

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

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



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.º de Seguro Social	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 Rechusa responder	Usted se considera como: Heterosexual Lesbiana, gay u homosexual Bisexual Algo más No sé		Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Pareja doméstica		
¿Cuáles son sus pronombres? Él/Su/Suyo Ella/Su/Suyo Ellos/Sus/Suyos Otro							
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 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 Anuncio por el internet Otro:		Televisión		Radio		Remisión	
		Cartelera		Redes sociales		Autobús Mailer	
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)							Uso del consultorio:
1. En los últimos dos años, ¿ha trabajado usted o alguna persona en su familia en algún tipo de trabajo agrícola? Sí No							Sí- #1, #4, #5 "Temporal" Sí- #2, #3 "Migrante"
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							
¿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): Primer nombre: _____ Apellido: _____ Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de contacto: _____ Relación con el paciente: _____				Fecha de nacimiento	
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



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*

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ 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 | <p>proveedor no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 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



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

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 archivos
- ☐ Recibir explicaciones
- ☐ Recibir educación y consejos
- ☐ Revisar sus archivos médicos con un médico profesional
- ☐ Aceptar o rechazar cualquier cuidado o tratamiento
- ☐ Obtener la atención de otros médicos en el hogar médico de atención primaria, buscar segunda opinión y buscar atención de especialidad
- ☐ Seleccionar el proveedor primario de su opción para su cuidado médico

Los pacientes de la planificación familiar también 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 métodos de control natal
- ☐ Participar en escoger un método de control natal

Usted tiene la responsabilidad de:

- ☐ Ser honesto acerca de su historia médica
- ☐ Estar seguro que usted entiende quien es parte de su equipo médico
- ☐ Seguir las instrucciones y el asesoramiento médico
- ☐ Respetar los reglamentos de la clínica
- ☐ 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



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 anual 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 : _____

Nombre: _____

Fecha: _____



Bienvenido a Omni Family Health

Nuestros profesionales proveedores de salud están pidiendo a todos los pacientes mayores de 18 años de edad que respondan a algunas preguntas acerca de su/sus hábitos de salud. Estas preguntas se hacen con el fin de proporcionarle la mejor y más completa atención posible al permitir que su médico profesional obtenga una mejor comprensión de sus hábitos de salud. Este formulario es confidencial y no se dará a conocer a nadie fuera de Omni Family Health sin su permiso. Si tiene alguna pregunta, no dude en preguntar al personal de la oficina para obtener una aclaración.

Cuestionario de uso de drogas (DAST-10)

Recuerde que las preguntas NO INCLUYE el alcohol o el tabaco.

Por favor, conteste todas las preguntas. Elija la respuesta que sea más correcta.

Estas preguntas se refieren a los últimos 12 meses solamente.	Yes	NO
1. ¿Usted ha utilizado drogas que no sean las requeridas para una razón médica?		
2. ¿Es usted abusa de más de un medicamento a la vez?		
3. ¿Es capaz de dejar de consumir drogas cuando usted quiera?		
4. ¿Ha tenido "lagunas mentales" o "memorias recurrentes", como resultado del uso de drogas?		
5. ¿Se siente mal o culpable por su uso de drogas?		
6. ¿Su cónyuge (o sus padres) se han quejado acerca de su relación con las drogas?		
7. ¿Ha descuidado a su familia debido a su uso de drogas?		
8. ¿Ha participado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?		
9. ¿Ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando deja de usar drogas?		
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones)?		
*DAST Score		

Nombre: _____

Fecha: _____

Cuestionario CAGE:

- ¿Alguna vez ha sentido que debería **D**ejar de beber?
Si No
- ¿Lo **M**olestan las personas que critican su forma de beber?
Si No
- ¿Se ha sentido **C**ulpable por beber?
Si No
- ¿Ha tenido un trago en la mañana para calmar sus nervios o para quitarse la resaca (**a**brió los **O**jos)?
Si No



Welcome to Omni Family Health!

Name: _____

Date: _____

GAD - 7				
Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido 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.				



Name: _____

Date: _____

Welcome to Omni Family Health!

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 _____

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. Sintiendo 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. Sintiendo cansado o teniendo poca energía	0	1	2	3
5. Pobre de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sintiendo 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)

Adulto (Adult)

Nombre del paciente (nombre y apellido)		Fecha de nacimiento		Mujer Hombre		Fecha de hoy	
Persona que llena el formulario (si el paciente necesita ayuda) ☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Otro Especifique						¿Necesita ayuda para llenar el formulario? 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 sabe una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre alguna sección de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.							¿Necesita un intérprete? Sí No
							Clinic Use Only:
							Nutrition
1	¿Bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Drinks or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip			
2	¿Come frutas y verduras todos los días? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip			
3	¿Limita la cantidad de alimentos fritos o comida rápida que come? <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip			
4	¿Tiene la posibilidad de comer suficientes alimentos saludables? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Sí Yes	No	Omitir (Skip)			
5	¿La mayoría de los días bebe un refresco, jugo, bebida deportiva o bebida energizante? <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip			
6	Por lo general, ¿come demasiado o muy poco? <i>Often eats too much or too little food?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip			
7	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip			
8	¿Hace ejercicio o realiza actividades, como caminar, jardinería o nadar durante, al menos, ½ hora al día? <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip			Physical Activity
9	¿Se siente seguro donde vive? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip			Safety
10	¿Ha tenido accidentes automovilísticos últimamente? <i>Had any car accidents lately?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip			

11	Durante el último año, ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado o lastimado físicamente? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
12	¿Siempre usa cinturón de seguridad cuando conduce o viaja en automóvil? <i>Always wears a seat belt when driving or riding in a car?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
13	¿Tiene un arma de fuego en su hogar o en el lugar donde vive? <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
14	¿Se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Dental Health
15	¿Con frecuencia se siente triste, desesperanzado, enojado o preocupado? <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Mental Health
16	¿Con frecuencia tiene dificultades para dormir? <i>Often has trouble sleeping?</i>	No	Sí	Omitir	
17	¿Fuma o masca tabaco? <i>Smokes or chews tobacco?</i>	No	Sí	Omitir	Alcohol, Tobacco, Drug Use
18	¿Sus amigos o familiares fuman en su hogar o en el lugar donde usted vive? <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
19	En el último año ¿ha tomado: ☐ (hombres) 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día? ☐ (mujeres) 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día? <i>In past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?</i>	No	Sí (Yes)	Omitir <i>Skip</i>	
20	¿Consume drogas o medicamentos para ayudarlo a dormir, relajarse, calmarse, sentirse mejor o perder peso? <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
21	¿Cree que usted o su pareja podría estar embarazada? <i>Thinks she/he or partner could be pregnant?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Sexual Issues
22	¿Cree que usted o su pareja pueden tener una infección de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI), como clamidia, gonorrea, verrugas genitales, etc.? <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
23	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin utilizar un método anticonceptivo en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
24	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales con otras personas en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

25	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin condón en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
26	¿Alguna vez le forzaron o presionaron para tener relaciones sexuales? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
27	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre su salud? <i>Any other questions or concerns about health?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:

<i>Clinic Use Only</i>	Counseled	Referred	Anticipator y Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
☐ Nutrition	☐	☐	☐	☐	☐ Patient Declined the SHA
☐ Physical activity	☐	☐	☐	☐	
☐ Safety	☐	☐	☐	☐	
☐ Dental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Mental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Alcohol, Tobacco, Drug Use	☐	☐	☐	☐	
☐ Sexual Issues	☐	☐	☐	☐	
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: