



Solicitud de Paciente

Fecha: ___/___/___

¿Cuántas personas viven en su hogar? ___ Ingreso total del hogar (antes de impuestos): _____

¿Cómo se enteró del *InterFaith Health Center*? _____

Información del Paciente

Primer Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ___ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____ Condado: _____

Número de Teléfono principal: _____ Número de Teléfono secundario: _____

Correo electrónico: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: _____

Estado civil ___ Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ Viudo ___ Pareja doméstica

Raza: ___ Indígena Americano/Alaska ___ Asiático ___ Negro o Afroamericano
___ Isleño del Pacífico ___ Blanco

Etnicidad: ___ Hispano o Latino ___ No Hispano o Latino

País de nacimiento: _____ Idioma principal: _____

¿Sabe leer y escribir? ___ Sí ___ No

¿Tiene traductor? ___ Sí ___ No

¿Necesita traductor*? ___ Sí ___ No →

¿Qué idioma**? _____

¿Es veterano de EE.UU.? ___ Sí ___ No

¿Recibe discapacidad? ___ Sí ___ No

Si recibe discapacidad, ¿cuándo espera recibir Medicare? _____

¿Recibe Medicare? ___ Sí ___ No → ¿Qué parte? _____

¿Tiene seguro médico? ___ Sí ___ No ¿Tiene dificultades para conseguir alimentos? ___ Sí ___ No

Información Laboral

¿Actualmente trabaja? ___ Sí ___ No

Si sí, lugar de trabajo: _____

Industria/Área: _____ Ocupación: _____

Si no trabaja, ¿Qual es la Razon?: _____

Si no trabaja, ¿Qual es su fuente de ingresos?: _____

Si no trabaja, Cuando fue su Último día trabajado: ___/___/___

Si no trabaja, peri su cónyuge trabaja: ¿Dónde? _____

¿Recibe desempleo? ___ Sí ___ No ¿Recibe compensación por accidente laboral (Workers' Comp)? ___ Sí ___ No → Explique: _____

Contactos de Emergencia

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____ Relación: _____

*Queremos que se sienta cómodo durante su visita. Si necesita un intérprete para su visita, llamadas telefónicas, etc., el Centro de Salud InterFaith ofrece diversas opciones para satisfacer sus necesidades. Contamos con personal que habla español si este es su idioma principal. También utilizamos un servicio profesional de interpretación telefónica que ofrece más de 700 idiomas. Además, si se sentiría más a gusto, puede venir acompañado de un intérprete adulto de su confianza. Simplemente avísenos con anticipación si planea traer su propio intérprete.

**Si se necesita un traductor y el paciente no dispone de uno, se utilizará el servicio telefónico de traducción.



Información de Salud

¿Cuál es la razón de su visita hoy?

Por favor, marque si tiene alguno de estos síntomas:

Cambio en la visión	Sangrado nasal	Llagas en la boca	Dificultad al tragar	Comida atorada en la garganta	Acidez/Reflujo/Erucciones (belching)
Falta de aire	Falta de aire al estar acostado	Falta de aire al subir escaleras o caminar	Tos	Dolor en el pecho	Tos con flemas todos los días
Palpitaciones/Latido rápido	Dolor abdominal	Distensión abdominal (hinchazón)	Estreñimiento	Cambios en las evacuaciones	Bultos o masas de preocupación
Cambio en un lunar	Picazón en todo el cuerpo	Sudores nocturnos	Fiebre	Pérdida de peso ___lbs	Aumento de peso ___lbs
Cambio en flujo vaginal	Cambio en la orina	Sangrado después de la menopausia	Secreción del pene	Ronquidos	Respiración irregular durante el sueño
Pensamientos suicidas	Depresión	Ansiedad	Problemas para dormir	Estado de ánimo elevado	

Por favor, anote todos los problemas médicos actuales y la fecha en que comenzaron:

Por favor, anote todas las cirugías previas y las fechas de esas cirugías:



Por favor, anote todas las hospitalizaciones, las razones y las fechas:

Información de Medicamentos

Anote los medicamentos actuales:

Medicamentos	Dosis (si la sabe)	# de pastillas o inyecciones toma por día

¿Toma vitaminas o suplementos? Sí No Si la respuesta es sí, por favor de anotarlos

Vitaminas/Suplementos	Dosis (si la sabe)	# de pastillas

¿Toma calcio? Sí No

¿Es alérgico(a) a algún medicamento? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor anótelos: _____

Historial Médico:

Mes/Día/Año

- ¿Cuándo fue su última vacuna contra el tétano? / / N/A
- ¿Cuándo fue su última prueba de tuberculosis en la piel (TB test)? / / N/A
- ¿Cuándo fue su última vacuna contra la neumonía? / / N/A
- ¿Cuándo recibió su vacuna contra el COVID-19 (y refuerzo si lo recibió)? / / N/A
- ¿Cuándo fue su última vacuna contra la influenza (gripe)? / / N/A
- ¿Cuándo fue su última colonoscopia? / / N/A
- ¿Cuándo fue su último examen de próstata? / / N/A



¿Cuándo fue su última mamografía? / / N/A

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou (Pap smear)? / / N/A

¿Alguna vez su prueba de Papanicolaou ha salido anormal? Si No / / N/A

¿Alguna vez ha recibido tratamiento por un resultado anormal de Papanicolaou?
 Si No / / N/A

Historial Médico (continuación) :

Mes/Día/Año

¿Cuándo fue su último ciclo menstrual? / / N/A

¿Cuántos embarazos ha tenido? N/A

¿Cuántos partos vaginales? N/A

¿Cuántas cesáreas? N/A

¿Se examina los senos cada mes? N/A

¿Usa anticonceptivos? Si No N/A

Nivel de actividad física:

Sedentario(a): Hace menos de 30 minutos al día de ejercicio intencional y no realiza nada que pueda considerarse moderado o vigoroso.

Ligeramente activo(a): Hace ejercicio intencional todos los días por al menos 30 minutos.

Moderadamente activo(a): Hace ejercicio intencional todos los días equivalente a caminar a paso rápido por al menos 1 hora y 45 minutos.

Muy activo(a): Hace ejercicio intencional todos los días equivalente a caminar a paso rápido por al menos 4 horas y 15 minutos

¿Alguna vez tiene dificultad para obtener alimentos? Si No

Historial Médico Familiar:

¿Tiene algún familiar inmediato con antecedentes de las siguientes condiciones? (Por favor, marque las que apliquen):

- | | | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---|-----------------------------|----------|
| Aneurisma o derrame cerebral | Ataque cardíaco, bypass o stent | Muerte súbita antes de los 50 años | Coágulos de sangre, enfermedades de la sangre o sangrado excesivo | Enfermedad renal o diálisis | Diabetes |
|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---|-----------------------------|----------|



Enfermedad mental grave	Enfermedad del hígado	Enfermedad de la tiroides	Osteoporosis, fractura de cadera o espalda encorvada	Alcoholismo o abuso de drogas	Melanoma
Cáncer de seno	Cáncer de colon o pólipos	Cáncer de ovario	Cáncer de páncreas	Cáncer de próstata	Cáncer de útero

Otro cáncer: _____

Si marcó alguna de las condiciones anteriores, por favor escriba cuál condición y el familiar inmediato afectado::

Historia Social

- ¿Bebe alcohol? ___Si ___No
(Si la respuesta es no, pase a la siguiente sección.)
- ¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol? ___Si ___No
- ¿Le han molestado las personas al criticar su manera de beber? ___Si ___No
- ¿Se ha sentido mal o culpable por su manera de beber? ___Si ___No
- ¿Alguna vez ha tomado una bebida por la mañana para calmar sus nervios, quitarse la resaca o como "despertador"? ___Si ___No

- ¿Consume drogas aparte de las que le receta un medico? ___Si ___No
(Si la respuesta es no, pase a la siguiente sección.)
- ¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de drogas? ___Si ___No
- ¿Le han molestado las personas al criticar su consumo de drogas? ___Si ___No
- ¿Se ha sentido mal o culpable por su consumo de drogas? ___Si ___No
- ¿Alguna vez ha usado drogas por la mañana para calmar sus nervios, quitarse la resaca o como "despertador"? ___Si ___No

- ¿Lucha con sentimientos de depresión, aislamiento o soledad? ___Si ___No
- ¿Lucha con sentimientos de ansiedad, preocupación excesiva o ataques de pánico? ___Si ___No
- ¿Ha tenido eventos importantes en su vida que todavía le preocupan y no ha hablado de ellos? ___Si ___No



¿Le gustaría hablar con el consejero de salud mental de InterFaith? Si No

¿Fuma, vapea o usa tabaco? Si No

Si la respuesta es sí, por favor circule cuál.

