# FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

(866) 707-OMNI (6664) • www.OmniFamilyHealth.org

Omni Family Health

*Office Use Only* — *After patient registration form is completed, Front Office Clerk shall enter information in patient's electronic health record and scan form into the correct patient chart.*

| Primer nombre: | Segundo nombre: | Apellido: | Fecha de nacimiento: |
|---|---|---|---|

N.° de Seguro Social

¿Cuáles son sus pronombres?
- Él/Su/Suyo
- Ella/Su/Suyo
- Ellos/Sus/Suyos
- Otro

Identidad de género:
- Masculino
- Femenino
- Hombre transexual/Mujer a hombre (FTM)
- Mujer transexual/Hombre a mujer (MTF)
- Género homosexual

Sexo asignado en el nacimiento:
- Masculino
- Femenino
- Intersexual
- Rehúsa responder

Usted se considera como:
- Heterosexual
- Lesbiana, gay u homosexual
- Bisexual
- Algo más
- No sé

Estado civil:
- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Separado
- Viudo
- Pareja doméstica

Raza:
- Afroamericano/negro
- Nativo americano o nativo de Alaska
- Nativo de Hawái/isleño del Pacífico
- Caucásico/ blanco
- Asiático
- Otro

Origen étnico:
- Latino/hispano
- No latino/hispano

Vagabundo:
- Vive en un refugio
- En transición
- Vive en las calles
- compartiendo vivienda
- No soy vagabundo

¿Es veterano del ejército Militar de EE. UU.?
- Sí
- No

Dirección postal: (incluya la suite, el apartamento, etc.) Ciudad Estado Código postal

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

Teléfono de la casa:
Teléfono celular:

Para los fines de enviarle recordatorios de atención médica e información sobre su atención médica; acepto recibir: llamadas telefónicas ☐ Si ☐ No mensajes de texto ☐ Si ☐ No correspondencia por correo ☐ Si ☐ No

¿Nos podemos comunicar con usted a través del correo electrónico?
Si ☐ No ☐ dirección de correo electrónico:

¿Cuál idioma usa con más comodidad?
☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro

¿Como supiste de nosotros? ☐ Amigo / Miembro de la familia ☐ Televisión ☐ Radio ☐ Remisión ☐ Cartelera ☐ Redes sociales ☐ Autobús ☐ Mailer ☐ Anuncio por el internet ☐ Otro:

Experiencia con la agricultura/trabajo agrícola: (siembra, recolección, preparación de la tierra, planta de empaque, lácteos, conducción de un camión para cualquier tipo de trabajo agrícola)

1. En los últimos dos años, ¿ha trabajado **usted o alguna persona en su familia** en algún tipo de trabajo agrícola? ☐ Sí ☐ No
2. En los dos últimos años, ¿se ha mudado usted o un miembro de su familia a otra área y ha vivido lejos de casa para trabajar en algún tipo de trabajo agrícola? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Ha dejado de emigrar usted o un miembro de su familia para trabajar en la agricultura (trabajo agrícola) debido a una discapacidad o a edad? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Está buscando empleo en la agricultura? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Usted o un miembro de su familia dejó de trabajar en la agricultura (trabajo agrícola) debido a una discapacidad o edad? ☐ Sí ☐ No

**Uso del consultorio:**
**Sí- #1, #4, #5 "Temporal"**
**Sí- #2, #3 "Migrante"**

¿Cuánta gente hay en tu familia?
Tamaño de la Familia: _____

Ingresos anuales: _____

¿Con quién nos podemos comunicar en caso de emergencia?
Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____

¿Qué tipo de seguro de salud tiene?
- Seguro privado
- Medi-Cal
- Medicare
- No tiene seguro

Persona responsable (Padre o tutor legal que firma este formulario): Fecha de nacimiento
Primer nombre: Apellido

Dirección postal: Ciudad Estado Código postal

Número de contacto: Relación con el paciente:

