



Paquete de bienvenida para pacientes  
nuevos  
Adultos



¡Hola!

¡Bienvenido a Orchid Health! Nuestras clínicas de salud se fundaron con la convicción de que las comunidades rurales de nuestro estado merecen tener un cuidado de salud de calidad superior que sea local, integral y que se tome el tiempo para abordar lo que a usted más le importa.

Su equipo de atención de la salud incluirá a los siguientes miembros:

Proveedor de atención primaria (PAP): Su PAP lo ayudará a pensar en las decisiones importantes de salud y puede conectarlo con otro miembro del equipo de atención para asegurarse de que reciba la mejor atención.

Asistente médico (AM): Su asistente médico a menudo será la primera persona con la que usted hable cuando tenga un problema de salud y trabajará en estrecha vinculación con su PAP para apoyar la atención continua tanto dentro como fuera de la clínica, según sea necesario.

Coordinador de atención de enfermeros titulados (RN): Su coordinador de RN lo ayudará a diseñar un plan de atención personalizada, que incluya la identificación de sus objetivos personales de salud, los próximos elementos de mantenimiento de la atención médica y la coordinación de su atención con los proveedores de atención interna y externa, incluido conectarlo con importantes recursos de la comunidad.

Consultor de salud conductual (CSC): Nuestro consultor de salud conductual está disponible para ayudarlo con cualquier necesidad de salud mental, emocional o conductual que usted pueda tener. Esto puede incluir hacer cambios en el estilo de vida y lidiar con la tristeza o la soledad, y con problemas en el hogar o en la escuela.

Se adjuntan nuestros formularios de inscripción de pacientes. Complete estos formularios según su mejor criterio. Se incluye un *Formulario de autorización de historia clínica*, que nos permite solicitar su historia clínica anterior antes de su primera visita. Le pedimos que complete este formulario y lo entregue en nuestra clínica lo antes posible. También deberá firmar un *Acuerdo sobre sustancias controladas* antes de la receta de sustancias controladas por parte de los proveedores de Orchid Health.

Para que podamos atenderlo mejor:

1. Preséntese en la clínica 15 minutos antes de la hora de su cita.
2. Traiga a su visita su tarjeta de seguro y su identificación.
3. Traiga los frascos de los medicamentos que esté tomando actualmente.
4. Si necesita cancelar o reprogramar su visita, avísenos con 24 horas de anticipación.

Oakridge: Teléfono de la clínica: 541-782-8304

- Estamos en Highway 58, justo al lado de la farmacia.
- Nuestro horario de atención es: Lunes, martes y miércoles de 8 a. m. a 7 p. m., y jueves y viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Para recibir asistencia fuera del horario de atención, llame al número de teléfono de nuestra clínica principal.

Estacada: Teléfono de la clínica: 503-630-8550

- Estamos en el Campus de la Escuela Secundaria, a la derecha del colegio Estacada High School.
- Nuestro horario de atención es: Lunes y martes de 8 a. m. a 7 p. m., y miércoles jueves y viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Para recibir asistencia fuera del horario de atención, llame al número de teléfono de nuestra clínica principal.

## FAQ - Preguntas frecuentes

### ¿Cómo pido una cita?

- La mayoría de la gente llama a nuestra oficina para programar una cita.
- También puede solicitar una cita a través de nuestro Portal del paciente.

### ¿Qué es el Portal del paciente?

- El Portal le permite enviar mensajes directamente a su proveedor, en lugar de llamar.

También le permite ver los resultados de análisis de laboratorio y de estudios por imágenes apenas los recibimos.

- Puede encontrar el enlace al portal en nuestro sitio web: [www.orchidhealth.org](http://www.orchidhealth.org) (esquina superior derecha).
- Pida ayuda a cualquier miembro de nuestro personal. Podemos enviarle un enlace de correo electrónico o configurarlo cuando usted se presente.

### ¿Qué días y horas están abiertos?

- *Oakridge*: Lunes, martes y miércoles de 8 a 7, jueves y viernes de 8 a 5
- *Estacada*: Lunes y martes de 8 a 7, miércoles, jueves y viernes de 8 a 5

### ¿Qué pasa si necesito comunicarme con alguien después de que la oficina ha cerrado?

- ¡Es fácil! Use el mismo número de teléfono al que llama normalmente y espere la opción de comunicarse con nuestro servicio de enfermería fuera de horario.

