

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Nombre (Legal):		Inicial	Apellido (Legal):		Nombre preferido:	
Fecha de nacimiento:		# de teléfono:		Nombre(s) previos:		# de seguro social:
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Viuda/o		Pronombres: <input type="checkbox"/> Ella/Ella <input type="checkbox"/> Él/Él <input type="checkbox"/> Ellos/Ellas		Dirección postal (# de un apartamento si corresponde):		
		Apartado postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Recordatorios de citas y promociones de salud: (Consulte Preferencias de comunicación en la página 6)				<input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico:		
Konza Prairie Community Health Center es un centro de salud calificado federalmente (FQHC). Recibimos fondos y subvenciones federales. Como parte de esta financiación, estamos obligados a recopilar datos de ingresos de todos los pacientes al menos una vez al año. Estos datos se utilizan para establecer programas que satisfagan las necesidades de nuestros pacientes. Pacientes deben recertificar su tarifa de descuento escanolado antes ó después de la actual fecha de vencimiento para recibir decuentos en los servicios.						

¿Cuántas personas hay en tu hogar?

Ingreso Anual del Hogar:

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario de Salud		Seguro Dental Primario	
Nombre de Empresa	# de grupo:	Nombre de Empresa	# de grupo:
Número de identificación	FDN:	Número de identificación	FDN:
Tenedor de una póliza	# de seguro social:	Tenedor de una póliza	# de seguro social:
Seguro de Salud Secundario		Seguro Dental Secundario	
Nombre de Empresa	# de grupo:	Nombre de Empresa	# de grupo:
Número de identificación	FDN:	Número de identificación	FDN:
Tenedor de una póliza	# de seguro social:	Tenedor de una póliza	# de seguro social:

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre:		Teléfono:				
Relación		<input type="checkbox"/> Otorgar acceso a: Divulgación de PHI (Acceso a toda la información médica, de facturación y de programación)				
Nombre:		Teléfono:				
Relación		<input type="checkbox"/> Otorgar acceso a: Divulgación de PHI (Acceso a toda la información médica, de facturación y de programación)				
Estado de trabajo:	Nivel de educación:	Etnicidad:		Grupo étnico:		
<input type="checkbox"/> Servicio militar activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Empleado Independiente <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> < 12 años <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Universidad (sin título) <input type="checkbox"/> Licenciatura o Superior	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Mas de una etnia	<input type="checkbox"/> Hispana / latina/o <input type="checkbox"/> No hispana / latina/o		
Identidad de género:		Preferencia sexual:		Estatus de veterano:		
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero (F a M) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero (M a F) <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexuales <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No revelar		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		Lenguaje principal:		¿Eres votante registrada?		
		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	¿Necesitas una intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		¿Eres refugiada?		¿Eres migrante o trabajadora agrícola de temporada?		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		¿Está usted sin hogar?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Registro de pacientes

Centro de Salud Comunitario Konza Prairie (KPCHC)

Cualquier espacio dejado en blanco se considerará Se niega a contestar."

Apellido, Primer Nombre:

Fecha de Nacimiento:

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA/HIPAA (OPCIONAL)

Autorizo al Centro de Salud Comunitario de Konza Prairie (KPCHC) a divulgar mi información personal de salud a las personas que se enumeran a continuación. Entiendo que esta autorización es VOLUNTARIA. Entiendo que una vez que se divulga mi información, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad. Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que yo lo cancele por escrito. Además, puedo incluir personas con mi consentimiento con el formulario de Divulgación de información.

Nombre:	Relación:	El acceso a los:	<input type="checkbox"/> información de salud	<input type="checkbox"/> Facturación
Teléfono:			<input type="checkbox"/> Planificación	<input type="checkbox"/> Toda
Nombre:	Relación:	El acceso a los:	<input type="checkbox"/> información de salud	<input type="checkbox"/> Facturación
Teléfono:			<input type="checkbox"/> Planificación	<input type="checkbox"/> Toda
Nombre:	Relación:	El acceso a los:	<input type="checkbox"/> información de salud	<input type="checkbox"/> Facturación
Teléfono:			<input type="checkbox"/> Planificación	<input type="checkbox"/> Toda

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo a KPCHC a divulgar cualquier información de salud que pueda ser necesaria para tratamiento médico, pagos a terceros y operaciones del centro de salud. Solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare/Medigap/Medicaid del Konza Prairie Community Health Center y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar los beneficios del seguro a los Centros de Medicare y Medicaid y otros agentes de seguros.

