

Formulario de Registro de Pacients

Información para el paciente						
Apellido:		Nombre:		Segundo nombre:		
Fecha de Nacimiento:			Numero de Seguro Social:			
Si es menor, nombre del tutor y relación con el paciente:						
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Elija no divulgar <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="radio"/> Hombre-Mujer <input type="radio"/> Mujer-Hombre <input type="checkbox"/> No binario Pronombres preferidos: <input type="checkbox"/> ella, ella, la suya <input type="checkbox"/> él, él, su <input type="checkbox"/> ellos, ellos, los suyos <input type="checkbox"/> no aparece en la lista Nombre preferido: _____ <i>(Parafines de facturación, el nombre que aparece en su gráfico se mostrará como su nombre legal, pero el personal de la oficina hará anotaciones en su gráfico y hará todo lo posible para dirigirse a usted por su nombre preferido)</i>						
Dirección:		<input type="checkbox"/> Sin hogar	Ciudad:		Estado:	Código postal:
Dirección postal si es diferente:						
Teléfono principal: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celda ()			Teléfono alternativo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celda ()			
Dirección de correo electrónico:						
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____						
Idioma principal: Se necesita intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Religión:		
Origen étnico:		Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Indidán nativo <input type="checkbox"/> Negro-afroamericano <input type="checkbox"/> Isleño asiático-pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Contacto de emergencia						
Apellido, Nombre:			Relación:		Número de teléfono:	
Employment/Empleo						
Situación laboral: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado						
Nombre del empleador:			Ocupación:			
Dirección del empleador:			Teléfono del empleador:			
Información de farmacia						
Nombre:		Dirección:		Número de teléfono:		

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A OTROS

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Doy permiso para que Atiga Family Practice proporcione mi información de salud personal verificada a continuación

- Información de programación/cita
- Información médica, incluidos síntomas, diagnóstico, medicamentos y plan de tratamiento
- Información de salud, incluidos los síntomas, el diagnóstico, los medicamentos y el plan de tratamiento con respecto a (* los elementos a continuación deben verificarse o no se puede dar esta información);
 - Abuso de sustancias
 - Sanidad del comportamiento
 - Discapacidad del desarrollo
 - VIH/SIDA
- Resultados de laboratorio/pruebas
- Información de facturación y pago
- Toda la información de salud
(* Los elementos de información de salud protegida deben verificarse para dar esta información)

a las siguientes personas/empresas nombradas:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

La autorización expira un año después de la fecha de firma, a menos que se dé una fecha alternativa.

Fecha alternativa de vencimiento: _____

- Entiendo que se requiere mi firma para divulgar mi información personal, para incluir identificación con foto, número de seguro social, información de seguro, demografía e historial médico y tratamiento a otros, excepto en aquellas circunstancias en las que Atiga Family Practice está permitido o requerido por la ley para divulgar esta información. Por ejemplo, Atiga Family Practice puede divulgar copias de esta información a otros proveedores de atención médica, planes de salud, agencias gubernamentales y compañías de compensación de trabajadores. Además, entiendo que Atiga Family Practice está obligado por ley a informar ciertos diagnósticos al Departamento de Salud Pública de California, como convulsiones, cáncer y el diagnóstico de una enfermedad transmisible.
- Entiendo que este permiso permanecerá en vigor hasta la fecha indicada anteriormente o hasta el momento *en que lo revoque por escrito* (un formulario de acuerdo actualizado también revocará la validez de este acuerdo específico).

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Si no es la firma del paciente, indique la relación: _____

Al marcar esta casilla, acepto que estoy firmando electrónicamente este documento.

Al marcar esta casilla, acepto que he revisado este documento, pero prefiero firmarlo manualmente en lugar de hacerlo electrónicamente.

ANNUAL ADULT HEALTH HISTORY UPDATE

Name/Nombre:	Age/Edad:	DOB/Fecha de Nacimiento:	Today's Date/Fecha:
---------------------	------------------	---------------------------------	----------------------------

Medical Diagnosis/Diagnóstico Médico

Have you been diagnosed with any new conditions since your last office visit? No

¿Le han diagnosticado alguna afección nueva desde su última visita al consultorio?

