



FECHA: _____

_____/_____/_____
NOMBRE DE PILA INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO M | F SEXO SEGURIDAD SOCIAL #

() () ()
NÚMERO DE CELULAR NÚMERO DE CASA NÚMERO DE TRABAJO

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO NOMBRE PREFERIDO (Si es diferente al anterior) TIPO (nacimiento, soltera, alias, preferido)

PROVEEDOR VISTO CON MÁS FRECUENCIA: _____

MÉTODO PREFERIDO PARA RECORDATORIO DE CITA: (marque uno con un círculo) SIN RECORDATORIO LLAMADA TELEFÓNICA MENSAJE DE TEXTO

EMPLEADOR:

NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR OCUPACIÓN

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

PERMITO LA SIGUIENTE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA A LOS SIGUIENTES CONTACTOS. ESTO AUTORIZA AL PERSONAL A
HABLAR CON LOS CONTACTOS MENCIONADOS PARA TODAS LAS CITAS, INFORMACIÓN CLÍNICA E INFORMACIÓN FINANCIERA.

CONTACTOS:

CONTACTO PRIMARIO RELACIÓN: _____ ()
TIPO DE NÚMERO DE TELÉFONO (CELULAR / CASA)

NOMBRE DE PILA APELLIDO DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

CONTACTO SECUNDARIO RELACIÓN: _____ ()
TIPO DE NÚMERO DE TELÉFONO (CELULAR / CASA)

NOMBRE DE PILA APELLIDO DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

GARANTE (Responsable del pago). Complete solo si el responsable NO es el paciente.

_____/_____/_____
FECHA DE NACIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL #

NOMBRE DE PILA APELLIDO DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

FIRMA _____
FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL FECHA TIEMPO

TESTIGO FECHA HORA



2025 - Mensual

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

ESTO ES SÓLO UNA ENCUESTA. Esta información sólo se utiliza para conocer las necesidades de nuestros pacientes. Encierre en un círculo el tamaño de la familia y el ingreso anual que mejor represente a su hogar.

Familia Tamaño	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
1	0	1,305 USD	1,957 USD	Encima
	1,304 USD	1,956 USD	2,608 USD	2,608 USD
2	0	1,764 USD	2,645 USD	Encima
	1,763 USD	2,644 USD	3,525 USD	3,525 USD
3	0	2,222 USD	3,332 USD	Encima
	2,221 USD	3,331 USD	4,442 USD	4,442 USD
4	0	2,680 USD	4,020 USD	Encima
	2,679 USD	4,019 USD	5,358 USD	5,358 USD
5	0	3,139 USD	4,707 USD	Encima
	3,138 USD	4,706 USD	6,275 USD	6,275 USD
6	0	3,597 USD	5,395 USD	Encima
	3,596 USD	5,394 USD	7,192 USD	7,192 USD
7	0	4,055 USD	6,082 USD	Encima
	4,054 USD	6,081 USD	8,108 USD	8,108 USD
8	0	4,514 USD	6,770 USD	Encima
	4,513 USD	6,769 USD	9,025 USD	9,025 USD
9	0	4,972 USD	7,457 USD	Encima
	4,971 USD	7,456 USD	9,942 USD	9,942 USD
10	0	5,430 USD	8,145 USD	Encima
	5,429 USD	8,144 USD	10,858 USD	10,858 USD
11	0	5,889 USD	8,832 USD	Encima
	5,888 USD	8,831 USD	11,775 USD	11,775 USD
12	0	6,347 USD	9,520 USD	Encima
	6,346 USD	9,519 USD	12,692 USD	12,692 USD
13	0	6,805 USD	10,207 USD	Encima
	6,804 USD	10,206 USD	13,608 USD	13,608 USD
14	0	7,264 USD	10,895 USD	Encima
	7,263 USD	10,894 USD	14,525 USD	14,525 USD
15	0	7,722 USD	11,582 USD	Encima
	7,721 USD	11,581 USD	15,442 USD	15,442 USD