¿A qué edad comenzó a usarlo? _____

¿Cuántas cajetillas (si aplica)? _____

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual? Si No

¿Tiene tatuajes? Si No

¿Alguna vez ha tenido Hepatitis B o C? Si No

¿Tiene VIH? Si No

¿Alguna vez se ha inyectado drogas en las venas? Si No

¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con una persona que se inyecta drogas? Si No



Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

Por favor, no firme los cuatro formularios de consentimiento del paquete en español.

Confirmando que he recibido una copia de la Declaración de Prácticas de Privacidad de *InterFaith Health Center*.

_____	_____	____/____/____
Nombre del paciente/padre o tutor	Firma del paciente/padre o tutor	Fecha (Mes/Día/Año)
_____	_____	____/____/____
Nombre del personal	Firma del personal:	Fecha (Mes/Día/Año)



Patient Communication Consent

Por favor, no firme los cuatro formularios de consentimiento del paquete en español.

Autorizo que *InterFaith Health Center* y su personal tengan permiso para hacer lo siguiente (marque sus selecciones):

- Contactar **solamente a mí** con resultados de exámenes, información o preguntas al siguiente número(s) _____ O _____
- Dejar resultados de exámenes en mi correo de voz/contestadora.
- Dejar información general o preguntas en mi correo de voz/contestadora.

Y/O

- Hablar con la siguiente persona.
- Dejar resultados de exámenes con esta persona
- Dejar información general o preguntas con esta persona

Con las Personas Autorizadas:

- Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____
- Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____
- Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

_____/_____/_____
Nombre del paciente/padre o tutor Firma del paciente/padre o tutor Fecha (Mes/Día/Año)

_____/_____/_____
Nombre del personal Firma del personal: Fecha (Mes/Día/Año)



Consentimiento para Tratamiento

Por favor, no firme los cuatro formularios de consentimiento del paquete en español.

Yo, _____ (nombre y apellido del paciente), doy permiso a *InterFaith Health Center* para brindarme tratamiento médico.

Entiendo que:

(Por favor ponga sus iniciales en ambas líneas.)

_____ **Tengo el derecho de rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.**

_____ **Tengo el derecho de hablar sobre todos los tratamientos médicos con mi clínico.**

Nombre del paciente/padre o tutor _____ Firma del paciente/padre o tutor ____/____/____
Fecha (Mes/Día/Año)

Nombre del personal _____ Firma del personal: ____/____/____
Fecha (Mes/Día/Año)



Acuerdo del Paciente con InterFaith Health Center

Por favor, no firme los cuatro formularios de consentimiento del paquete en español.

Entiendo que:

(Por favor ponga sus iniciales en todas las líneas.)

Debo pagar mi parte de los costos por los servicios que recibo.

_____ *InterFaith Health Center* se reserva el derecho de suspender los servicios por cualquiera de las siguientes razones: múltiples ausencias sin aviso, falta de pago por servicios y/o conducta inaceptable.

_____ Debo proporcionar información financiera para volver a calificar para servicios una vez por año.

_____ Dependemos de la generosidad de los especialistas y voluntarios locales para brindar atención a nuestra comunidad. Para respetar su tiempo y recursos, mantenemos una estricta política de asistencia.

Faltar a una sola cita con un proveedor voluntario (ya sea en el Centro de Salud InterFaith o con el especialista en su consultorio) resultara dado de alta/despido de nuestra clínica. Si no puede asistir a su cita o cumplir con su plan de pagos, por favor, llame al especialista y a nuestra clínica lo antes posible para que podamos ayudarlo.

_____ Estudiantes de salud pueden estar presentes durante mi atención.

Nombre del paciente/padre o tutor Firma del paciente/padre o tutor ____/____/____
Fecha (Mes/Día/Año)

Nombre del personal Firma del personal: ____/____/____
Fecha (Mes/Día/Año)