

Registro de Pacientes Nuevos

Centro de Salud Comunitario de Konza Prairie (KPCHC)
Cualquier espacio que se deje en blanco se considerará "Se niega a responder"

Información del paciente				
Apellido (legal):	Nombre (Legal):	Inicial:	Nombre preferido:	
Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY):	Nombre(s) anterior:	# Seguro Social		
Dirección postal (# Apartamento si corresponde):	Apartado de correos:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de casa ()	Teléfono celular ()	Teléfono de trabajo ()	Correo electrónico: _____	
Se le inscribirá en la comunicación de la clínica y en el portal del paciente. Por favor, notifique a la recepción si desea optar por no participar.				
Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero		
Raza: (Por favor, marque todo lo que corresponda)				
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Indios americanos/nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Filipinos <input type="checkbox"/> Nativos Hawaianos <input type="checkbox"/> Vietnamitas <input type="checkbox"/> Optaron por no revelar su raza <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco				
Origen étnico (¿se identifica como hispano/latino?):				
<input type="checkbox"/> No hispanos/latinos <input type="checkbox"/> Sí, cubano <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Negarse a especificar <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño <input type="checkbox"/> Sí, otros hispanos/latinos				
Idioma principal:		¿Necesita un intérprete?		
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es usted un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es usted un trabajador agrícola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, seleccione una clase de trabajo <input type="checkbox"/> Migratorio <input type="checkbox"/> Estacional				
¿Eres actualmente una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
EN CASO AFIRMATIVO: ¿Está utilizando alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Vivienda/Refugio de Transición <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Número de personas en el hogar: _____		Ingreso anual del hogar: _____		
El Centro de Salud Comunitario Konza Prairie es un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC). Recibimos fondos federales y subvenciones. Como parte de esta financiación, estamos obligados a recopilar datos de ingresos de todos los pacientes al menos una vez al año. Esta información se utiliza para establecer programas que satisfagan las necesidades de nuestros pacientes. Los pacientes deben volver a aplicarlo periódicamente.				
Nombre y ubicación de la farmacia preferida: (KPCHC necesita una copia de todas las tarjetas de seguro)				
<input type="checkbox"/> Farmacia de Konza – JC <input type="checkbox"/> Farmacia de Konza - Manhattan <input type="checkbox"/> Otra Farmacia _____				
Persona Responsable del Paciente (Completar para pacientes menores de 18 años)				
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Nombre completo:			# de Seguro social:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY)		Empleador:		# de teléfono:
Dirección:		Ciudad y Estado:		Código postal:

Registro de Pacientes Nuevos

Centro de Salud Comunitario de Konza Prairie (KPCHC)
Cualquier espacio que se deje en blanco se considerará "Se niega a responder"

Autorización para divulgar información de atención médica/HIPAA

Autorizo al Centro de Salud Comunitario de Konza Prairie (KPCHC) a divulgar mi información de salud personal 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 en vigor hasta que lo cancele por escrito. Además, puedo incluir a la(s) persona(s) con mi consentimiento en el formulario de Divulgación de Información.

Nombre: _____ Teléfono: _____	Relación: _____	Acceso a: <input type="checkbox"/> Información de salud <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Programación de citas <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Todas las anteriores
Nombre: _____ Teléfono: _____	Relación: _____	Acceso a: <input type="checkbox"/> Información de salud <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Programación de citas <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Todas las anteriores

Información de seguro médico/de salud conductual: (KPCHC necesitará una copia de todas las tarjetas de seguro)

<input type="checkbox"/> Marque si no tiene seguro		<input type="checkbox"/> Marque si el paciente NO tiene seguro secundario	
Nombre del seguro principal:		Nombre del seguro secundario:	
# de póliza:	# de grupo:	# de póliza:	# de grupo:
Nombre del titular de la póliza (si es diferente al anterior):		Nombre del titular de la póliza (si es diferente al anterior):	
# de teléfono		# de teléfono	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY)	# de Seguro Social:	Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY)	# de Seguro Social:
<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Información sobre el seguro dental: (KPCHC necesitará una copia de todas las tarjetas de seguro)

<input type="checkbox"/> Marque si no tiene seguro		<input type="checkbox"/> Marque si el paciente NO tiene seguro secundario	
Nombre del seguro principal:		Nombre del seguro secundario:	
# de póliza:	# de grupo:	# de póliza:	# de grupo:
Nombre del titular de la póliza (si es diferente al anterior):		Nombre del titular de la póliza (si es diferente al anterior):	
# de teléfono		# de teléfono	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY)	# de Seguro Social:	Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY)	# de Seguro Social:
<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Registro de Pacientes Nuevos

Centro de Salud Comunitario de Konza Prairie (KPCHC)
Cualquier espacio que se deje en blanco se considerará "Se niega a responder"

Consentimiento para el tratamiento de menores (PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS)

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) laboratorios y tratamientos, que el proveedor de atención médica y el personal del consultorio consideren aconsejables. Asumiré toda la responsabilidad del pago de los servicios prestados.