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES DE SALUD DEL ADULTO

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Ha tenido alguna vez personalmente alguna de las siguientes condiciones?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Transfusiones de Sangre | ☐ Asma | ☐ Disco Degenerativo Dx |
| ☐ Reacción de Transfusión | ☐ Neumonía | ☐ Dolor de Espalda |
| ☐ Trastornos de la Sangre | ☐ Embolia Pulmonar | ☐ Fracturas |
| ☐ Anemia | ☐ Desórdenes Respiratorios | ☐ Trastorno Musculoesquelético |
| ☐ SARM | ☐ Hepatitis | ☐ Diabetes |
| ☐ VRE | ☐ ERGE | ☐ Cetoacidosis Diabética |
| ☐ Cáncer | ☐ Úlcera | ☐ Enfermedad de Tiroides |
| ☐ Quimioterapia | ☐ Otros Trastornos Gastrointestinales | ☐ Enfermedad del Hígado |
| ☐ VIH | ☐ Enfermedad Renal | ☐ Desórdenes Endocrinos |
| ☐ Trastorno Genético | ☐ Cálculos Renales | ☐ Ansiedad |
| ☐ Defecto de Nacimiento | ☐ Infección del Tracto Urinario | ☐ Depresión |
| ☐ CVA | ☐ Problemas de Próstata | ☐ Esquizofrenia |
| ☐ Convulsiones | ☐ Trastorno Genitourinario | ☐ Trastorno Bipolar |
| ☐ Dolores de Cabeza | ☐ Problemas Menstruales | ☐ Intento de Suicidio |
| ☐ Desórdenes Neurológicos | ☐ ETS | ☐ Problemas de Salud Mental |
| ☐ Infarto de Miocardio | ☐ Dx inflamatorio Pélvico | ☐ Tratamiento Psiquiátrico |
| ☐ Soplo Cardíaco | ☐ Endometriosis | ☐ Problemas de Comportamiento |
| ☐ Insuficiencia Cardíaca Congestiva | ☐ Fibromas | ☐ Glaucoma |
| ☐ Trombosis Venosa Profunda | ☐ Complicación del Embarazo | ☐ Herida de Ojo |
| ☐ Hipertensión (PA Alta) | ☐ Prematuro | ☐ Infección en el Oído |
| ☐ Trastornos Cardíacos | ☐ Trastornos Reproductivos | ☐ Problemas Sinusales |
| ☐ EPOC | ☐ Artritis | ☐ Problemas de Garganta |
| | ☐ Bifosfonatos Intravenosos u Orales | |

Otro: _____

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Fumador Anterior | ☐ Consumo de Alcohol | ☐ ¿Quieres ayuda para dejar de fumar? |
| ☐ Actual Fumador | ☐ Abuso de Sustancias | ☐ Use Lentes de Contacto/Gafas |

Historia Familiar	Relación	Descripción
Cáncer	☐ Sí ☐ No	
Problemas Neurológicos	☐ Sí ☐ No	
Trastornos Cardíacos	☐ Sí ☐ No	
Trastornos Gastrointestinales	☐ Sí ☐ No	
Diabetes	☐ Sí ☐ No	
Enfermedad Respiratoria	☐ Sí ☐ No	
Enfermedad Renal	☐ Sí ☐ No	
Trastornos de la Sangre	☐ Sí ☐ No	
Trastornos de EM	☐ Sí ☐ No	
Trastornos de Salud Mental	☐ Sí ☐ No	
Trastornos por uso de Alcohol/Sustancias	☐ Sí ☐ No	
Otro	☐ Sí ☐ No	

Otros médicos que veo: _____

Suministros médicos a domicilio: _____ Fisioterapia: _____

CUESTIONARIO DE HISTORIA DEL PACIENTE ADULTO -CONTINUACIÓN-

Farmacia de Elección: _____ Ciudad: _____

Alergias: _____

Medicamentos	Fortaleza	¿Con qué frecuencia se toma?
(ejemplo) lanoxina	0,0125 mg	Una vez al día por la noche

Cirugías	Fecha

Información Preventiva

Prueba	Fecha	Ubicación	Prueba	Fecha	Ubicación
Mamografía			Glucosa en Aayuno		
Prueba de Papanicolaou			Detección de Aneurisma Abdominal		
Colonoscopia			Vacuna contra la Neumonía		
Tarjetas de Taburete			Vacuna contra la Culebrilla		
Densidad Osea			Vacuna TDAP/Tétanos		
Colesterol			Vacuna contra la Gripe		

Yo, el abajo firmante, reconozco que he completado este formulario honestamente y según mi leal saber y entender.

Firma del paciente/tutor legal: _____ **Fecha:** _____

PRAPARE: Protocolo para responder y evaluar los activos, riesgos y experiencias de los pacientes
Complete esta evaluación específica para el paciente.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Vivienda e ingresos

1. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy en día?
☐ Tengo Vivienda
☐ No tengo vivienda (vivo con otros,
en un hotel, refugio, calle, coche, parque, etc.)
☐ Elijo no responder
2. ¿Está preocupado por perder su vivienda?
☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder
3. Tamaño del hogar:
_____ Número total de miembros de la familia
☐ Elijo no responder
4. Ingreso familiar anual estimado
Ingresos: \$ _____

Seguridad material

5. Durante el último año, ¿usted o algún miembro de su familia con quien vive ha estado...incapaz de conseguir alguno de los siguientes cuando realmente era necesario?
No se puede conseguir comida
☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder
No se puede conseguir ropa
☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder
No se pueden obtener servicios públicos
☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder
6. No se puede conseguir cuidado infantil
☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder
7. No puede obtener medicamentos ni ningún tipo de atención médica (médica, dental, de salud mental, de la vista)
☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder
8. No se puede obtener servicio telefónico
☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder
9. No se puede conseguir vivienda ni repararla
☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder

Seguro

10. ¿Cuál es su seguro principal?
☐ Ninguno/Sin seguro ☐ Seguro privado
☐ Medicaid CHIP ☐ Medicaid
☐ Otros seguros públicos (CHIP) ☐ Medicare
☐ Otros seguros públicos (no CHIP)

Transporte/Aislamiento

11. ¿La falta de transporte le ha impedido asistir a citas, reuniones, trabajar o realizar las necesidades de la vida diaria?
☐ Sí, me ha impedido acudir a citas y tomar medicamentos.
☐ Sí, me ha mantenido alejado de reuniones no médicas, citas, trabajo o conseguir cosas que necesito
☐ No falta el transporte
☐ Elijo no responder
12. ¿Con qué frecuencia ves o hablas con personas que te importan?
¿y sentirte cerca?
☐ Menos de una vez a la semana
☐ 1-2 veces por semana
☐ 3-5 veces por semana
☐ 5 o más veces a la semana
☐ Elijo no responder

Violencia/estrés

13. ¿Te sientes física y emocionalmente seguro donde vives actualmente?
☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder
14. Durante el último año, ¿ha sentido miedo de su pareja o ¿ex-pareja?
☐ Sí ☐ No ☐ Inseguro
☐ No he tenido pareja en el último año
☐ Elijo no responder
15. ¿Qué tan estresado estás?
☐ De nada ☐ Bastante
☐ Un poco ☐ Mucho
☐ Poca cantidad ☐ Elijo no responder

Empleo/Educación

16. ¿Cuál es tu situación laboral actual?
- ☐ Desempleados
☐ Trabajo a tiempo parcial o temporal
☐ Trabajo a tiempo completo
☐ Desempleado, pero que no busca trabajo (estudiante, jubilado, discapacitado, cuidador primario no remunerado)
☐ Elijo no responder
17. ¿Cuál es el nivel más alto de escuela que has terminado?
- ☐ Menos que la secundaria
☐ Más que la escuela secundaria
☐ Diploma de escuela secundaria/GED
☐ Elijo no responder

Características personales

18. ¿A qué raza(s) perteneces? Marca todas las que correspondan.
- | | |
|---|---|
| ☐ Indio asiático | ☐ Nativo hawaiano |
| ☐ Isleño del Pacífico | ☐ Negro/Afroamericano |
| ☐ Blanco | ☐ Indio americano/nativo de Alaska |
| ☐ Chino | ☐ japonés |
| ☐ Coreano | ☐ Vietnamita |
| ☐ Otros asiáticos | ☐ Samoano |
| ☐ Otros isleños del Pacífico | ☐ Guameño o Chamorro |
| ☐ Filipino | ☐ Más de una raza |
| ☐ Elijo no responder | ☐ Otro |
- Si es otro, (por favor escriba): _____
19. ¿Que etnia eres?
- ☐ Mexicano, mexicanoamericano o chicano/a
☐ Cuban ☐ Puertorriqueño
☐ NO de origen hispano, latino/a o español
☐ Origen hispano, latino/a o español
☐ Elijo no responder
20. ¿Qué idioma te resulta más cómodo hablar?
- ☐ Inglés
☐ Otro (por favor escriba): _____
☐ Requiere un intérprete: _____
☐ Elijo no responder

Características situacionales

21. ¿Ha servido usted en el ejército las fuerzas armadas o los servicios uniformados de los Estados Unidos?
- ☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder
22. Durante el último año, ¿pasó usted más de dos noches seguidas en una cárcel, prisión o centro correccional de menores?
- ☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder

23. En algún momento de los últimos 2 años, ¿el trabajo agrícola temporal o migratorio ha sido la principal fuente de ingresos de usted o de su familia?

☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder

24. ¿Es usted un refugiado?

☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder

Servicios comunitarios

25. ¿Necesita ayuda con alguno de los siguientes?
Mantenimiento de renovación de la cobertura de MO Healthnet/cupones de alimentos

☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder

Asistencia para la solicitud
(organizaciones de servicios sociales, Medicaid, etc.)

☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder

Presupuesto/educación financiera

☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder

Educación sobre salud y enfermedades

☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder

26. ¿Es usted actualmente padre o niño de crianza, familiar o adoptivo?

☐ Parent ☐ Child ☐ No

27. Si es así, ¿necesita alguno de los siguientes?
Cuidado de niños de acogida/Cuidado de relevo

☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder

Asistencia/planificación de transición de crianza (cambio de ubicación, transición fuera del cuidado, servicios para jóvenes y/o justicia juvenil)

☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder

28. ¿Problemas de comunicación?

☐ Personas con dificultades auditivas	☐ Legalmente ciego
☐ Silenciar	☐ Animal de servicio registrado
☐ Utiliza el teléfono TTD	☐ Prefiere formularios/leer en voz alta
☐ Dificultad para leer	☐ Ninguna de las anteriores
☐ Elijo no responder	

29. Nuestro centro de salud ofrece un Programa de Descuento con Tarifas Variables para ayudar a reducir el costo de la atención según los ingresos y el tamaño del hogar. ¿Le gustaría solicitar este programa hoy mismo?:

☐ Sí, me gustaría postularme
☐ No, me niego en este momento ☐ Ya inscrito

30. ¿Le gustaría que un trabajador de salud comunitario (CHW) de OCHC le ayude con algo en este formulario?

☐ Sí ☐ No