If yes, please list the date, diagnosis, and the provider or medical group who diagnosed you/

En caso afirmativo, indique la fecha, el diagnóstico y el proveedor o grupo médico que le diagnosticó:

Date of Diagnosis/ Fecha de diagnóstico	Diagnosis/Diagnóstico	Provider/Medical Group Name Nombre del proveedor/grupo médico

Surgeries/Cirugías

Have you had any surgeries since your last office visit? No

¿Ha tenido alguna cirugía desde su última visita al consultorio?

If yes, please list the date, surgery, and the name of the provider or medical group who performed it/

En caso afirmativo, indique la fecha, la cirugía y el nombre del proveedor o grupo médico que la realizó:

Date of Surgery/ Fecha de la cirugía	Surgery/Cirugía	Provider/Medical Group Name Nombre del proveedor/grupo médico

Hospitalizations/Hospitalizaciones

Have you been hospitalized (admitted as an inpatient) since your last office visit? No

¿Ha sido hospitalizado (admitido como paciente hospitalizado) en algún hospital desde su última visita al consultorio?

If yes, please list the dates you were admitted, the reason, and the name of the hospital/

En caso afirmativo, indique las fechas en que fue admitido, el motivo y el nombre del hospital:

Dates of Stay / Fechas de estancia	Reason for Hospitalization/ Motivo de la hospitalización	Name of Hospital/ Nombre del Hospital

Vaccinations/ Vacunas

Have you received any of the below vaccines since your last office visit? / No

¿Ha recibido alguna de las siguientes vacunas desde su última visita al consultorio?

Covid-19 ___/___/___ Flu/ Gripe ___/___/___ Pneumonia/ Pneumonia ___/___/___
 Shingles/ Herpes ___/___/___ Tetanus/ Tétanos ___/___/___ HPV/VPH: ___/___/___

ANNUAL ADULT HEALTH HISTORY UPDATE CONTINUED

Name/Nombre:	DOB/Fecha de Nacimiento:
---------------------	---------------------------------

Screenings/Proyecciones

Have you completed any of the below health screenings since your last office visit? No

¿Ha completado alguno de los siguientes exámenes de salud desde su última visita al consultorio?

*If yes, please list the date completed and the provider or medical group who performed/
En caso afirmativo, indique la fecha de finalización y el proveedor o grupo médico que realizó:*

	Dates Completed/ Fechas de finalización	Where/Who Performed/ Dónde/Quién actuó
Eye Exam/Examen de la vista		
Colonoscopy/Colonoscopia		
Stool Test/Prueba de sangre oculta en heces		
Bone Density Scan/Gammagrafía de densidad ósea		
Skin Check/ Revisión de la piel		
Prostate Exam/Examen de próstata		

Family History/ Historia familiar

Have any family members been diagnosed with the below since your last office visit? / None, /Nada

¿Algún miembro de la familia ha sido diagnosticado con lo siguiente desde su última visita al consultorio?

If yes, please list which family member /En caso afirmativo, indique qué miembro de la familia

Diabetes	
High Blood Pressure/Presión arterial alta	
Heart Disease/ Cardiopatía	
Stroke/ Carrera	
Mental Illness/ Enfermedad mental	
Cancer (Also list type/También tipo de lista)	

Social History/ Historia social:

Married/ Casado Single/ Solero Separated/ Separado Divorced/ Dicoiciado Widowed/ Viudo

Occupation/ Ocupación: _____

Years of education/ Años de educación: _____

Housing/ Alojamiento: Homeless/ Sin hogar Apartment or Condo Mobile Home/ Casa móvil
 RV/ Vehículo recreacional House/ Casa Assisted living/ Vida asistida
 Skilled Nursing/ Enfermería especializada Residential care/ Atención residencial
 Live alone/ Vivir solo Live with family or friends/ Vivir con familiares o amigos

Do you have children living with you?/ ¿Tiene hijos viviendo con usted? Yes/ Sí No How many? _____

Caffeine Use/Consumo de cafeína:

Never/Nunca Rarely /Raramente Moderate/Moderado Amount/Day/ Cantidad/Día: _____

Name/Nombre:	DOB/Fecha de Nacimiento:
---------------------	---------------------------------

Drug Use/Consumo de drogas: Type Used/Tipo utilizado: _____
 Never/Nunca Rarely /Raramente Occasional /Ocasional Daily, Amount: _____
Diario, Cantidad


Sexual Activity/ Actividad sexual:

