

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDOS	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO ASIGNADO AL NACER
FECHA DE NACIMIENTO	SSN		
DIRECCIÓN	APT #	CIUDAD	ESTADO CODIGO POSTAL
TELÉFONO #	CELULAR #	CORREO ELECTRÓNICO	
IDIOMA: _____		RAZA	
¿NECESITA UN INTÉRPRETE O TRADUCTOR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> BLANCA <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> PACÍFICO ISLEÑO <input type="checkbox"/> MAS DE 1 RAZA	
ETNIA: HISPANO O LATINO/ESPAÑOL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A)	ORIENTACION SEXUAL <input type="checkbox"/> LESBIANA, GAY O HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/> NO SE <input type="checkbox"/> OTROS: _____ <input type="checkbox"/> ELIGO NO DIVULGAR	IDENTIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> TRANSGENERO/MASCULINO <input type="checkbox"/> TRANSGENERO/FEMENINO <input type="checkbox"/> ELIGO NO DIVULGAR <input type="checkbox"/> GENERO NO CONFORME <input type="checkbox"/> OTROS: _____	
TAMAÑO DE LA FAMILIA _____ GENTE	INGRESOS FAMILIARES <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D (VER ESCALA DE CATEGORÍAS DE INGRESOS)	¿ERES UN TRABAJADOR AGRÍCOLA MIGRANTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ERES UN VETERANO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿ESTA USTED SIN CASA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI SÍ, SELECCIONE EL TIPO DE ALOJAMIENTO: <input type="checkbox"/> CALLE <input type="checkbox"/> DE TRANSICIÓN <input type="checkbox"/> ALBERGUE <input type="checkbox"/> VIVIENDA COMPARTIDA <input type="checkbox"/> AYUDA DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> OTROS _____			
CONTACTO DE EMERGENCIA	RELACION CON EL PACIENTE	TELÉFONO #	CELULAR #
EMPLEO: <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> RETIRADO NOMBRE DE EMPLEADOR: _____ TELEFONO DEL EMPLEADOR #: _____			
<b>PADRE/TUTOR U OTRA PERSONA A SER FACTURADA (SI ES DIFERENTE AL PACIENTE)</b>			
APELLIDOS	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	APT #	CIUDAD	ESTADO CODIGO POSTAL
<b>ASISTENCIA FINANCIERA</b>			
¿ESTÁ INTERESADO EN RECIBIR ASISTENCIA PARA PAGAR SUS FACTURAS MÉDICAS CON SIHF PARA USTED O UN FAMILIAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
TENGO SEGURO, PERO ME GUSTARÍA SOLICITAR DESCUENTO DE TARIFA REGULABLE, PARA MI DEDUCIBLE O COPAGO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
<b>OTRA INFORMACION</b>			
¿TIENES UN DIPLOMA DE ESCUELA SECUNDARIA O EDUCACIÓN SUPERIOR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿A VECES HAS PERDIDO TUS CITAS MÉDICAS DEBIDO A LA DIFICULTAD PARA CONSEGUIR TRANSPORTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
<b>CONSENTIMIENTO</b>			
ACEPTO RECIBIR COMUNICACIÓN POR TODAS LAS FORMAS, INCLUYENDO LLAMADAS AUTOMÁTICAS Y TEXTOS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y PRECISA, Y RECONOZCO QUE ESTÁ SUJETA A VERIFICACIÓN.			
PACIENTE/PADRES FIRMA: _____			FECHA: _____
<b>INSURANCE</b>			
<input type="checkbox"/> INSURANCE CARD COPIED <input type="checkbox"/> ID COPIED STAFF MEMBER: _____ DATE: _____			



**CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN PARA TRATAR**

SIHF Healthcare brinda atención médica completa e integral a la comunidad. Esto incluye servicios hospitalarios, médicos, pediátricos, de obstetricia, ginecología, quirúrgicos, dentales, de laboratorio, de administración de casos, de salud mental y conductual.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Por la presente, autorizo al proveedor de atención médica mencionado con anterioridad a brindar servicios para todos los procedimientos médicos, dentales, de salud mental/conductual, de diagnóstico, tratamiento quirúrgico y/o utilizar esta información para educación e investigación médica.