Yo, _____, soy el padre, tutor o representante personal de:

Nombre del menor

Fecha de nacimiento del menor

En mi ausencia, por la presente autorizo a las siguientes personas a actuar en mi nombre:

Nombre: _____ # de teléfono: _____ Relación con el niño/a: _____

Nombre: _____ # de teléfono: _____ Relación con el niño/a: _____

Firma del padre o tutor

Relación con el paciente

Políticas y procedimientos de KPCHC

La siguiente información es para todos los pacientes. Por favor, ponga sus iniciales en cada una de las secciones a continuación. Sus iniciales certifican el reconocimiento de cada sección.

Iniciales

Consentimiento para el tratamiento:

Doy mi consentimiento para recibir atención médica profesional de KPCHC que brinda servicios médicos, dentales y/o de salud conductual (o a mi hijo menor de edad), incluidos los servicios de planificación familiar, 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. Si el paciente es menor de edad o un adulto incapacitado, certifico que soy el padre, tutor legal o representante personal designado del paciente nombrado. Tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento a los proveedores y al personal de KPCHC para el tratamiento médico, dental y/o de salud conductual que se considere necesario para el paciente. No hay ninguna orden judicial que me prohíba firmar este consentimiento. Tendré que presentar la documentación legal adecuada al personal de KPCHC si así lo solicita. **Entiendo que cualquier adulto que lleve al niño a las citas debe figurar en la sección Consentimiento para el tratamiento de menores anterior.**

Iniciales

Autorización para divulgar información:

Autorizo a KPCHC a divulgar cualquier información de salud que pueda ser necesaria para el tratamiento médico, los pagos de terceros y las operaciones del centro de salud. Solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare/Medigap/Medicaid a KPCHC y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar los beneficios del seguro a los Centros de Servicios de Medicare (CMS), Medicaid y otros agentes de seguros. Consulte nuestro "Aviso de prácticas de privacidad" que se puede encontrar en nuestro sitio web. El aviso le informa de 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 la divulgación de la información de salud. La ley exige que KPCHC haga lo siguiente: garantizar que la información relacionada con la salud que lo identifique se mantenga privada; proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y seguir los términos de la notificación que están en vigor.

Iniciales

Tecnología de la información electrónica de salud:

La clínica comunitario de Konza Prairie participa en la tecnología electrónica de información sanitaria (HIT). Esta tecnología permite a un proveedor o a un plan de salud hacer una sola solicitud a través de una Organización de Información de Salud (HIO), para obtener registros electrónicos de un paciente específico de otros participantes de HIT con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Las IO están obligadas a utilizar las medidas de seguridad adecuadas para evitar usos y divulgaciones no autorizados. Tiene dos opciones con respecto a HIT. Primero, puede permitir que las personas autorizadas accedan a su información de salud electrónica a través de una HIO. Si eliges esta opción, no tienes que hacer nada. En segundo lugar, puede restringir el acceso a toda su información a través de una HIO (excepto por ley). Si desea restringir el acceso, debe enviar la información requerida en línea en <http://www.kanHIT.org> o completando y enviando un formulario. No puede restringir el acceso solo a cierta información;

Registro de Pacientes Nuevos

Centro de Salud Comunitario de Konza Prairie (KPCHC)
Cualquier espacio que se deje en blanco se considerará "Se niega a responder"