Autorización y consentimiento:

- Yo/ el representante del paciente doy mi consentimiento de que me estoy presentando en Omni Family Health para los exámenes, el diagnóstico o el tratamiento de mi salud, estado médico o estado dental. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos de los servicios prestados a mis dependientes o a mí, ya que mi compañía aseguradora puede pagar un monto menor al de la factura final; esto incluye el saldo restante después del pago de los beneficios del seguro, los deducibles y los copagos.
- Yo/el representante del paciente autorizo la divulgación de la información médica a otras entidades a fin de resolver el reclamo. (Consulte el Aviso de las Políticas de Privacidad)
- Yo / paciente **rechazo** ☐ **consiento** ☐ el derecho de presentar una solicitud para el descuento de Escala de tarifa variable

Firma del paciente/tutor legal _____ Fecha: _____

*Solo para uso del consultorio* — *Después de que el formulario de inscripción del paciente esté completo, el empleado de recepción ingresará la información en el expediente médico electrónico del paciente y escaneará el formulario para colocarlo en la historia clínica correcta.*

# LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD (HIPAA) CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

(866) 707-OMNI (66 64) • www.OmniFamilyHealth.org

Omni Family Health

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

## Sección A: Consentimiento para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica

Por este medio doy mi consentimiento para el uso o la divulgación de mi información de salud que me identifica de manera individual, para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Esto incluye la asignación de beneficios.
Doy mi consentimiento a exámenes, tratamientos, procedimientos y análisis de sangre ordenados por mi médico y proveedores de atención médica, incluidos análisis de sangre para detectar enfermedades transmisibles como hepatitis y VIH / SIDA.

Este consentimiento está autorizado para los proveedores de atención médica que se indican a continuación:
*médicos, enfermeros de práctica avanzada, asistentes médicos y personal médico de Omni Family Health*

- Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de las Políticas de Privacidad de este consultorio como se muestra en la sala de espera.
- He recibido una copia y leí el Aviso de las Políticas de Privacidad que está publicado en este consultorio y entiendo su significado.
- Entiendo que tengo derecho a solicitar que este proveedor restrinja la forma cómo se use o divulgue la información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Además, que el proveedor no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas.
- Entiendo que la ley estatal exige que se informe al departamento de salud sobre ciertos resultados positivos, como la hepatitis y el anticuerpo contra el virus del SIDA.
- Tengo derecho a revocar el consentimiento por escrito salvo en la medida en que el proveedor haya adoptado medidas antes de la revocación.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria.

| **Indique las restricciones solicitadas** | **Aprobado/denegado por el proveedor** |
|---|---|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

*Descripción específica de la información (incluyendo fechas):* _____

_____

Firma del paciente o del representante del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del paciente o del representante del paciente: _____ Relación: _____

## Sección B: Autorización para compartir información de salud protegida

A fin de divulgar o hablar sobre cualquier información personal de salud con su familia o persona designada, debemos tener un consentimiento firmado en el expediente, en el cual se autorice a Omni Family Health a compartir información sobre su atención en nuestro consultorio con el miembro de la familia o persona designada. Indique los nombres de las personas que quisiera que participen en su atención médica. Esta información se puede cambiar o revocar en cualquier momento con su autorización.

Nombre del paciente: _____ N°. de expediente médico: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Autorizo a Omni Family Health a compartir información relacionada con mi estado de salud con las personas indicadas anteriormente.

Entiendo que esto podría incluir información como: el diagnóstico, el pronóstico, así como los planes de tratamiento, los medicamentos, los resultados de las pruebas, los recordatorios de las citas, la facturación médica, el seguro y cualquier otra información médica pertinente a mi atención.

☐ Rehúso que mi información médica se comparta con mi familia o persona designada.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

# RECONOCIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES MÉDICAS ANTICIPADAS

(866) 707-OMNI (66 64) • www.OmniFamilyHealth.org

Omni Family Health

De conformidad con la Ley de Autodeterminación del Paciente, a los pacientes mayores de 18 años de edad se les debe proporcionar información sobre las Instrucciones médicas anticipadas. El procedimiento que se indica a continuación se usará como medio para poner esta información a disposición de los pacientes de Omni Family Health.

¿Estaría interesado en recibir información sobre las Instrucciones médicas anticipadas? ☐ Sí ☐ No

Es política de Omni Family Health, NO respetar una solicitud de "No reanimar", también conocida como Do Not Resuscitate (No resucitar o DNR, por sus siglas en inglés). Los medicamentos o agentes anestésicos tienen el potencial de provocar un paro cardíaco o respiratorio. Omni Family Health (OFH) implementará iniciativas de reanimación en cualquier paciente que experimente un evento potencialmente mortal mientras reciba atención en cualquier centro de Omni Family Health. En caso de que haya una complicación, a usted se le trasladará al hospital y se seguirá la política del hospital sobre las Instrucciones médicas anticipadas. Las preguntas acerca de esta política se pueden dirigir al proveedor que le atienda.

☐ He recibido toda la información que se me proporcionó sobre las Instrucciones médicas anticipadas.

| | |
|---|---|
| Nombre del paciente | Fecha de nacimiento |
| Firma del paciente | Fecha |
| Representante del paciente | Firma del representante |

# DERECHOS DEL PACIENTE

(866) 707-OMNI (6664) • www.OmniFamilyHealth.org

Omni Family Health

Como nuestro paciente, usted tiene alternativas, derechos, y responsabilidades.

Usted tiene derechos a:

- Ser tratados con dignidad y respeto
- Saber el nombre de las personas que lo atienden
- Tener privacidad y confidencialidad de sus archives
- Recibir explicaciones
- Recibir educacion y consejos
- Revisar sus archives medicos con un medico profesional
- Aceptar o rechazar cualquier cuidado o tratamiento
- Obtener la atencion de otros medicos en el hogar medico de atencion primaria, buscar segunda opinion y buscar atencion de especialidad
- Seleccionar el proveedor primario de su opcion para su cuidado medico

Los pacientes de la planificacion familiar tambien tienen derecho a:

- Decidir si quieren tener hijos, no tener hijos y cuando tenerlos
- Conocer la efectividad, posible efectos secundarios y problemas de todos los metodos de control natal
- Participar en escoger un metedor de control natal

Usted tiene la responsabilidad de:

- Ser honesto acerca de su historia medica
- Estar seguro que usted entiende quien es parte de su equipo medico
- Seguir las instrucciones y el asesoramiento medico
- Respetar los reglamentos de la clinica
- Reportar cambios en su salud
- Cumplir con su cita o cancelar dentro de 24 horas

Si tiene alguna sugerencia, cumplido o queja, háganoslo saber.

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFAS DESLIZANTES

(866) 707-OMNI (66 64) • www.OmniFamilyHealth.org

Omni Family Health

## SECCION I

Nombre: _____ Fecha: _____
(Primero) (M) (Ultimo)

Numero de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: ○ Soltero ○ Casado ○ Divorciado ○ Viudo

Nombre del Conyuge: _____

Nombre del Paciente: _____ Relacion del Solicitante con el Paciente: _____

## INFORMACION DEL HOGAR
## SECCION II

Información sobre los ingresos del hogar: enumere a todos los que viven en su hogar (incluido usted). Incluya a cualquier persona de al menos 18 años de edad que resida en el hogar y contribuya a los gastos básicos de vida del hogar (incluido usted). Los ingresos incluyen salarios brutos (antes de impuestos), ingresos de manutención de los hijos, ingresos de pensión alimenticia, ingresos por alquiler, compensación por desempleo, beneficios de seguridad social, asistencia pública / gubernamental, pensiones y / o ingresos de distribución de IRA u otros ingresos de jubilación, etc. NO incluya -asistencia en efectivo, como cupones de alimentos, subsidio de vivienda u otros subsidios del gobierno. Para ser considerado miembro del hogar, la persona debe figurar a continuación. Los adultos (a excepción de su cónyuge) enumerados a continuación con ingresos cero deben proporcionar la documentación requerida.

| Nombre (Primero y Apellido) | Edad | Fuente de Ingresos o Nombre del Empleado | Ingreso Mensual |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Incluya documentacion de ingresos para cada ADULTO mencionado anteriormente.

Numero total de adultos (mayors del 18 anos): _____

Ingreso annual bruto total estimado: $ _____

Numero total de ninos (menores de 18 anos):_____

Numero total de miembros del hogar: _____

Testificado por el personal de OFH: _____

INFORMACION DEL HOGAR
SECCION II (continuacion)

Por la presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en que cualquier información engañosa o falsificada, y / u omisiones pueden descalificarme de una consideración adicional para el programa de descuento de tarifa móvil y me someterán a sanciones bajo las Leyes Federales, que pueden incluir multas y encarcelamiento. Además, estoy de acuerdo en informar a Omni Family Health si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si se obtiene la aceptación del programa de tarifas móviles bajo esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y regulaciones de Omni Family Health. Por la presente, reconozco que leí la divulgación anterior y la entiendo.

Doy mi consentimiento para la divulgación de todos y cada uno de mis registros financieros, incluidos, entre otros: solicitud de escala móvil y documentación de respaldo, información del paciente, información del seguro y cualquier otro tipo de información contenida en mis registros electrónicos de salud y / o dentales que cualquier auditor puede considerar necesario para la revisión, para participar en cualquier programa de asistencia, incluidos, entre otros, la escala móvil de tarifas, los programas de gran financiación y / o los programas de asistencia de farmacia para los que puedo ser elegible.

Fecha:_____

Nombre (letra de imprenta): _____

Firma: _____

Atestiguado por el personal de OFH : _____

Welcome to Omni Family Health!

Name: _____ Date: _____

| GAD - 7 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Durante las ultimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido moletias dedibo a los siguientes problemas? (Marque con un "✓" para indicar su respuesta) | Ningún día | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 4. Ha tenido dificultad para relajarse | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a) | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 6. Se ha molestado o irritado fácilmente | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| Total Score = _____ (Add the score for each column) | | | | |

**Scoring**
Scores of 5, 10, and 15 are taken as the cut-off points for mild, moderate and severe anxiety, respectively. When used as a screening tool, further evaluation is recommended when the score is 10 or greater.

Imprimir

**Name:_____** **Date: _____**

**Welcome to Omni Family Health!**

**Imprimir**

**Cuestionario sobre la salud del paciente - 2 (PHQ-2)**

| Durante las *últimas 2 semanas*, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? | **Ningún día** | **Varios días** | **Más de la mitad de los días** | **Casi todos los días** |
|---|---|---|---|---|
| 1. Poco interés o placer en hacer cosas | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |

**For office coding: __0__ + _____ +_____ + _____**

**= Total Score**_0_____

**Cuestionario sobre la salud del paciente - 9 (PHQ-9)**

| **Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?** | No del todo | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|---|---|---|---|---|
| 1. Poco interés o placer en hacer cosas | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 2. Sintiéndose decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 3. Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 4. Sintiéndose cansado o teniendo poca energía | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 5. Pobre de apetito o comer en exceso | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 6. Sintiéndose mal con usted mismo(a) – o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 8. ¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a) | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| Total Score: _____ | | + | + | + |
| Si usted marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tan difícil han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar,o llevarse bien con otras personas? | Para nada difícil ☐ | Un poco difícil ☐ | Muy difícil ☐ | Extremamente difícil ☐ |

