografía emitida por el gobierno para proteger de posible robo de identidad al paciente. Unos ejemplos incluyen: Licencia de conducir, Carnet de identificación militar, Pasaporte, o Carnet de identificación emitido por el estado. Traiga su identificación con fotografía a su próxima cita para que podamos guardar una copia en su expediente. Gracias.

Registro del paciente

Bienvenido a Siskiyou Community Health Center. Estamos comprometidos a dar atención médica de calidad, a bajo costo para usted y su familia. Siéntase en completa libertad de hablar con su proveedor si tiene alguna pregunta sobre su atención. Si tiene preguntas sobre las políticas o los procedimientos de las clínicas, hable con el gerente de la clínica.

| 1 | DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE |
|---|--|
| Nombre completo _____ Sobrenombre _____ | |
| N.° de SS _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo al nacimiento <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | |
| Dirección de facturación _____ Ciudad _____ Estado _____ | |
| Código postal _____ | |
| Dirección de la casa _____ Ciudad _____ Estado _____ | |
| Código postal _____ | |
| Teléfono de la casa _____ Teléfono durante el día _____ | |
| Teléfono celular _____ | |
| Notificación preferida para recordatorios <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Cancelar las notificaciones (sin recordatorios) | |
| Nombre del contacto de emergencia/parentesco _____ Teléfono _____ | |
| Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica | |
| Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Nombre del cónyuge/pareja sentimental** _____ | |
| N.° de SS _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____ | |
| **Si le gustaría que esta persona pudiera hablar sobre su atención médica o temas de facturación, pida un formulario de autorización. | |
| Farmacia principal _____ Farmacia secundaria _____ | |
| 2 | INFORMACIÓN DEL SEGURO: dé sus tarjetas del seguro |
| Nombre del seguro principal _____ N.° de póliza _____ | |
| Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____ | |
| Nombre del seguro secundario _____ N.° de póliza _____ | |
| Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____ | |
| 3 | ÚNICAMENTE PARA PACIENTES MENORES DE EDAD |
| Nombre de la madre _____ Fecha de nacimiento _____ | |
| N.° de SS _____ | |
| Dirección _____ Teléfono _____ | |
| Nombre del padre _____ Fecha de nacimiento _____ | |
| N.° de SS _____ | |
| Dirección _____ Teléfono _____ | |

4 ESTADÍSTICAS DEL PACIENTE

Como centro de salud autorizado por el gobierno federal, podemos ofrecer servicios a todos nuestros pacientes, incluso a las personas de escasos recursos, como resultado de las asignaciones de fondos de los subsidios federales. A fin de recibir el dinero de los subsidios debemos recopilar, anualmente, estadísticas sobre los pacientes que atendemos. Esta información es confidencial y será utilizada solo con fines estadísticos. Agradecemos que se tome el tiempo de completar totalmente todas las preguntas de esta sección.

¿Cuál es su condición de vida? Persona sin hogar No es persona sin hogar

¿Es usted un trabajador agrícola migrante? Sí No

¿Cuál es su raza? Blanco Indio americano/nativo de Alaska Asiático Negro/afroamericano
(marque todas las que correspondan) Nativo hawaiano Isleño del pacífico

¿Cuál es su origen étnico? No hispano/latino Hispano/latino ¿Es usted un veterano? Sí No

¿Identidad de género? Declinó Femenino Masculino Transgénero F a M Transgénero M a F Intergénero
 Otro

¿Orientación sexual? Declinó Heterosexual Lesbiana/Gay Bisexual Otro No sabe

¿Cuáles son los ingresos brutos anuales de su grupo familiar? _____

¿Cuántas personas hay en su grupo familiar? _____

¿Cuál es su estado de empleo? Empleado Ama de casa Jubilado Estudiante Desempleado
 Discapacitado

Si es mayor de 18 años de edad, ¿cuál es el grado más alto que completó en la escuela? Primaria 6.° 7.° 8.° 9.°
 10.° 11.° 12.° GED Asistió a la universidad Diplomado Licenciatura Maestría

5 POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO

Se espera que los copagos, deducibles y cualquier otra cantidad que no cubra el seguro se paguen al momento de recibir el servicio. Cualquier cantidad que no se reciba en su cita se le facturará en su estado de cuenta mensual. Todos los estados de cuenta vencen por completo al momento de recibirlos a menos que se haya hecho algún acuerdo financiero previo. Los saldos pendientes estarán sujetos al proceso de cobro, lo que puede incluir la asignación a una agencia de cobros externa y posible baja del consultorio médico.

Enviaremos un reclamo a todas las compañías de seguros primarias y secundarias contratadas con excepción de los reclamos de vehículos motorizados y reclamos por compensación de los trabajadores fuera del estado. Es su responsabilidad darnos una copia reciente de sus tarjetas de seguro en cada cita. Ofrecemos un descuento de la cuota con base en sus ingresos y el tamaño del grupo familiar. Pida una solicitud al personal de recepción.