Have you had sex in the past 12 months? / ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?
 Yes/ Sí No- skip to next section/ pasar a la siguiente sección
 Do you use birth control? / ¿Usas anticonceptivos? Yes/ Sí No
 If yes, what type?/ Si es así, ¿de qué tipo? Condoms/ Condones Oral contraceptives/ Anticonceptivos orales
 IUD/ DIU Implant Shot/ Inyección Vaginal ring/ Anillo vaginal Spermicide/ Espermicida
 Withdraw/ Retirar Other (list)/ Otra (lista): _____

Safety/ Seguridad:

Do you need assistance with any of the following? / ¿Necesita ayuda con alguno de los siguientes? No
 Bathing/ Baños Dressing/ Vendaje Eating/ Comiendo
 Getting from bed to chair/ Ir de la cama a la silla Toileting/ Aseo
 Do you have urinary and/or bowel incontinence? / ¿Tiene incontinencia urinaria y / o intestinal? Yes/ Sí No
 Do you use any of the following? / ¿Utiliza alguno de los siguientes? No
 Cane/Caña Walker/ Caminante Scooter Hospital bed/ Cama Oxygen/ Oxígeno
 Wheelchair/Silla de ruedasde hospital Nighttime breathing device/ Dispositivo de respiración nocturna

Do you have any new concerns you would like to discuss with your provider today? No

Patient Signature/ Firma del paciente _____ 

By checking this box, I agree that I am electronically signing this document. /
 Al marcar esta casilla, acepto que estoy firmando electrónicamente este documento.

By checking this box, I agree that I have reviewed this document, but prefer to sign the document manually vs electronically./
 Al marcar esta casilla, acepto que he revisado este documento, pero prefiero firmarlo manualmente en lugar de hacerlo electrónicamente.

Provider Signature/ Firma del proveedor _____

ADDITIONAL HEALTH HISTORY FOR WOMEN
For Female Patients Only/ Solo para pacientes femeninas:

Name/Nombre:	Age/Edad:	DOB/Fecha de nacimiento:	Today's Date/Fecha:
---------------------	------------------	---------------------------------	----------------------------

Menstrual History/ Historia menstrual: Period has not yet started/ El período aún no ha comenzado

Age when period started? / ¿ Edad cuando comenzó el período _____

How many days does your cycle last? / ¿Cuántos días dura tu ciclo _____

How many days between your cycle? / ¿Cuántos días entre su ciclo? _____

Is this the same each month? / ¿Es lo mismo todos los meses? Yes/ Sí No

Flow/ Flujo: Light/ Ligera Moderate/ Moderada Heavy/ Pesada

Do you use/ Lo usas: Panty Liner/ Delineador de bragas Thin Pad/ Almohadilla fina
 Maxi Pad/ Toalla sanitaria Tampon absorbency/ absorbencia _____
 Other (specify)/ Otra (especificar): _____

How often do you need to change the above? / ¿Con qué frecuencia necesita cambiar lo anterior?
Every/ Cada _____ hours/horas.

Pain with period/ Dolor con el período: None/Ninguna Mild/Templada Moderate/Moderada Severe/Grave
Describe your symptoms/ Describe tus síntomas: _____

Menopause/ Menopausia:

Age when menopause started? / ¿ Edad de inicio de la menopausia _____

Exams/ Exámenes

Date of Last Pap Smear? / ¿Fecha de la última prueba de Papanicolaou _____

History of abnormal pap smears? / ¿Historial de pruebas de Papanicolaou anormales? Yes/ Sí No

If yes, what was the abnormality? / Si es así, ¿cuál fue la anomalía? _____

Date of last mammogram? / ¿Fecha de la última mamografía? _____

History of abnormal mammogram? / ¿Historial de mamografía anormal? Yes / Sí No

If yes, what was the abnormality? / En caso afirmativo, ¿cuál fue la anomalía? _____

Are you having any problems with your breast(s)?/ ¿Tiene algún problema con sus senos? Yes/ Sí No

Pregnancy History/ Historial de embarazo: Never/Nunca Currently/Actualmente

How far along are you? / ¿Qué tan lejos? _____

Number of/Número de:

pregnancies/embarazos (G) _____ Live births/Nacimientos en vivo _____ Miscarriages/Aborto espontáneos _____

Abortions/Abortos _____ Multiple birth deliveries/Partos múltiples _____ Living children/Niñas viviendo _____

Preterm deliveries (before 37 weeks)/Partos prematuros (antes de las 37 semanas) _____

Full term deliveries/Entregas a plazo completo _____

Any complications during pregnancy or delivery? _____

Patient Signature/ Firma del paciente _____

By checking this box, I agree that I am electronically signing this document.