### ¿Cómo repongo mis medicamentos recetados?

- El mejor PRIMER paso es llamar a su farmacia y pedirle que lo reabastezcan. Ellos se pondrán en contacto con nosotros directamente si es necesario.
- Si tiene alguna dificultad, llámenos para que podamos resolverla por usted (o utilice el Portal del paciente).
- Toda receta de medicamento controlado debe administrarse durante una consulta (Esto incluiría medicamentos para el dolor y ciertos medicamentos para la ansiedad o para dormir, entre otros.).

### ¿Puedo hacerme un análisis de sangre en Orchid?

- Sí, hacemos análisis de laboratorio para los pacientes que *se han registrado* con nosotros (incluso si los han indicado otros).

### ¿Hacen radiografías en Orchid?

- No, lamentablemente, en este momento no tenemos ninguna máquina de rayos X en ninguno de nuestros centros, pero podemos darle una orden para que haga su prueba en otro lugar.

### ¿Cómo puedo obtener mis resultados de análisis de laboratorio o de estudios de rayos X/imágenes?

- Si programa una cita de seguimiento, su proveedor probablemente revise los resultados de sus estudios en ese momento, pero lo llamaremos si surge algo realmente importante para que nada se pase por alto.

### ¿Qué pasa si me preocupa pagar por mi consulta o por los análisis?

- No queremos que el dinero se interponga en el camino de su atención médica. Coméntenos sus inquietudes.
- También puede consultarnos acerca de nuestro descuento por tarifa variable.

**¿Atienden niños? ¿Y bebés? ¿Y adultos mayores?**

- ¡Sí, sí y sí!

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ORCHID HEALTH**

(Escriba en letra de imprenta)

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

*Primer nombre – Segundo nombre - Apellido*

Nombre preferido/nombre con el que se identifica: \_\_\_\_\_

Sexo legal: Masculino / Femenino / Otro Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_ Número del seguro social: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ ¿Autoriza que le enviemos mensajes de texto?  Sí  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Método de comunicación preferido: \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Raza: (Puede elegir más de uno si corresponde)  Blanco  Negro o afroamericano  Asiático Nativo americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Origen hispano o latino Origen étnico:  No hispano/latino  hispano/latino  Otro

Nombre de un contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

(muestre su tarjeta de seguro a nuestro recepcionista)

**Indique el nombre del seguro primario:** \_\_\_\_\_

Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del SUSCRIPTOR: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco del paciente con el suscriptor:  Misma persona  Cónyuge   
Hijo/a  Otro**Nombre del seguro secundario (si corresponde):** \_\_\_\_\_

Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del SUSCRIPTOR: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco del paciente con el suscriptor:  Misma persona  Cónyuge   
Hijo/a  Otro**PERSONA Responsable financieramente de facturas y pagos:**

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad:

\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono preferido: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

**Consentimiento para el tratamiento:** Doy mi consentimiento para el tratamiento médico de los servicios médicos realizados o indicados por los proveedores médicos de Orchid Health que me atienden o a quienes consulto, y estoy de acuerdo con la administración de los tratamientos o procedimientos que se consideren necesarios, rutinarios o aconsejables. Ejemplo de algunos tratamientos administrados en Orchid:

- Exámenes físicos de rutina, incluidos exámenes físicos para deportes
- Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones y tratamiento de lesiones menores
- Evaluación y manejo de afecciones de salud crónicas
- Salud reproductiva apropiada para la edad
- Análisis de laboratorio de rutina y vacunaciones
- Educación para la salud, asesoramiento y promoción del bienestar
- Medicamentos recetados, si corresponde
- Servicios de salud conductual
- Derivación para servicios de atención médica no proporcionados por Orchid Health

**Autorización de pago:** Designo y autorizo el pago directo a Orchid Health de todos los beneficios del seguro y del plan que sean pagaderos por los servicios que recibo. También autorizo la divulgación de las historias clínicas necesarias para permitir que la compañía de seguros pague por estos servicios, dentro de los lineamientos de la legislación HIPAA (privacidad). Entiendo completamente que, en el caso de que mi compañía de seguros o la parte financieramente responsable no pague por los servicios que recibo, yo seré financieramente responsable por el pago. Si no tengo un seguro activo, estoy de acuerdo en pagar por los servicios en el momento en que se reciben.

**Aviso de prácticas de privacidad:** Manifiesto que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Orchid Health. Este aviso se puede encontrar en el sitio web de Orchid Health en los formularios para pacientes, está disponible en la clínica en el momento de registrarse y, por lo demás, está a mi disposición en cualquier momento si lo solicito.

**Derechos y responsabilidades del paciente:** Manifiesto que he recibido los Derechos y responsabilidades del paciente de Orchid Health. Estos se pueden encontrar en el sitio web de Orchid Health en los formularios para pacientes, están disponibles en la clínica en el momento de registrarse y, por lo demás, están a mi disposición en cualquier momento si lo solicito.

**Consentimiento para tener acceso a los registros históricos de recetas y farmacias, y para comunicarse con las redes locales de hospitales para tener acceso a la información de la historia clínica:** Autorizo la divulgación de mi información de salud histórica, ya que la información exacta es necesaria para la prestación de atención médica precisa y de calidad.

**Consentimiento para llamadas:** Doy mi consentimiento para recibir llamadas de Orchid Health relacionadas con mi atención médica protegida y otros servicios en los números de teléfono proporcionados al consultorio, incluyendo mi número de celular. Entiendo que es posible que mi proveedor de telefonía móvil me cobre por dichas llamadas y que dichas llamadas puedan ser generadas por un sistema de marcación automática.



Nombre del paciente o representante autorizado (en letra de imprenta)

---

*Si es el representante autorizado, indique el parentesco con el paciente*

---

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **Autorización para divulgar información a terceros**

Sin autorización específica, **no** divulgaremos ninguna información médica a ninguna persona que no sea usted. En algunos casos usted puede desear que otra persona tenga acceso a su información médica. Identifique a esas personas y su parentesco con usted (es decir, cónyuge, padre, hijo, hija, pareja, etc.).

### **Doy permiso para divulgar la siguiente información a los individuos indicados a continuación:**

Toda mi información médica generada o recibida por Orchid Health, incluyendo historias clínicas, manejo médico o de caso, facturación, pago, reclamos e inscripción, salud mental, discapacidades del desarrollo, información o resultados de pruebas de SIDA/VIH, abuso de sustancias y tratamiento para problemas de alcohol y pruebas genéticas.

Toda la información de salud **con excepción de:** salud mental, discapacidades del desarrollo, información o resultados de pruebas de SIDA/VIH, abuso de sustancias y tratamiento de alcohol y pruebas genéticas.

Nombre	Parentesco	Número de teléfono

### **Permiso para que los no tutores den su consentimiento para el tratamiento médico del niño (si el paciente es menor de 15 años):**

Autorizo que la(s) persona(s) arriba mencionada(s) preste(n) su consentimiento para el tratamiento en mi nombre y para que acompañe(n) a mi hijo a sus citas médicas.

### **Métodos de comunicación preferidos:**

Como nuestro paciente, es posible que tengamos que comunicarnos con usted fuera de nuestra clínica. Para garantizar su privacidad, nos gustaría que nos indique si está bien o no dejar información médica (como los resultados normales de laboratorio) en un correo de voz si no podemos comunicarnos con usted.

**Teléfono particular:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ NO dejar mensajes

**Teléfono móvil:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ NO dejar mensajes

\_\_\_\_\_ Puede dejar solo números de devolución de llamada  
devolución de llamada

\_\_\_\_\_ Puede dejar solo números de

\_\_\_\_\_ Puede dejar mensajes con detalles

\_\_\_\_\_ Puede dejar mensajes con detalles

**TÉRMINO:** Esta autorización tendrá vigencia por un período de **un año**. Puedo revocar esta autorización por escrito (en cualquier momento) según se describe en el Aviso de prácticas de

privacidad de Orchid Health.

Firma\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

## DIVULGACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Nombre anterior (si corresponde)  
\_\_\_\_\_

Dirección actual \_\_\_\_\_ F. N. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Núm. del S. S. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Ciudad, Estado, Código postal*

Teléfono de contacto preferido  
\_\_\_\_\_

**Autorizo a que se divulgue información DE:** (en letra de imprenta)  
(preferiblemente por fax)

Nombre de la clínica/médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

**Enviar mis registros A:**

**Orchid Health Wade Creek  
Oakridge**

535 NE 6th Ave.

Estacada, OR 97023

Fax: (503) 630-8551

Teléfono: (503) 630-8550

8304

**Orchid Health**

47815 Highway 58

Oakridge, OR 97463

Fax: (541) 782-5823

Teléfono: (541) 782-

### Propósito de la divulgación

Contratar un nuevo PAP personal  Compartir información de salud (de un consultor/especialista)  Uso personal  Legal

**Tipo de información que se divulgará** - Marque con sus iniciales **TODOS** los que corresponda  
\_\_\_\_ Historia clínica **completa** \_\_\_\_ Incluir historia clínica de salud mental \_\_\_\_ Incluir registros  
confidenciales/VIH u otros

\_\_\_\_ Incluir registros relacionados con el tratamiento para problemas drogas o alcohol:

\_\_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Esta autorización expirará un año después de la fecha de la firma a continuación.**

Entiendo que puedo cambiar de opinión sobre esta autorización en cualquier momento y avisar por escrito al proveedor de atención médica o a Orchid Health, pero que cualquier información que ya se haya transferido permanecerá en el Sistema de registro médico confidencial de Orchid Health.