La Oficina de facturación está abierta de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 5:00 p. m. Aceptamos las principales tarjetas de crédito/débito, cheques, efectivo y Care Credit en nuestro Centro Dental. Se aplicará una cuota de \$29 por fondos insuficientes por todos los cheques rechazados.

Por este medio autorizo al Centro de Salud Comunitario de Siskiyou para que dé los servicios al paciente arriba indicado y para que use y revele la información médica o dental según sea requerido para tratamiento, pago, atención médica y operaciones dentales. También asigno a Siskiyou Community Health Center los pagos a los que tengo derecho por gastos médicos, quirúrgicos, de salud conductual o dental. He leído y entiendo la política anterior en relación con mi responsabilidad financiera por todos los servicios que me den ya sea que estén cubiertos por el seguro o no.

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

6 POLÍTICA DE CITA CANCELADA SIN AVISO PREVIO

Si no cumple con una cita, no la cancela con 24 horas de anticipación o llega tarde, se considera una "cancelación sin aviso previo". Si no puede llegar a su cita, es su responsabilidad llamar y reprogramar o cancelar la cita.

Pacientes nuevos: si no confirma ni cancela su cita de paciente nuevo al menos 24 horas antes de la hora programada, esto resultará en un estado de "cancelación sin aviso previo". Los pacientes nuevos que no den un aviso de cancelación apropiado para dos (2) citas, no serán elegibles para establecer la atención con nosotros durante doce (12) meses consecutivos.

Pacientes establecidos: si un paciente establecido tiene cuatro (4) "cancelaciones sin aviso previo", se le notificará que ya no es elegible para programar citas futuras y se le atenderá en la clínica el mismo día, *sin previa cita*.

He leído y entiendo esta política de "cancelación sin aviso previo".

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha



Siskiyou Community Health Center

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:(En letra de molde)

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

DIVULGAR INFORMACIÓN A:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Parentesco: _____

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:

Ponga sus iniciales en todas las que aplican.

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| _____ Notas de expediente | _____ Informe del hospital | _____ Notas del cuadro dental |
| _____ Resultados de diagnóstico | _____ Vacunas | _____ Cuadro periodontal |
| _____ Laboratorio/patología | _____ Consultas de especialista | _____ Radiografías |
| _____ Medicamento/Farmacia | _____ Facturación | _____ Información de citas |

Esta autorización se puede revocar en cualquier momento al proporcionar un aviso por escrito al Siskiyou Community Health Center. Dicho aviso tendrá vigencia inmediatamente después de que lo reciba el personal de expedientes del Siskiyou Community Health Center.

Fecha del consentimiento: _____

Fecha de vencimiento del consentimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Acepto que la información que se divulgue puede tener información que es protegida por las leyes federales y estatales (por ejemplo, abuso de drogas/alcohol, salud mental, VIH/SIDA) y específicamente doy mi consentimiento para divulgar dicha información.

Ponga sus iniciales en cada una que aplique:

- _____ VIH/SIDA
 _____ Salud mental
 _____ Abuso de drogas/alcohol

Firma: _____

Fecha: _____



RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Entiendo que Siskiyou Community Health Center (en adelante “Este consultorio médico”) utilizará y revelará mi **información de salud**.

Entiendo que mi **información de salud** puede incluir información tanto creada como recibida por Este consultorio médico. Puede ser en forma de registros escritos o electrónicos o de forma verbal y puede incluir información sobre mis antecedentes médicos, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas médicas y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y acepto que Este consultorio médico puede **utilizar y revelar** mi información de salud para:

- Tomar decisiones sobre mi atención y tratamiento y planificarlos.
- Referir, consultar, coordinar y administrar junto con otros proveedores de atención médica mi atención y tratamiento.
- Determinar mi elegibilidad para el plan médico o cobertura de seguro y enviar facturas, reclamos y otra información relacionada, a las compañías de seguros u otros que pueden ser responsables de pagar una parte o toda mi atención médica.
- Realizar varias funciones administrativas, de las clínicas y comerciales que respalden los esfuerzos de mi médico para proporcionarme, organizar y recibir reembolsos por la atención médica de calidad y a bajo costo.

También entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción por escrito de cómo Este consultorio médico manejará mi información de salud. Esta descripción por escrito se conoce como **Aviso de prácticas de privacidad** y describe los usos y las revelaciones de la información de salud creada, las prácticas de información que siguen los empleados, el personal y otro personal de oficina de Este consultorio médico y mis derechos sobre mi información de salud.

Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad puede ser revisado de vez en cuando y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier Aviso de prácticas de privacidad revisado. También entiendo que una copia o resumen de la versión más reciente del Aviso de prácticas de privacidad vigente de Este consultorio médico se publicará en las áreas de recepción/espera.

Entiendo que tengo derecho a pedir que no se utilice ni revele una parte o toda mi información de salud en la manera descrita en el Aviso de prácticas de privacidad y entiendo que Este consultorio médico no está obligado por ley a aceptar dichas solicitudes.