Iniciales: Consulte nuestro "Aviso de prácticas de privacidad" que se puede encontrar en nuestro sitio web. El aviso le informa sobre las formas en que podemos usar y divulgar información sobre usted. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información de salud. KPCHC está obligado por ley a hacer lo siguiente: garantizar que la información relacionada con la salud que lo identifica se mantenga privada; brindarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y seguir los términos del aviso que esté vigente.

POLÍTICAS FINANCIERAS

CESIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente asigno y autorizo el pago directo a KPCHC de todos los pagos del seguro o terceros pagadores.

COPAGOS Y SERVICIOS NO CUBIERTOS

Iniciales: Como su proveedor médico, dental y/o de salud conductual, nuestra relación es con usted y no con su cobertura médica. KPCHC presentará un reclamo a su seguro como cortesía, pero usted es el único responsable de todos los cargos pendientes después de que el seguro haya cubierto su parte.

Es responsabilidad del paciente/parte responsable proporcionar a KPCHC la información actual del seguro. Si no se proporciona seguro, el paciente/parte responsable es responsable de los cargos acumulados. Proporcionar su seguro correcto y actual de manera oportuna es fundamental. Si el seguro se proporciona después de los requisitos de presentación oportuna del seguro, el paciente/parte responsable es responsable de los cargos acumulados.

Todos los copagos, coseguros y pagos nominales de nuestro programa de descuento de tarifa variable deben pagarse en el momento del servicio. Todos los demás cargos que sean responsabilidad del paciente o que no se paguen en el momento del servicio se facturarán al paciente/parte responsable.

DISMINUCIÓN DE INFORMES DE INGRESOS

Iniciales: Me niego a revelar documentación de ingresos en este momento. Entiendo que, si no proporciono prueba de ingresos, se me facturará el PRECIO COMPLETO por todos los servicios prestados, después de presentar el seguro.

ACUERDO DE PAGO

Acepto que pagaré rápida y completamente cualquier responsabilidad del paciente por los servicios recibidos en KPCHC. Si estoy asegurado, es mi responsabilidad consultar con mi compañía de seguros para ver qué servicios están cubiertos.

Iniciales: En KPCHC, queremos trabajar con usted para satisfacer sus necesidades de atención médica a costos asequibles. Llame al departamento de facturación para concertar un plan de pago para cualquier saldo adeudado. KPCHC acepta pagos en la oficina, por teléfono o por correo.

Entiendo que, si no realizo un pago o un plan de pago sobre cualquier monto adeudado a partir de la fecha del primer estado de cuenta, KPCHC puede enviar mi cuenta a una agencia de cobranza externa. Negarse a pagar su factura, con KPCHC o con la agencia de cobro externa, podría resultar en que se le dé de alta como paciente de KPCHC.

Apellido, Primer Nombre:

Fecha de Nacimiento:

PROGRAMA DE TARIFA DE DESCUENTO

Me ofrecieron y me informaron sobre el programa de tarifas de descuento de KPCHC. Entiendo que los cargos médicos pueden ajustarse según mis ingresos. Si no tengo ingresos, trabajaré con el personal para determinar el descuento. Se espera que pague una tarifa mínima por la mayoría de los servicios. El personal solicitará ingresos anuales actuales para determinar el descuento. Acepto proporcionar los ingresos cuando se me solicite o cuando mi situación financiera cambie. Si no doy ingresos, entiendo que no se aplicarán descuentos en mis honorarios. Entiendo que los servicios de KPCHC seguirán estando disponibles para mí, independientemente de mi capacidad de pago.

Iniciales

▫ Fuentes de ingresos aceptadas: formulario W2, impuestos federales, (3) talones de cheques más recientes, carta del empleador con membrete, declaración de pensión, carta del centro laboral, declaración de ingresos de un día, carta de manutención/pensión alimenticia, carta de asistencia gubernamental, carta de concesión financiera, Carta de otra parte que declara asistencia financiera.