También entiendo lo siguiente:

- No estoy obligado a firmar esta autorización y mi atención médica y el pago de la atención no se verán afectados por mi negativa.
- Las regulaciones federales de privacidad ya no se aplicarán a la información divulgada y Orchid Health puede volver a divulgar la información si es pertinente para la consulta o si solicito que transfieran mis registros a otro lugar.
- Se me permite recibir una copia de esta Autorización.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente:

### **Aceptación de la política de sustancias controladas del paciente nuevo**

Para su protección, Orchid Health sigue las pautas de indicación de recetas estatales y locales para recetar medicamentos de sustancias controladas (opiáceos, benzodiazepinas y estimulantes) de manera segura:

- No se le recetarán medicamentos de sustancias controladas en su primera visita a la clínica.
- Sus historias clínicas anteriores se *deben recibir y revisar* antes de la receta de sustancias controladas.
- Las historias clínicas se deben enviar directamente desde su clínica anterior a Orchid Health por vía electrónica o por fax (no se aceptan copias en mano).
- Si en la actualidad recibe diariamente un medicamento opiáceo, benzodiazepínico o estimulante, puede solicitar una receta “puente” de su médico recetante anterior hasta que finalice su evaluación.
- Los médicos de Orchid Health no recetarán medicamentos opiáceos crónicos por encima de 60 MED (dosis diaria equivalente de morfina) para el dolor no relacionado con el cáncer. Si usted está recibiendo una dosis crónica de opiáceos más alta que esta, tendrá que disminuirla antes de establecer el cuidado con Orchid Health (su médico recetante anterior puede ayudarlo con esta reducción).
- Para determinar si es adecuado el uso crónico de opiáceos para el dolor no relacionado con el cáncer, su evaluación en Orchid Health incluirá una revisión de registros anteriores y puede incluir la administración de cuestionarios sobre el nivel funcional, la depresión, la ansiedad, el riesgo de adicción y la calidad del sueño. Esta información se utilizará para determinar si la continuación de los opiáceos crónicos es médicamente apropiada. Podemos determinar que la indicación de opiáceos crónicos no es apropiada.
- Es posible que se requiera una prueba de indicación no narcótica antes de recetar cualquier medicamento opiáceo.
- Antes de que los proveedores de Orchid Health le receten sustancias controladas, se debe firmar un Acuerdo de sustancias controladas, que permite la detección aleatoria de drogas en la orina.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído la información anterior y declaro que entiendo la Política de sustancias controladas para nuevos pacientes de Orchid Health.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Antecedentes médicos para pacientes nuevos - Adultos

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**Preocupaciones médicas actuales** (de lo que le gustaría hablar hoy):

1. (lo más importante)

2.

**Indique cualquier alergia que tenga a los medicamentos:**

Nombre del medicamento

Reacción

**Indique cualquier medicamento que esté tomando actualmente, incluyendo medicamentos de venta libre, suplementos herbales o vitaminas (escriba en el reverso de la página si necesita espacio adicional):**

Nombre del medicamento

Dosis

Instrucciones (con qué frecuencia lo toma)

**¿Ha recibido las siguientes vacunas (inyecciones)?** Si la respuesta es sí, indique el año aproximado en que las recibió:

Vacuna contra la gripe No  Sí  Año \_\_\_\_\_ Tétanos/Difteria No  Sí  Año \_\_\_ Hepatitis A No  Sí  Año \_\_\_

Herpes zóster No  Sí  Año \_\_\_\_\_ Vacuna contra la neumonía No  Si  Año \_\_\_ Hepatitis B No  Sí  Año \_\_\_\_\_

MMR No  Sí  Año \_\_\_\_\_ Polio No  Sí  Año \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_ No  Sí  Año \_\_\_\_\_

**MUJERES: ¿Existe la posibilidad de que esté embarazada?** No  Sí

¿Ha estado embarazada antes? No  Sí  (¿Cuántas veces?) \_\_\_\_\_

¿Cuándo tuvo su último período menstrual? \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía?** No  Sí  Si la respuesta es Sí, sírvase enumerarlas (incluya el año si es posible):

**¿Ha sido hospitalizado/a?** No  Sí  Si la respuesta es Sí, sírvase enumerarlas (incluya el año si es posible):

**¿Ha tenido alguna otra lesión grave?** No  Sí  Si la respuesta es Sí, sírvase enumerarlas (incluya el año si es posible):