	<p>Su elección es permitir o restringir el acceso a toda su información. Si tiene preguntas sobre HIT o HIO, visite http://kanHIT.org.</p>
Iniciales	<p>Política de citas: 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 las visitas en el mismo día deben llegar quince (15) minutos antes de su cita. Llegar más de diez (10) minutos después de la hora programada resultará en la reprogramación de su cita.</p>
	<p>Políticas Financieras</p>
Iniciales	<p>Pagos de seguro: Por la presente, cedo y autorizo el pago directo a KPCHC de todos los pagos de seguros o de terceros pagadores.</p>
Iniciales	<p>Copagos y servicios no cubiertos: Como su proveedor médico, dental y/o de salud conductual, nuestra relación es con usted y no con su cobertura de salud. KPCHC presentará una reclamación a su seguro como cortesía, pero usted es la única parte 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 un seguro, el paciente/parte responsable es responsable de los cargos acumulados. Proporcionar su seguro correcto y actualizado 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, coaseguros y pagos nominales del Programa de Descuentos de Konza deben pagarse en el momento del servicio. Todos los demás cargos que queden bajo la responsabilidad del paciente o que no se paguen en el momento del servicio, se facturarán al paciente/parte responsable.</p>
Iniciales	<p>Información sobre escala de descuento de Konza: Se me ha ofrecido e informado del programa de descuentos de KPCHC. Entiendo que los cargos por los servicios recibidos pueden ajustarse en función de 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 los ingresos anuales actuales para determinar el descuento. Me comprometo a proporcionar los ingresos cuando se me solicite o cuando mi situación financiera cambie. Si no proporciono mis ingresos, entiendo que los descuentos no se aplicarán a mis tarifas. Entiendo que los servicios de KPCHC seguirán estando disponibles para mí, independientemente de mi capacidad de pago. -Fuentes de ingresos aceptadas: Formulario W-2; Impuestos Federales; (3) talones de cheques más recientes; Carta del empleador, incluido el membrete; Declaración de Pensiones; Carta del Centro de la Fuerza Laboral; Estado de resultados de un día; Carta de manutención de los hijos/pensión alimenticia; Carta de Asistencia del Gobierno; Carta de Adjudicación Financiera; Carta de otra parte declarando asistencia financiera.</p>
Iniciales	<p>Información sobre la disminución de los ingresos: Prefiero no proporcionar información sobre los ingresos en este momento. Entiendo que, si no proporciono comprobante de ingresos, se me facturará a PRECIO COMPLETO por todos los servicios prestados después de que se facture el seguro.</p>
Iniciales	<p>Acuerdo de pago: Estoy de acuerdo en que pagaré rápida y en su totalidad cualquier responsabilidad del paciente por los servicios en KPCHC. Si estoy asegurado, es mi responsabilidad consultar con mi compañía de seguros para ver qué servicios están cubiertos. En KPCHC, queremos trabajar con usted para satisfacer sus necesidades de atención médica a costos asequibles. Llame al departamento de facturación para organizar un plan de pago para cualquier saldo adeudado. KPCHC acepta pagos en la oficina, por teléfono, correo o en línea. Entiendo que si no realizo un pago o un plan de pago sobre cualquier monto adeudado desde la fecha del primer pago, KPCHC puede enviar mi cuenta a una agencia de cobro de terceros.</p>

Registro de Pacientes Nuevos

Centro de Salud Comunitario de Konza Prairie (KPCHC)
Cualquier espacio que se deje en blanco se considerará "Se niega a responder"

Políticas Financieras (continuado)

Iniciales	<p><u>Pacientes de Medicare:</u> Los pacientes con Medicare y Medicaid deben tener en cuenta que puede haber un copago aplicable por los servicios prestados. Autorizo que se me otorguen los beneficios de Medicare, ya sea a mí o, en mi nombre, al Centro de Salud Comunitario Konza Prairie por cualquier servicio que me brinde KPCHC. Autorizo que cualquier información médica sobre mí sea divulgada a los Centros de Servicios de Medicare/Medicaid (CMS) y sus agentes para determinar los beneficios o el beneficio pagadero a los servicios relacionados. Tenga en cuenta que puede haber un copago aplicable por los servicios retenidos. Si no tenemos un contrato con su compañía de seguros, usted será 100% responsable del pago en el momento del servicio.</p> <p>Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para presentar el reclamo. En los casos asignados por Medicare, el médico o proveedor acepta la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare como el cargo total, y el paciente es responsable solo del deducible, el coaseguro y los servicios no cubiertos. El coaseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare.</p>			
Iniciales	<p><u>Reconocimiento del paciente y aviso de prácticas de privacidad:</u> Reconozco que he revisado y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad de KPCHC, que describe cómo se usará, divulgará 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 la divulgación de mi información médica protegida y mis derechos bajo HIPAA. 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. Reconozco que recibí copias de los siguientes documentos. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y recibí respuestas a mi satisfacción.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> - Derechos y responsabilidades del paciente - Reconocimiento del paciente de las pólizas de KPCHC - Aviso de Prácticas de Privacidad </td> <td style="width: 10%; border: none; text-align: center; vertical-align: middle;"> _____ Iniciales </td> <td style="width: 40%; border: none; vertical-align: top;"> <p>Estoy rechazando una copia impresa de los documentos enumerados en este momento. Entiendo que puedo obtener una copia en el centro o en KPCHC.org en cualquier momento</p> </td> </tr> </table> <p>Solicito que se envíen copias electrónicas o enlaces para estos documentos al correo electrónico a continuación: Correo electrónico: _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Derechos y responsabilidades del paciente - Reconocimiento del paciente de las pólizas de KPCHC - Aviso de Prácticas de Privacidad 	_____ Iniciales	<p>Estoy rechazando una copia impresa de los documentos enumerados en este momento. Entiendo que puedo obtener una copia en el centro o en KPCHC.org en cualquier momento</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Derechos y responsabilidades del paciente - Reconocimiento del paciente de las pólizas de KPCHC - Aviso de Prácticas de Privacidad 	_____ Iniciales	<p>Estoy rechazando una copia impresa de los documentos enumerados en este momento. Entiendo que puedo obtener una copia en el centro o en KPCHC.org en cualquier momento</p>		

Reconozco que he leído, entendido y acepto completamente todas las políticas, procedimientos y términos de este formulario y he completado la información lo mejor que puedo.

