



FECHA: _____

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

(____) _____ (____) _____ (____) _____
 NUMERO 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



2026

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

ESTO ES SOLO UNA ENCUESTA. Esta información se utiliza únicamente para conocer las necesidades de nuestros pacientes. Por favor, encierre en un círculo el tamaño de la familia y el ingreso mensual que mejor representen su hogar. Todos los ingresos que se enumeran a continuación están en USD

Familia Tamaño	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
1	0	1,331	1,996	Over
	1,330	1,995	2,660	2,660
2	0	1,804	2,706	Over
	1,803	2,705	3,607	3,607
3	0	2,278	3,416	Over
	2,277	3,415	4,553	4,553
4	0	2,751	4,126	Over
	2,750	4,125	5,500	5,500
5	0	3,224	4,836	Over
	3,223	4,835	6,447	6,447
6	0	3,698	5,546	Over
	3,697	5,545	7,393	7,393
7	0	4,171	6,256	Over
	4,170	6,255	8,340	8,340
8	0	4,644	6,966	Over
	4,643	6,965	9,287	9,287
9	0	5,118	7,676	Over
	5,117	7,675	10,233	10,233
10	0	5,591	8,386	Over
	5,590	8,385	11,180	11,180
11	0	6,064	9,096	Over
	6,063	9,095	12,127	12,127
12	0	6,538	9,806	Over
	6,537	9,805	13,073	13,073
13	0	7,011	10,516	Over
	7,010	10,515	14,020	14,020
14	0	7,484	11,226	Over
	7,483	11,225	14,967	14,967
15	0	7,958	11,936	Over
	7,957	11,935	15,913	15,913



CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES DE SALUD DEL ADULTO

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

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

Otro: _____

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fumador Anterior | <input type="checkbox"/> Consumo de Alcohol | <input type="checkbox"/> ¿Quieres ayuda para dejar de fumar? |
| <input type="checkbox"/> Actual Fumador | <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias | <input type="checkbox"/> Use Lentes de Contacto/Gafas |

Historia Familiar	Relación	Descripción
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas Neurológicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Trastornos Cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Trastornos Gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enfermedad Respiratoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Trastornos de la Sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Trastornos de EM	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Trastornos de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Trastornos por uso de Alcohol/Sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Otros médicos que veo: _____

Suministros médicos a domicilio: _____ Fisioterapia: _____



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¿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.
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano |
| <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Indioamericano/nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> japonés |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Otros asiáticos | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico | <input type="checkbox"/> Guameño Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Más de una raza |
| <input type="checkbox"/> Elijo no responder | <input type="checkbox"/> 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?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Personas con dificultades auditivas | <input type="checkbox"/> Legalmente ciego |
| <input type="checkbox"/> Silenciar | <input type="checkbox"/> Animal de servicio registrado |
| <input type="checkbox"/> Utiliza el teléfono TTD | <input type="checkbox"/> Prefiere formularios/leer en voz alta |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para leer | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> 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