INFORMACIÓN DEL GARANTE (Individuo financieramente responsable)

El garante es: Paciente Padre Cónyuge Tutor legal Empresa/Empleador

Nombre:

Número de Seguro Social:

DOB:

Género:

DIRECCIÓN:

Ciudad:

Estado:

Zip:

Teléfono:

Correo electrónico:

PACIENTES DE MEDICARE

Pacientes con Medicare o Medicaid, tengan en cuenta que puede haber un copago aplicable por los servicios prestados. Autorizo que los beneficios de Medicare se hagan a mí o en mi nombre al Konza Prairie Community Health Center por cualquier servicio que me brinde KPCHC. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o el beneficio pagadero a los servicios relacionados. Tenga en cuenta que puede haber un copago aplicable por los servicios contratados. Si no tenemos contrato con su compañía de seguros, usted será 100% responsable del pago al momento del servicio.

Iniciales

Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. En los casos asignados por Medicare, el médico o proveedor acepta aceptar la determinación de cargo de la aseguradora de Medicare como el cargo total, y el paciente es responsable únicamente del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare.

POLÍTICAS DE KPCHC

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE MENORES

Entiendo que KPCHC brinda servicios de telesalud y utiliza servicios de escritura de audio. Doy mi permiso para que se grabe audio durante mis visitas, en caso de que mi proveedor utilice dichos servicios. Reconozco que mi participación es voluntaria y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento proporcionando a KPCHC un aviso por escrito con 30 días de antelación.

Iniciales

QUEJAS Y PREOCUPACIONES

Si los pacientes tienen inquietudes sobre su tratamiento/atención, el personal de KPCHC o la condición del centro, los pacientes tienen la capacidad y el derecho de completar un formulario de queja/comentario confidencial. El formulario se puede obtener en la recepción, en varios lugares de las instalaciones y en el sitio web de KPCHC.

Iniciales

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Solicito consentimiento para atención médica profesional de KPCHC que brinda servicios médicos, dentales y/o de salud conductual (o a mi hijo menor), incluidos planificación familiar, trabajos de detección temprana y otros servicios patrocinados. Todos los servicios son voluntarios, prohíben la coerción y no requieren requisitos previos. Entiendo que puedo optar por suspender los servicios cuando usted lo decida. Si el paciente es un menor o un adulto incapacitado, autorizo que sea el padre, tutor legal o representante personal designado del paciente nombrado. Tengo la autoridad legal para dar consentimiento a los proveedores y al personal de KPCHC para el tratamiento médico, dental y de salud conductual que se considere necesario para el paciente. Ninguna orden judicial me prohíbe firmar este consentimiento. Tendré que presentar la documentación legal adecuada a KPCHC si el personal lo solicita. Entiendo que si hay otros adultos que traen al niño a las citas, tendré que completar el formulario de Consentimiento para niños/menores que se encuentra en la parte superior de la página 4.

Iniciales

Apellido, Primer Nombre:

Fecha de Nacimiento:

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE MENORES

SÓLO PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS

Yo, _____, soy el padre, tutor o guardián legal:

El nombre del niño

Fecha de nacimiento del niño

No hay órdenes judiciales que me prohíban firmar este consentimiento. Por la presente, solicito y autorizo al proveedor de atención médica y al personal del consultorio a realizar los servicios necesarios para el niño mencionado anteriormente, incluidos (entre otros) análisis de laboratorio y tratamiento, que el proveedor de atención médica y el personal del consultorio consideren aconsejables. Asumiré toda la responsabilidad por el pago de los servicios prestados. En mi ausencia, autorizo a las siguientes personas a actuar en mi nombre:

Nombre y relación con el padre/hijo

Número de teléfono

TECNOLOGÍA ELECTRÓNICA DE INFORMACIÓN DE SALUD

KPCHC participa en la tecnología de información de salud electrónica (HIT). Esta tecnología permite que un proveedor o un plan de salud realice una solicitud única a través de una Organización de información de salud (HIO), para obtener registros electrónicos para un paciente específico de otros participantes de HIT para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Se requiere que los HIO utilicen medidas de seguridad adecuadas para evitar usos y divulgaciones no autorizados. Tienes dos opciones con respecto a HIT. Primero, puede permitir que las personas autorizadas accedan a su información de salud electrónica a través de un HIO. Si eliges esta opción, no tienes que hacer nada. En segundo lugar, puede restringir el acceso a toda su información a través de un HIO (excepto por ley). Si desea restringir el acceso, debe enviar la información requerida ya sea en línea en <http://www.KanHIT.org> o completando y enviando un formulario por correo. No puede restringir el acceso solo a cierta información; su elección es permitir o restringir el acceso a toda su información. Si tiene preguntas sobre HIT o HIO, visite <http://www.KanHIT.org>.