# Evaluación de Salud

*(Staying Healthy Assessment)*

## 12 – 17 años *(12 – 17 Years)*

Imprimir

| Nombre (primer nombre y apellido) | Fecha de nacimiento | ◯ mujer ◯ hombre | Fecha de hoy | Año escolar |
|---|---|---|---|---|
| Persona que completa el formulario | ☐ Padre/madre ☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Tutor ☐ Otro (especifique) | | | Asistencia escolar ¿Regular? ◯ Sí ◯ 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: |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿Bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? *Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?* | Sí *Yes* ◯ | No ◯ | Omitir *Skip* ◯ | Nutrition |
| 2 | ¿Come frutas y verduras, al menos, 2 veces al día? *Eats fruits and vegetables at least 2 times per day?* | Sí ◯ | No ◯ | Omitir ◯ | |
| 3 | ¿Come comidas con alto contenido de grasa, como comidas fritas, papitas, helado o pizza más de una vez por semana? *Eats high fat foods more than once per week?* | No ◯ | Sí *Yes* ◯ | Omitir *Skip* ◯ | |
| 4 | ¿Bebe más de 12 oz (1 lata de refresco) por día de jugo, bebida deportiva, bebida energizante o bebida de café endulzada? *Drinks more than 12 oz. per day of juice/sports/energy drink, or sweetened coffee drink?* | No ◯ | Sí *Yes* ◯ | Omitir *Skip* ◯ | |
| 5 | ¿Hace ejercicio o deporte la mayoría de los días? *Exercises or plays sports most days of the week?* | Sí ◯ | No ◯ | Omitir ◯ | Physical Activity |
| 6 | ¿Le preocupa su peso? *Concerned about weight?* | No ◯ | Sí ◯ | Omitir ◯ | |
| 7 | ¿Mira televisión o juega juegos de video menos de 2 horas al día? *Watches TV or plays video games less than 2 hours per day?* | Sí *Yes* ◯ | No ◯ | Omitir *Skip* ◯ | |
| 8 | En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? *Home has working smoke detector?* | Sí *Yes* ◯ | No ◯ | Omitir *Skip* ◯ | Safety |
| 9 | En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? *Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?* | Sí *Yes* ◯ | No ◯ | Omitir *Skip* ◯ | |
| 10 | ¿Siempre usa cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil? *Always wears a seatbelt when riding in a car?* | Sí *Yes* ◯ | No ◯ | Omitir *Skip* ◯ | |
| 11 | ¿Pasa tiempo en un hogar donde hay un revólver? *Spends time in a home where a gun is kept?* | No ◯ | Sí *Yes* ◯ | Omitir *Skip* ◯ | |
| 12 | ¿Pasa tiempo con alguna persona que lleve un revólver, un cuchillo u otra arma? *Spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?* | No ◯ | Sí *Yes* ◯ | Omitir *Skip* ◯ | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 13 | ¿Siempre usa casco cuando va en bicicleta, patineta o *scooter*?<br>*Always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?* | Sí *Yes* | No | Omitir *Skip* | |
| 14 | ¿Alguna vez ha presenciado un acto de abuso o violencia?<br>*Ever witnessed abuse or violence?* | No | Sí *Yes* | Omitir *Skip* | |
| 15 | Durante el último año, ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado o lastimado físicamente (o ha lastimado usted a alguien)?<br>*Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone (or has he/she hurt someone) in the past year?* | No | Sí *Yes* | Omitir *Skip* | |
| 16 | ¿Alguna vez lo han intimidado o se sintió inseguro en su escuela o barrio (o lo intimidaron por Internet)?<br>*Ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?* | No | Sí *Yes* | Omitir *Skip* | |
| 17 | ¿Se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días?<br>*Brushes and flosses teeth daily?* | Sí | No | Omitir | Dental Health |
| 18 | ¿Con frecuencia se siente triste, deprimido o desesperanzado?<br>*Often feels sad, down, or hopeless?* | No | Sí | Omitir | Mental Health |
| 19 | ¿Pasa tiempo con alguna persona que fuma?<br>*Spends time with anyone who smokes?* | No | Sí | Omitir | Alcohol, Tobacco, Drug Use |
| 20 | ¿Fuma cigarrillos o mastica tabaco?<br>*Smokes cigarettes or chews tobacco?* | No | Sí | Omitir | |
| 21 | ¿Consume o aspira alguna sustancia para drogarse, como marihuana, cocaína, *crack*, metanfetamina ("*meth*"), éxtasis, etc.?<br>*Uses or sniffs any substance to get high?* | No | Sí *Yes* | Omitir *Skip* | |