Firma del paciente o tutor legal	Fecha

Registro de Pacientes Nuevos

Centro de Salud Comunitario de Konza Prairie (KPCHC)
Cualquier espacio que se deje en blanco se considerará "Se niega a responder"

Cuestionario de Salud del Paciente			
¿Tiene una directiva anticipada para atención médica, testamento vital o una orden de no resucitación? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si no es así, ¿te interesa más información? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
¿Actualmente tiene un dentista de cabecera? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Nombre del dentista: _____			
¿Te sientes nervioso/ansioso al ir al dentista? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuándo fue su última visita al dentista? _____			
¿Tiene actualmente un médico de atención primaria? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Nombre del médico: _____			
¿Ha visto algún proveedor fuera de KPCHC en los últimos dos (2) años? (I.e. PCP, OBSTETRA / GINECÓLOGO, etc..) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
Nombre del Doctor/Clínica		Tipo de Médico/Clínica	
Lista actual de medicamentos (recetados y de venta libre):			
Nombre:	Dosificación:	Frecuencia:	Razón:
Enumere a continuación cualquier alergia actual a medicamentos, alimentos, látex, vacunas, tinte de contraste, etc.			
Nombre:	Reacción:		
Orientación sexual:			
<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay/Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Declinar a especificar <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Historia Ginecológica:			
¿Estás embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si En caso afirmativo, ¿está amamantando o extrayendo leche?			
¿Edad de inicio de la menstruación?	¿Fecha del último ciclo menstrual?		
¿Número de embarazos?	Hijos vivos:	Abortos espontaneos:	
¿Has tenido algún problema menstrual? (Por favor, explique)			
¿Has tenido algún sangrado posmenopáusico?			
¿Has tenido alguna de las siguientes exámenes? Por favor, indique el mes/año			
Detección de colon:	Vacuna contra la gripe:	Prueba de azúcar en la sangre / A1C:	
<input type="checkbox"/> FIT	Prueba de Papanicolaou/Examen pélvico:	Examen de la vista para diabéticos:	
<input type="checkbox"/> Cologuard	Visita anual de bienestar de Medicare:	Pruebas de detección de ETS/ITS/VIH:	
<input type="checkbox"/> Colonoscopia	PSA:	Mamografía:	
¿Alguna vez te han diagnosticado cáncer? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si es así, que tipo:			Año:
¿Bebes alcohol? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si es así, ¿con qué frecuencia?			
¿Consumes tabaco, tabaco sin humo o productos de vapeo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si es así, ¿de qué tipo y frecuencia?			
¿Consumes drogas recreativas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si es así, ¿de qué tipo y frecuencia?			
¿Ha tenido alguna exposición a productos químicos tóxicos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si es así, ¿qué producto químico(s)?			

Registro de Pacientes Nuevos

Centro de Salud Comunitario de Konza Prairie (KPCHC)
Cualquier espacio que se deje en blanco se considerará "Se niega a responder"

Cuestionario de Salud del Paciente (continuado)					
¿Has tenido alguna de estas condiciones en el último año?					
<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Bocio	<input type="checkbox"/> Poliomieltitis	<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"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Diabetes - Tipo 2	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<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"/> Problema de tiroides
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Nefropatía	<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Boca seca	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Cálculos biliares	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Bulto en el seno	<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"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Infecciones urinarias recurrentes	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa
<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> GERD	<input type="checkbox"/> Paperas		<input type="checkbox"/> Problema de próstata	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta
¿Te has sometido a alguno de los siguientes procedimientos o cirugías?					
<input type="checkbox"/> Bariátrico	<input type="checkbox"/> Rodilla/Cadera	<input type="checkbox"/> Cosmético	<input type="checkbox"/> Apendicectomía		
<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"/> Espina dorsal	<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 articulaciones	<input type="checkbox"/> Prostatectomía		
<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Muelas de juicio	<input type="checkbox"/> Vasectomía	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía/ Adenoidectomía		
Por favor, indique aquí si hay algo más que compartir con su proveedor:					

He completado la información de este cuestionario de salud lo mejor que he podido.	
Firma del paciente o tutor legal	Fecha

Uso administrativo solo por debajo					
Scanned to Chart Documents	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Not Applicable	Staff Initial:	_____
Tocacco Education Intervention Given	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Not Applicable	Staff Initial:	_____
PHQ-9 Completed (All Patients Annually)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Not Applicable	Staff Initial:	_____