Iniciales

POLÍTICA DE NOMBRAMIENTOS

Se espera que los pacientes asistan a todas las citas de KPCHC. Los pacientes nuevos deben llegar veinte (20) minutos antes de su cita para completar los documentos necesarios. Los pacientes establecidos o visitas del mismo día deberán llegar quince (15) minutos antes de su cita. Llegar más de diez (10) minutos después de su cita resultará en la reprogramación de su cita. Si el paciente no puede asistir a su cita, deberá notificar a KPCHC 24 horas antes de su cita para cancelarla o reprogramarla. Si no cancela, notifica o asiste a su cita, se considerará que no llama o no se presenta. Si un paciente no llama o no se presenta (4) a cuatro citas en 12 meses consecutivos, se le puede dar de alta de la atención y se le notificará por correo certificado.

Iniciales

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE Y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he revisado y entiendo el Aviso de prácticas de privacidad de KPCHC, que describe cómo se utilizará y divulgará mi información de salud y cómo puedo acceder a esta información. Se me ha otorgado el derecho de revisar y obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad, que incluye una descripción detallada del uso y divulgación de mi información de salud protegida y mis derechos según HIPPA. Entiendo que KPCHC se reserva el derecho de cambiar estos términos de vez en cuando. Puedo comunicarme con KPCHC en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

Iniciales

Reconozco que recibí copias de los siguientes documentos. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y recibí respuestas satisfactorias.

Derechos y responsabilidades del paciente

Reconocimiento del paciente de las políticas de KPCHC

Aviso de prácticas de privacidad

Rechazo una copia impresa de los documentos enumerados en este momento. Entiendo que puedo obtener una copia en el centro o en el sitio web en cualquier momento. _____ Iniciales

Solicito que se envíen copias electrónicas o enlaces de estos documentos al correo electrónico a continuación:

Correo electrónico:

PREFERENCIA DE COMUNICACIÓN

KPCHC se compromete a proteger su información. KPCHC le enviará información importante sobre su atención médica utilizando los métodos a continuación. Marque la casilla junto a las formas de comunicación que autoriza a KPCHC a utilizar con usted.

Correo electrónico (NECESARIO: para registrarse en el Portal del paciente, usar la telemedicina, recibir recordatorios de citas y actualizaciones de salud importantes).

Mensaje de texto (NECESARIO: para realizar el registro de sus visitas en su teléfono y recibir recordatorios de citas móviles).

Portal del Paciente (NECESARIO - para comunicarse de forma segura y electrónica con su equipo de atención - DEBE AUTORIZAR EL CORREO ELECTRÓNICO).

KPCHC nunca compartirá su información con ninguna organización externa. Puede optar por no recibir comunicaciones electrónicas en cualquier momento comunicándose con la recepción de KPCHC. Entiendo que el Portal del Paciente es un método seguro, pero los mensajes de texto, el correo electrónico y el correo de voz pueden considerarse inseguros.

Reconozco que he leído, entiendo y acepto completamente todos los términos de la guía y las políticas anteriores.

Firma/o de la paciente o tutor legal

Fecha

Apellido, Primer Nombre:

Fecha de Nacimiento:

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

¿Tiene una directiva anticipada para atención médica, un testamento en vida o una orden de no reanimación?

No

Sí

Si no, ¿está interesado en más información?

No

Sí

¿Tiene actualmente un dentista primario? No Sí Nombre:

¿Se siente nervioso/ansioso al ir al dentista? No Sí ¿Cuándo fue su última visita al dentista?

¿Tiene actualmente un médico de atención primaria? No Sí Nombre:

Farmacia preferida (nombre/ubicación):

¿Ha visitado algún proveedor fuera de KPCC en los últimos 2 años? (es decir, PCP, OB/GYN, GI, etc.)