**COVID-19 CONSENTIMIENTO MÉDICO CUIDADO:** Al igual que con la transmisión de cualquier afección o enfermedad contagiosa, como un resfriado o una gripe, puede estar expuesto a la COVID-19 en cualquier momento y en cualquier lugar. SIHF Healthcare se adhiere a las regulaciones estatales y federales con respecto al equipo de protección personal para nuestros empleados y los protocolos de desinfección y esterilización para limitar el potencial de transmisión. Aunque el riesgo de exposición es bajo, entiendo y acepto los riesgos, tanto conocidos como desconocidos, y doy mi consentimiento para la atención médica.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS A SIHF HEALTHCARE Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare, Medicaid y/o seguro médico privado se realice a mí o en mi nombre a SIHF Healthcare por cualquier servicio que me brinde el médico/proveedor. Autorizo el uso de un laboratorio externo. Autorizo a cualquier titular a divulgar información médica sobre mí a los Centros de Servicios de Medicaid y Medicare y sus agentes, para incluir cualquier información necesaria para determinar beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Yo comprendo que algunos gastos médicos no van a ser cubierto por mi seguro y soy *responsable por algunos cargos que el seguro no paga incluyendo cargos de laboratorios* externos.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

**RECONOCIMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE SIHF HEALTHCARE**

Estamos obligados por ley a darle una copia de este aviso y obtener su acuse de recibo por escrito de que ha recibido una copia de este aviso.

**ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE**

Por la presente certifico que *recibí/rechacé una copia* del Aviso de prácticas de privacidad

\_\_\_\_\_  
Initials

**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A FAMILIAR DESIGNADO O CUIDADOR**

*(No use esta área para otras oficinas, abogados u organizaciones)*

I, \_\_\_\_\_, cconsentimiento para que SIHF Healthcare divulgue mi información a:  
Nombre Impreso del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso a Recibir Información

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso a Recibir Información

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Paciente, Guardián o Representante (Firma requerida)

\_\_\_\_\_  
Fecha

# PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

(Use "✓" to indicate your answer)

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself — or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +         
=Total Score:       

If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult  
at all

Somewhat  
difficult

Very  
difficult

Extremely  
difficult



**AUTORIZACION PARA LA PUBLICACION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECION: \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de información protegida de salud acerca de mí como se describe a continuación.

DE:

PARA:

\_\_\_\_\_  
Instalaciones o Empresa

\_\_\_\_\_  
Compañía o Persona

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código de área

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código de área

\_\_\_\_\_  
Teléfono/Numero de Fax #

El propósito de esta petición es: \_\_\_\_\_

Por las fechas de servicios entre: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Divulgue la siguiente información:**

- Registro completo de Salud     Informe de Consulta     Historia y Examen Físico
- Registro de Vacunación     Resultados de Laboratorio     Notas de Enfermería
- Notas Operativas     Notas del Medico/Proveedor     Estado de Cuenta/ Factura Detallada

**Divulgación de Información Altamente Confidencial:**

Al marcar cualquiera de las casillas a continuación en la categoría de información altamente confidencial, **Yo especialmente autorizo** al uso o/y su divulgación del expediente considerado como altamente confidencial:

*(por favor marque todas las casillas que correspondan- dejando una casilla sin marcar provocara que la información no sea revelada)*

- Prueba de VIH/SIDA o Registros de Tratamiento     Registros de tratamiento de salud mental
- Registros del desarrollo de discapacidades y tratamiento     Notas de Psicoterapia
- Registros de tratamiento de abuso de sustancias (Alcohol/droga)     Registros de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)



Esta información permanecerá en vigor (por favor marque uno):

Desde la fecha de esta autorización hasta: \_\_\_\_\_ (no exceder un año)

Hasta que SIHF Healthcare cumpla con esta solicitud

Hasta que ocurra el siguiente evento: \_\_\_\_\_

**Yo entiendo que:**

- La información divulgada en conformidad con la autorización puede ser sujeta a re-divulgación por parte del receptor y no puede ser protegida por leyes federales y leyes estatales.
- Puedo negarme a firmar esta Autorización por cualquier razón y la Entidad Liberadora no puede condicionar mi tratamiento a si yo firmo esta Autorización a menos que mi tratamiento esté relacionado con la investigación o deba recibir atención médica únicamente con el propósito de incluir información médica protegida para divulgación a El Beneficiario identificado en esta Autorización.
- Tengo el derecho de revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento. La revocación entrara en vigencia inmediatamente después de su recepción por SIHF Healthcare, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada por SIHF Healthcare en dependencia y al amparo de antes del recibo de mi notificación escrita de revocación.
- Yo entiendo que esta Autorización permanecerá en vigor hasta que expire el plazo de Autorización o yo proporcione una notificación escrita de revocación.