Al firmar a continuación, acepto que he revisado y entiendo la información anterior y que he recibido o me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Por: _____
(Patient Signature)

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____
(Nombre del paciente)

Date of Birth: _____

Por: _____
(Patient Representative Signature)

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____
(Nombre del representante del paciente)

Descripción de la autoridad del representante: _____

SISKIYOU COMMUNITY HEALTH CENTER

HISTORIAL MÉDICO DEL ADULTO (página 2 de 3)

Este formulario se debe llenar por completo, incluyendo todas las fechas.

Nombre del paciente: *(En letra de molde)* _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO *(Incluya el año en que se hizo la cirugía)*

| PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO | FECHA | MÉDICO |
|--------------------------|-------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

MANTENIMIENTO DE LA SALUD

| | |
|----------------------------------|--|
| Última colonoscopia | |
| Última vacuna contra el tétanos | |
| Última vacuna contra la neumonía | |

HISTORIAL MÉDICO DE LA MUJER

| | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|---|--|
| Edad en la primera menstruación | | Total de embarazos | | Cantidad de embarazos ectópicos o en las trompas de Falopio | |
| Edad en el primer parto | | Cantidad de embarazos a término | | Cantidad de hijos nacidos vivos Parto vaginal | |
| Edad / año de la menopausia <i>(si aplica)</i> | | Cantidad de embarazos pre-término | | Cantidad de hijos nacidos vivos Operación cesárea | |
| Última prueba Papanicolaou | | Cantidad de abortos espontáneos | | Cantidad de hijos vivos actualmente | |
| Última mamografía | | Cantidad de abortos electivos | | | |

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR *¿Alguno de sus parientes ha padecido alguna de las siguientes?*

| DIAGNÓSTICO | MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN | PARENTESCO | AÚN VIVE |
|------------------------------------|------------------------------|------------|----------|
| TDA/THDA | | | |
| Alcoholismo | | | |
| Alergias | | | |
| Enfermedad de Alzheimer | | | |
| Artritis | | | |
| Asma | | | |
| Trastorno bipolar | | | |
| Defectos congénitos Tipo: _____ | | | |
| Enfermedad de la sangre | | | |
| Cáncer Tipo: _____ | | | |
| ACV (accidente cerebrovascular) | | | |
| Depresión | | | |
| Retrasos en el desarrollo | | | |
| Diabetes | | | |
| Eccema | | | |

| DIAGNÓSTICO | MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN | PARENTESCO | AÚN VIVE |
|------------------------------|------------------------------|------------|----------|
| Enfermedad cardíaca | | | |
| Colesterol alto | | | |
| Hipertensión | | | |
| Discapacidad del aprendizaje | | | |
| Enfermedad pulmonar | | | |
| Enfermedad mental | | | |
| Migraña | | | |
| Obesidad | | | |
| Osteoporosis | | | |
| Enfermedad renal | | | |
| Convulsiones | | | |
| Enfermedad de la tiroides | | | |
| Otro: | | | |
| Otro: | | | |
| Otro: | | | |

SISKIYOU COMMUNITY HEALTH CENTER

HISTORIAL MÉDICO DEL ADULTO (página 3 de 3)

Este formulario se debe llenar por completo, incluyendo todas las fechas.

Nombre del paciente: *(En letra de molde)* _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL SOCIAL

EDUCACIÓN/EXPERIENCIA MILITAR

Graduado de la preparatoria o equivalencia de secundaria:

Sí No

Universidad:

Alguno ¿Título/diploma obtenido? _____

Experiencia militar: _____

EMPLEO

Empleador: _____

Ocupación: _____

Medio tiempo Tiempo completo Jubilado Discapacitado

(Encierre con círculo)

TABACO

¿Usa tabaco? Sí No

Tipo: _____

Cantidad de años: _____

¿Intentos anteriores de dejar el tabaco? Sí No

¿Exposición pasiva al humo? Sí No

Antes Año en que lo dejó: _____

¿Cuánto? _____

Método: _____

ALCOHOL

¿Bebe alcohol?

Sí No Antes Cantidad de años: _____

Tipo: _____

¿Cuánto? _____

¿Con qué frecuencia? A diario Semanalmente

Socialmente Desenfrenadamente

(Marque una)

DROGAS RECREATIVAS

Sí No Antes Cantidad de años: _____

Tipo: _____

¿Cuánto? _____

¿Con qué frecuencia? _____

CAFEÍNA

Sí No

Tipo: _____

¿Cuánto? _____

¿Con qué frecuencia? _____

ESTILO DE VIDA

Nivel de actividad física (Ejemplo: Sedentario, Moderado, Atlético): _____

¿Cuántas horas por semana hace ejercicio? _____

AMBIENTE/SEGURIDAD EN EL HOGAR

Tipo de calefacción en el hogar: _____

Proveedor dental: _____ Última Examen: _____

Proveedor dental SCHC Otro Ninguno

Directivas anticipadas en orden: Ninguna Testamento en vida Poder notarial duradero Apoderado de Atención médica