By checking this box, I agree that I have reviewed this document, but prefer to sign the document manually vs electronically.

Provider Signature/ Firma del proveedor _____

ATIGA FAMILY PRACTICE

PATIENT NAME/ DOB/ TODAY'S DATE/
 Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

MEDICATIONS/MEDICAMENTOS

No medications, vitamins or supplements taken/ No se toman medicamentos, vitaminas o suplementos

****Please list ALL medicine you take including over the counter and supplements/**

Por favor, enumere TODOS los medicamentos que toma incluyendo sobre el mostrador y suplmentos

Name/ el nombre	Dose/ la dosis	How often/ con que frecuencia	Taking for/ Tomar para	Prescriber/ Prescriptor

ALLERGIES TO MEDICATION/ALERGIAS A LA MEDICACIÓN

No known allergies to medication/ No se conocen alergias a los medicamentos

Name of Medicine/ Nombre de la Medicina	Type of Reaction/ tip de reaccion

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT/EQUIPO MÉDICO DURADERO

List any medical equipment you use at home? (Ex: CPAP, glucometer etc.)/

Enumiere cualquier equipo medico que use en casa (por ejemplo: CPAP, glucómetro, etc.)

No Medical Equipment/Sin equipo médico

Evaluación periódica del riesgo de tuberculosis

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

REVISIÓN DE TB SÍNTOMA:

- | | SÍ | NO |
|---|-----------------------|-----------------------|
| ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas? | | |
| 1. ¿Tos que ha durado más de 3 semanas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Tos con sangre? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Pérdida de peso inexplicable? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Fiebre crónica? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Empapando sudores nocturnos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

(NECESITA CXR INMEDIATA Y EVALUACIÓN MÉDICA SI LA RESPUESTA ES SÍ A CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES)

NUEVOS RIESGOS MÉDICOS DE LA TB PARA LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD DE TB:

- | Desde su última visita al consultorio, tiene un NUEVO diagnóstico de: | SÍ | NO |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿VIH? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Diabetes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Cáncer? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Insuficiencia renal? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

O ha comenzado a tomar alguno de los siguientes MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES:

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿Prednisona? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Metotrexato? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Ciclosporina? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Quimioterapia? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Medicamentos para la artritis reumatoide intravenosa, psoriásica o enfermedad de Chron? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

NUEVO RIESGO DE EXPOSICIÓN A LA TUBERCULOSIS:

- | En los últimos 2 años ... | SÍ | NO |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿Ha tenido contacto con alguien con enfermedad de TB conocida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Has pasado más de 2 semanas en Asia, África, América Latina o Europa del Este? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Ha estado encarcelado en prisión o cárcel? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Ha estado sin hogar o viviendo en un hotel de ocupación de habitación individual? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Te has inyectado drogas callejeras? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ¿Ha trabajado con personas sin hogar, trabajadores migrantes o consumidores de drogas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ¿Ha trabajado como trabajador de la salud? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Se necesita una prueba de TB nueva o repetida (Mantoux o análisis de sangre) si la respuesta es SÍ a CUALQUIERA de las preguntas anteriores

REQUERIDO: Documentar los resultados de los pacientes de Mantoux o análisis de sangre en la historia clínica y la base de datos.

Firma del proveedor: _____

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

Personas mayores (Senior)

Nombre del paciente (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy
Persona que completa el formulario (si el paciente necesita ayuda)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro <i>Especifique</i>		¿Necesita ayuda para completar el formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no conoce una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre algún punto de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?
 Sí No

Clinic Use Only:
Nutrition

1	¿Bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>			
2	¿Come frutas y verduras todos los días? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>			
3	¿Limita la cantidad de alimentos fritos o comida rápida que come? <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>			
4	¿Tiene la posibilidad de comer suficientes alimentos saludables? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>			
5	¿La mayoría de los días bebe un refresco, jugo, bebida deportiva o bebida energizante? <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>			
6	Por lo general, ¿come demasiado o muy poco? <i>Often eats too much or too little food?</i>			
7	¿Tiene dificultades para masticar o tragar? <i>Has difficulty chewing or swallowing?</i>			
8	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>			
9	¿Hace ejercicios o realiza actividades, como caminar, jardinería o nadar durante, al menos, ½ hora al día? <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?</i>			
10	¿Se siente seguro donde vive? <i>Feels safe where she/he lives?</i>			
11	Por lo general, ¿tiene dificultades para llevar un registro de sus medicamentos? <i>Often has trouble keeping track of medicines?</i>			