No

Sí

Nombre del doctor / Clínica

Tipo de doctora / Clínica

LISTA DE MEDICAMENTOS ACTUAL (RECETADOS Y SIN RECETA)

Nombre	Dosis	Frecuencia	Razón

Enumere a continuación cualquier alergia actual a medicamentos, alimentos, látex, vacunas, tintes de contraste, etc.

Nombre	Reacción

Historia ginecológica

Estás embarazada actualmente? No Sí En caso afirmativo, ¿está amamantando o extrayendo leche?

Edad de inicio de la menstruación: Número de embarazos:

Fecha del último ciclo menstrual: Niños Vivos: Abortos espontáneos:

¿Ha tenido algún problema menstrual (por favor explique):

¿Ha tenido algún sangrado posmenopáusico?

¿Se ha realizado alguna de las siguientes pruebas de detección? Por favor indique mes/año

Exámenes de colon:	Vacuna contra la gripe:	Prueba de azúcar en sangre/A1c:
<input type="checkbox"/> ADAPTAR	Prueba de Papanicolaou/Examen pélvico:	Examen de la vista para diabéticos:
<input type="checkbox"/> Cologuard	Vacuna del COVID y tipo:	Detección de ETS/ITS/VIH:
<input type="checkbox"/> Colonoscopia	PSA:	Mamografía:

Hábitos

¿Bebes alcohol? Si es así, ¿con qué frecuencia? No Sí

¿Consume tabaco, tabaco sin humo o productos para vapear? Si es así, ¿de qué tipo o frecuencia? No Sí

¿Usas alguna droga recreativa? Si es así, ¿de qué tipo o frecuencia? No Sí

¿Ha tenido alguna exposición a productos químicos tóxicos? Si es así, ¿qué químicos? No Sí

Registro de pacientes

Centro de Salud Comunitario Konza Prairie (KPCHC)
Cualquier espacio dejado en blanco se considerará Se niega a contestar."

Apellido, Primer Nombre:

Fecha de Nacimiento:

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE CONTINUACIÓN

¿Ha tenido alguna de estas condiciones durante el año pasado?

- | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Coto | <input type="checkbox"/> Mononucleosis infecciosa | <input type="checkbox"/> Diabetes - Tipo 1 | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> CHF | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Ataque | <input type="checkbox"/> Diabetes - Tipo 2 | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Crohn | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Stents cardíacos | <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Nefropatía | <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Boca seca | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Dolor crónico | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> ITU recurrentes | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> GERD | | <input type="checkbox"/> Bulto en el pecho | <input type="checkbox"/> Problema de próstata | <input type="checkbox"/> Hipertensión |

¿Ha tenido alguno de los siguientes procedimientos o cirugías?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bariátrico | <input type="checkbox"/> Rodilla/Cadera | <input type="checkbox"/> Cosmética/o | <input type="checkbox"/> Apendectomía |
| <input type="checkbox"/> Cerebro | <input type="checkbox"/> Mastectomía | <input type="checkbox"/> Ojo | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> CABG (derivación) | <input type="checkbox"/> Columna vertebral | <input type="checkbox"/> Colon | <input type="checkbox"/> Histerectomía |
| <input type="checkbox"/> Carótida | <input type="checkbox"/> Estómago | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda baja |
| <input type="checkbox"/> Catarata | <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulación | <input type="checkbox"/> Prostatectomía |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Muelas del juicio | <input type="checkbox"/> Vasectomía | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía/Adenoidectomía |

Indique aquí si hay algo más que compartir con su proveedor:

Reviewed by Clinical Staff	Date
-----------------------------------	-------------

Reconozco que he leído, entiendo y acepto completamente todos los términos de la guía y las políticas anteriores.

Firma de la paciente o tutor legal	Fecha
---	--------------

Uso administrative solo a continuación | Administrative use only below

- | | |
|--------------------------------------|--|
| Scanned to Chart Documents | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not Applicable |
| Tobacco Education Intervention Given | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not Applicable |
| PHQ-9 Needed | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not Applicable |

Staff Initials: _____

Staff Initials: _____

Staff Initials: _____