



Nombre: _____ Apellido de soltera/Otro nombre: _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Compañía telefónica: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Sexo legal	Género actual	Orientación sexual	Identidad de género
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	<input type="checkbox"/> Heterosexual o heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Otra cosa	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Hombre transgénero (de mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero (de hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Otra
Pronombre preferido			
<input type="checkbox"/> He/him <input type="checkbox"/> They/them	<input type="checkbox"/> She/her <input type="checkbox"/> Other: _____		

RAZA (Seleccione todas las que correspondan)

ASIAN	ISLA HAWAIANA O PACÍFICA NATIVA	NEGRO O AFROAMERICANO	INDIA AMERICANA O ALASKA NATIVA	WHITE	ELIJA NO REVELAR
<input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> india asiática <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Filipina/o <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Otro asiático	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Otra isleña del pacífico <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoana/o	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanca/o	<input type="checkbox"/> Elija no revelar

ETNICIDAD

ORIGEN HISPANA, LATINA / A O ESPAÑOLA	NO ES DE ORIGEN HISPANO, LATINO O ESPAÑOL	ELIJA NO REVELAR
<input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> American <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Puerto Rican <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Origen hispano, latino/a o español <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino/a y español	<input type="checkbox"/> Not Hispanic, Latino/a or Spanish origin	<input type="checkbox"/> Elija no revelar

Idioma principal: _____ ¿Necesita servicios de interpretación? Sí No

Farmacia primaria: _____ Farmacia secundaria: _____

Información del seguro: Complete la siguiente información del seguro y proporcione una copia de la(s) tarjeta(s) de seguro

Primary Medical Same as patient

Ins Company: _____

ID #: _____ Grp #: _____

Policy Holder Name: _____

DOB: _____ SSN: _____

Primary Dental Same as patient

Ins Company: _____

ID #: _____ Grp #: _____

Policy Holder Name: _____

DOB: _____ SSN: _____



Persona responsable financieramente, si no es el paciente – por ejemplo, padre/madre de un menor:

Name: _____ Address: _____

Teléfono: _____ Home/Trabajo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Contacto de emergencia: _____

Estado civil	¿Es usted un veterano de EE.UU.?	Are you an Agricultural Trabajador?
<input type="checkbox"/> Anulado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Nunca casado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inmigrante <input type="checkbox"/> Estacional
Estado laboral	Estado de vivienda	
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> No empleado	¿Está sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no tiene hogar, ¿es usted: <input type="checkbox"/> Vivir con otros <input type="checkbox"/> Permanecer en un refugio <input type="checkbox"/> en la calle <input type="checkbox"/> Vivir en una vivienda de transición	
Estado de estudiante		
¿Es usted estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Nombre de la persona que completa este formulario (si no es el paciente): _____

Marque aquí si la persona que completa este formulario tiene autoridad legal para consentir el tratamiento del solicitante (se requiere documentación de respaldo si no es el padre o la madre del menor).

Información sobre ingresos: Marque la casilla correspondiente junto al tamaño de la familia y el rango de ingresos del hogar correspondiente en la tabla a continuación. Como centro de salud que recibe fondos federales, estamos obligados a recopilar esta información. Todas las respuestas son confidenciales.

Tamaño de la familia	0-100% Federal Poverty Level			101-150% Federal Poverty Level			151%-200% Federal Poverty Level			Over 200% Federal Poverty Level		
	Rango de ingresos del hogar según el tamaño de la familia											
1	\$0	to	\$15,650	\$15,651	to	\$23,475	\$23,476	to	\$31,300	\$31,301	& over	
2	\$0	to	\$21,150	\$21,151	to	\$31,725	\$31,726	to	\$42,300	\$42,301	& over	
3	\$0	to	\$26,650	\$26,651	to	\$39,975	\$39,976	to	\$53,300	\$53,301	& over	
4	\$0	to	\$31,320	\$31,321	to	\$48,225	\$48,226	to	\$64,300	\$64,301	& over	
5	\$0	to	\$36,700	\$36,701	to	\$56,475	\$56,476	to	\$75,300	\$75,301	& over	
6	\$0	to	\$42,080	\$42,081	to	\$64,725	\$64,726	to	\$86,300	\$86,301	& over	

*Agregue \$5,500 por cada adicional de 6



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Proveedor de atención primaria anterior: _____

Otro proveedor del equipo de atención (por ejemplo, especialistas, proveedores fuera del estado, etc.): _____

Voluntades anticipadas:

¿Cuenta usted con una declaración de voluntades anticipadas? (Si la respuesta es sí, entregue una copia) Sí No No lo sé

¿Le gustaría que el centro de salud lo ayude a redactar su declaración de voluntades anticipadas? Sí No No lo sé

Responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Sus respuestas son confidenciales.