| 22 | ¿Utiliza medicamentos que no fueron recetados para usted?<br>*Uses medicines not prescribed for her/him?* | No | Sí *Yes* | Omitir *Skip* | |
| 23 | ¿Bebe alcohol una vez a la semana o más?<br>*Drinks alcohol once a week or more?* | No | Sí *Yes* | Omitir *Skip* | |
| 24 | Si bebe alcohol, ¿bebe hasta emborracharse o desmayarse?<br>*If she/he drinks alcohol, drinks enough to get drunk or pass out?* | No | Sí *Yes* | Omitir *Skip* | |
| 25 | ¿Tiene amigos o familiares que tienen problemas con las drogas o el alcohol? *Has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?* | No | Sí *Yes* | Omitir *Skip* | |
| 26 | ¿Conduce un automóvil después de beber, o viaja en un automóvil conducido por una persona que ha bebido o consumido drogas?<br>*Drives a car after drinking, or rides in a car driven by someone who has been drinking or using drugs?* | No | Sí *Yes* | Omitir *Skip* | |
| Sus respuestas sobre relaciones sexuales o planificación familiar no serán divulgadas a nadie, ni siquiera a sus padres, sin su permiso. | | | | | |
| 27 | ¿Alguna vez lo forzaron o presionaron para tener relaciones sexuales? *Ever been forced or pressured to have sex?* | No | Sí *Yes* | Omitir *Skip* | Sexual Issues |
| 28 | ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales (orales, vaginales o anales)? *Si la respuesta es "no", pase a la pregunta 35.*<br>*Ever had sex (oral, vaginal, or anal)?* | No | Sí *Yes* | Omitir *Skip* | |
| 29 | ¿Cree que usted o su pareja pueden tener una infección de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI), como clamidia, gonorrea, verrugas genitales, etc.?<br>*Thinks she/he or partner could have a STI?* | No | Sí *Yes* | Omitir *Skip* | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 30 | ¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales con otras personas en el último año? *She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?* | No | Sí *Yes* | Omitir *Skip* | |
| 31 | ¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin utilizar un método anticonceptivo en el último año? *She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?* | No | Sí *Yes* | Omitir *Skip* | |
| 32 | La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿utilizó un método anticonceptivo? *Used birth control the last time she/he had sex?* | Sí *Yes* | No | Omitir *Skip* | |
| 33 | ¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin condón en el último año? *She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?* | No | Sí | Omitir | |
| 34 | ¿Usted o su pareja usaron un condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales? *She/he or partner used a condom the last time they had sex?* | Sí *Yes* | No | Omitir *Skip* | |
| 35 | ¿Tiene alguna pregunta sobre su orientación sexual (que estás atraído a) o la identidad de género (cómo se siente como un niño, niña, o de otro género)? *Any questions about sexual orientation or gender identity?* | No | Sí *Yes* | Omitir *Skip* | |
| 36 | ¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre su salud? *Any other questions or concerns about health?* | No | Sí | Omitir | Other Questions |

*Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:*

Imprimir

| ***Clinic Use Only*** | Counseled | Referred | Anticipatory Guidance | Follow-up Ordered | Comments: |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ Nutrition | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ☐ Physical activity | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ☐ Safety | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ☐ Dental Health | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ☐ Mental Health | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ☐ Alcohol, Tobacco, Drug Use | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ☐ Sexual Issues | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ **Patient Declined the SHA** |

| 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: |