---

**¿Le han hecho alguna de estas PRUEBAS?** Si la respuesta es Sí, indique cuándo:

Colonoscopia No  Sí

Prueba de densidad ósea No  Sí  Año \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

Mamografía No  Sí  Año \_\_\_\_\_

Prueba de Papanicolau No  Sí  Año \_\_\_\_\_

Prueba cardíaca/prueba de esfuerzo No  Sí  Año \_\_\_\_\_





## ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

Accidente cerebrovascular o AIT	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Presión arterial alta/hipertensión	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Alcoholismo/abuso de sustancias	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Alergias/fiebre del heno	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas cutáneos (sarpullidos o lunares cambiantes)	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Anemia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de coagulación/sangrado excesivo	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Artritis	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de oído o de audición	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Asma	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de riñón o vejiga	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Cálculos renales	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Cáncer	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de visión o de los ojos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Colesterol alto	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas ginecológicos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Complicaciones por anestesia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas musculares, articulares u óseos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Convulsiones/epilepsia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Reflujo/enfermedad por reflujo gastroesofágico	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Defectos congénitos o enfermedades hereditarias	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	TDAH	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Depresión	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Transfusiones de sangre	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Diabetes o prediabetes	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Trastorno alimentario como anorexia o bulimia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Diverticulitis/diverticulosis	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Trastorno bipolar o esquizofrenia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Eczema	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Trastorno de ansiedad o ansiedad recurrente	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Endometriosis	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Trastornos del desarrollo o de la conducta	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Enfisema/EPOC/Bronquitis crónica	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Trastorno del espectro autista	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Fibromialgia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Tuberculosis o prueba de tuberculosis positiva	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Gota	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Úlceras estomacales o problemas de deglución	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Hepatitis C	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Varicela	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Infecciones del oído – Crónicas	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	VIH	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Insuficiencia hepática	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Violencia doméstica	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Migrañas	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Otros:	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Osteoporosis	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>			

## ANTECEDENTES MÉDICOS SOCIALES

Responda las siguientes preguntas para que entendamos mejor cómo podemos ayudarlo. La información que usted proporcione será utilizada por su equipo de atención médica para diseñar un plan que lo ayude a mantener o mejorar su salud y bienestar en las áreas que usted elija.

¿Fuma? Sí  No

¿Consumo otras formas de tabaco? Sí  No

Años de consumo de tabaco: \_\_\_\_

¿Utiliza cigarrillos electrónicos? Sí  No

Cuántos paquetes por día: \_\_\_\_\_

**Estado civil:**  Casado/a  Divorciado/a  Soltero/a  Viudo/a  Otra pareja

**Estado de empleo:**  Empleado  Desempleado  Retirado  Desempleado intencionalmente

¿Cuál es (o ha sido) su ocupación habitual? (tipo de trabajo)

---

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación de vivienda actual?

Vivo solo/a en mi propia casa  Vivo en una casa con mi cónyuge/otros  Me alojo temporalmente con un pariente o amigo  Me alojo temporalmente en un refugio o no tengo hogar  Otro

¿Tiene problemas con plagas, moho o falta de calefacción, agua u otros servicios públicos en el lugar donde vive?

Sí  No

¿Hay algún lugar donde se sienta inseguro/a? Sí  No  ¿Dónde? \_\_\_\_\_

---

Si por alguna razón necesita ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, preparar comidas, ir de compras, administrar sus finanzas, etc., ¿recibe la ayuda que necesita?

Necesito mucha más ayuda  Me vendría bien un poco más de ayuda  Recibo toda la ayuda que necesito  No necesito ninguna ayuda

En los últimos 12 meses, mi familia o yo estábamos preocupados de que se nos acabara la comida antes de que hubiera dinero para comprar más.  Ocurre a menudo  Ocurre a veces  Nunca ocurre

En los últimos 12 meses, la falta de transporte me ha impedido ir a las citas médicas o hacer las cosas necesarias para la vida diaria.  Ocurre a menudo  Ocurre a veces  Nunca ocurre

¿Tiene a alguien con quien se pueda contactar fácilmente si necesita ayuda o simplemente necesita hablar? Sí  No

¿Se ha caído dos o más veces en el último año? Sí  No

¿Ha completado un formulario de directivas anticipadas o de órdenes médicas para el tratamiento de mantenimiento de la vida? Sí  No

Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su salud en general?  Excelente  Buena  Regular  Mala

¿Qué es algo que lo/la hace feliz o de lo que está orgulloso/a? (felicidad = salud)

---

¿Hay algo más que hayamos pasado por alto que usted crea que deberíamos saber sobre su salud?

---

---

¡Gracias!