He leído y entiendo los términos de la presente autorización. Por mi firma, procedo a sabiendas y voluntariamente a autorizar a SIHF Healthcare para usar o divulgar mi información de salud en la forma descrita anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo\*

Si el paciente es un menor de edad, está incapacitado o no puede firmar esta Autorización, el Representante Personal del paciente debe firmar.

\_\_\_\_\_  
Representante Personal Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*La firma de Testigos es requerida para la divulgación de información de Salud Mental o Discapacidad de Desarrollo.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_  
 Apellido                      Primer                      Segundo

**Alergias o reacciones a medicamentos, alimentos, látex u otros:**

Medicamentos / Alimentos / Otros	Reacción

¿Ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes?

<input type="checkbox"/> Reflujo ácido / ERGE	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Problema de los músculos, las articulaciones o los huesos
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Convulsiones / Epilepsia
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Problemas de la piel
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Carrera
<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Problemas de riñón / vejiga	<input type="checkbox"/> Problemas tiroideos
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	
<input type="checkbox"/> Otros :			

¿Has tenido alguna de las siguientes urgencias?

<input type="checkbox"/> Amputación	<input type="checkbox"/> Cirugía de ojos	<b><u>Relacionada con la mujer</u></b>	<b><u>Relacionado con el hombre</u></b>
<input type="checkbox"/> Angio/ stent	<input type="checkbox"/> Bypass gástrico	<input type="checkbox"/> Ligadura Tubal Bilateral	<input type="checkbox"/> Biopsia de próstata
<input type="checkbox"/> Apendectomía	<input type="checkbox"/> Cirugía gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Cirugía de busto	<input type="checkbox"/> Prostatectomía
<input type="checkbox"/> Cirugía Artroscópica	<input type="checkbox"/> Cirugía de corazón	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> TURP
<input type="checkbox"/> Cirugía de la espalda	<input type="checkbox"/> Reparación de hernia	<input type="checkbox"/> D y C	<input type="checkbox"/> Vasectomía
<input type="checkbox"/> Endarterectomía carotídea	<input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulación	<input type="checkbox"/> Histerectomía	
<input type="checkbox"/> Colectomía	<input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla	<input type="checkbox"/> LEEP	
<input type="checkbox"/> Bypass de la arteria coronaria	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Mastectomía	
<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Amigdalotomía	<input type="checkbox"/> Miomectomía	
<input type="checkbox"/> Otros Procedimientos quirúrgicos:			

**Historia familiar**

	Mamá	Papá	Hermana	Hermano		Mamá	Papá	Hermana	Hermano
<input type="checkbox"/> Alcoholismo					<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón				
<input type="checkbox"/> Asma					<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea				
<input type="checkbox"/> ADD / ADHD					<input type="checkbox"/> Colesterol alto				
<input type="checkbox"/> Trastorno de la coagulación de la sangre					<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón				
<input type="checkbox"/> Cáncer de mama					<input type="checkbox"/> Migrañas				
<input type="checkbox"/> CVA (carrera)					<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio				
<input type="checkbox"/> Cáncer de colon					<input type="checkbox"/> Osteoporosis				
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria					<input type="checkbox"/> Cáncer de ovarios				
<input type="checkbox"/> Demencia					<input type="checkbox"/> Cáncer de próstata				
<input type="checkbox"/> Depresión					Otro: _____				
<input type="checkbox"/> Diabetes					Otro: _____				
<input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides					Otro: _____				

**Historia social del adulto**

Consumo de tabaco (marque uno): Actual \_\_\_\_\_ Antes \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto por día? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Uso de alcohol (marque uno): Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Anterior \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Cantidad? \_\_\_\_\_

**Mantenimiento de la salud**

¿Alguna vez ha tenido una vacuna contra la neumonía? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Si es sí, ¿en qué año? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue tu última vacuna contra el tétanos? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez te han hecho una colonoscopia? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Si es sí, ¿en qué año? \_\_\_\_\_

Para los hombres de edad > 50 años, ¿ha tenido alguna vez un PSA? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿en qué año? \_\_\_\_\_

Para las mujeres de 21 a 65 años, ¿cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido una prueba de Papanicolaou anormal? \_\_\_\_\_

Para mujeres > 40 años, ¿alguna vez se ha realizado una mamografía? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿en qué año? \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_