¿Ha habido algún cambio importante en su salud en el último año? Sí No No lo sé

Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Tiene alguna articulación artificial, válvula cardíaca artificial, implante o prótesis? Sí No No lo sé

¿Se le ha realizado una cirugía o ha recibido radioterapia o quimioterapia para un tumor, una neoplasia u otra afección? Sí No No lo sé

Si la respuesta es sí, explique: _____

Solo para mujeres:

¿Actualmente está embarazada? Sí No No lo sé

Si la respuesta es sí, escriba la fecha del parto: _____

¿Actualmente está amamantando? Sí No No lo sé

Antecedentes de salud: ¿Actualmente presenta alguna de las siguientes afecciones o ha tenido alguna? (Marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adicción | <input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/trastorno de angustia/PTSD | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas en las articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Asma o falta de aliento | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda o en el cuello | <input type="checkbox"/> Problemas ginecológicos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre o anemia | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición/zumbido en los oídos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal o úlceras | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca o dolor en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Problema de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática o hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis o tos crónica | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer o tumor Ubicación: _____ | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Fracturas, deformidades en los huesos/las articulaciones | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas o lesiones en los ojos, ceguera | <input type="checkbox"/> _____ |



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Evaluación del estado de salud: *Escriba la fecha de la última evaluación/realización de lo siguiente:*

- Colonoscopia Fecha: _____ PSA
- Mamografía Fecha: _____ Prueba de Papanicolaou

Fecha del último periodo menstrual: _____

Antecedentes quirúrgicos:

- Fecha: _____ Cirugía: _____

Antecedentes familiares: *¿Alguno de sus familiares inmediatos ha tenido las siguientes afecciones?*

	Padre	Madre	Hermano o hermana	Hijo o hija	
Cáncer o tumor	<input type="checkbox"/> Soy adoptado y no conozco mis antecedentes familiares				
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad cardíaca/ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otra: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- El padre ha fallecido Fecha de la muerte: _____ Causa de la muerte: _____
- La madre ha fallecido Fecha de la muerte: _____ Causa de la muerte: _____

Antecedentes sociales *(marque todas las opciones que correspondan)*

- Consumo de alcohol Cantidad: _____
- Consumo de drogas
- Consumo de tabaco
- Antes fumaba Fecha estimada en la que dejó de fumar: _____
- Masticar tabaco
- Abuso/negligencia
- Empleado Ocupación: _____
- Lesión ocupacional Detalles: _____
- Jubilado
- Vive con su cónyuge
- Vive solo



Alergias:

Alergias/reacción a los medicamentos <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Alergias/reacción a los alimentos, al medio ambiente, a los animales <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	--

Medicamentos actuales:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Motivo de uso del medicamento

Inmunizaciones:

	Sí	No	No lo sé
Fecha de la última inyección contra el tétanos: _____ Si no lo sabe, ¿fue en los últimos 10 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha recibido la vacuna contra la neumonía Pneumovax?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, escriba la fecha en la que recibió la vacuna: _____			

Entiendo que, a mi leal saber y entender, todas las respuestas de arriba son verdaderas y correctas. Le informaré de inmediato a mi proveedor de atención médica si en algún momento hay un cambio en mi salud o en los medicamentos que uso. Por medio del presente, doy mi consentimiento a Northern Tier Center for Health para que se me brinde tratamiento a mí o al paciente nombrado (de quien soy el padre, la madre, el tutor legal, el padre adoptivo o la madre adoptiva).

Reservamos tiempo solo para usted. Si viene con retraso o tiene que cambiar una cita, llámenos lo más pronto posible. Si llega tarde, es posible que su proveedor deba reprogramar la visita para disponer de tiempo suficiente para atenderlo. Si falta a una cita, quizá tenga que esperar a que haya un espacio libre. Si nos llama cuando no pueda acudir a su cita programada, podremos atender a otros pacientes que esperan una cita.

Firma del paciente o del tutor	Fecha
--------------------------------	-------