Physical Activity

Safety

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

12	<p>¿Sus familiares o amigos se preocupan por la forma en que conduce? <i>Family members/friends worried about her/his driving?</i></p>				
13	<p>¿Ha tenido accidentes automovilísticos últimamente? <i>Had any car accidents lately?</i></p>				
14	<p>¿A veces se cae y se lastima, o le resulta difícil ponerse de pie? <i>Sometimes falls and hurts self; or has difficulty getting up?</i></p>				
15	<p>Durante el último año, ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado o lastimado físicamente? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in past year?</i></p>				
16	<p>¿Tiene un revólver en su hogar o en el lugar donde vive? <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i></p>				
17	<p>¿Se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i></p>				Dental Health
18	<p>¿Con frecuencia se siente triste, desesperanzado, enojado o preocupado? <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i></p>				Mental Health
19	<p>¿Con frecuencia tiene dificultades para dormir? <i>Often has trouble sleeping?</i></p>				
20	<p>¿Usted u otras personas creen que tiene problemas para recordar cosas? <i>Thinks or others think that she/he is having trouble remembering things?</i></p>				
21	<p>¿Fuma o masca tabaco? <i>Smokes or chews tobacco?</i></p>				Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	<p>¿Sus amigos o familiares fuman en su hogar o en el lugar donde vive? <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i></p>				
23	<p>En el último año ¿ha tomado 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día? <i>In the past year, had 4 or more alcohol drinks in one day?</i></p>				
24	<p>¿Consume drogas o medicamentos para ayudarlo a dormir, relajarse, calmarse, sentirse mejor o perder peso? <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i></p>				
25	<p>¿Cree que usted o su pareja pueden tener una infección de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI), como clamidia, gonorrea, verrugas genitales, etc.? <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i></p>				Sexual Issues

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

26	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales con otras personas en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>				Independent Living
27	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin condón en el último año? <i>She/he or your partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>				
28	¿Le han forzado o presionado a tener relaciones sexuales, alguna vez? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>				
29	¿Cuenta con alguien que lo ayude a tomar decisiones sobre su salud o su atención médica? <i>Has someone to help make decisions about her/his health and medical care?</i>				
30	¿Necesita ayuda para bañarse, comer, caminar, vestirse o ir al baño? <i>Needs help bathing, eating, walking, dressing, or using the bathroom?</i>				
31	¿Tiene a quién llamar cuando necesita ayuda en una emergencia? <i>Has someone to call when she/he needs help in an emergency?</i>				
32	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre su salud? <i>Any other questions or concerns about your health?</i>				Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, por favor describa:

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
<input type="checkbox"/> Physical activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Independent Living	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	

POR FAVOR COMPLETE EL PHQ-9 Y GAD -7

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de remisión: _____

PHQ-9	0	1	2	3
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas?	Nada	varios días	más de la mitad de los días	casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse cansado o tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o te has decepcionado a ti mismo o a tu familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moverse o hablar tan despacio que otras personas podrían se han dado cuenta. O lo contrario: estar tan inquieto o inquieto que te has estado moviendo mucho más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensamientos de que estarías mejor muerto o de lastimarse a sí mismo de alguna manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRAVEDAD: Leve = 5-10 Moderado = 10-18 Severo = 19-27	Puntuación total: _____			
Si marcó algún problema, qué tan difícil es estos problemas hicieron que usted hiciera su trabajo, tome ¿Cuidar las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?	No es difícil en absoluto <input type="checkbox"/>	Algo difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>

GAD-7	0	1	2	3
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha estado? ¿Le molestan los siguientes problemas?	Nada	varios días	más de la mitad de los días	casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No poder detener o controlar la preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocuparse demasiado por cosas diferentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para relajarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molestarse o irritarse fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentir miedo como si algo horrible pudiera suceder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntuación total (agregue las puntuaciones de su columna) _____				
Si marcó algún problema, qué tan difíciles son estos los problemas hicieron que usted hiciera su trabajo, se ocupara de las cosas en ¿Casa o llevarse bien con otras personas?	No es difícil en absoluto <input type="checkbox"/>	Algo difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>

Provider Signature: _____

Date: _____