

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES



(866) 7 07 - OMNI (66 64)

• www.OmniFamilyHealth.org

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

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

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

Teléfono de casa: () -	Con el fin de enviarle recordatorios de atención médica e información sobre su atención médica, acepto recibir
Teléfono celular: () -	
Llamadas telefónicas <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Mensajes de texto <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Correspondencia por correo <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	

¿Podemos ponernos en contacto con usted por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	¿Qué idioma te sientes más cómodo usando? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros _____
---	---

Dirección de correo electrónico:	
Estado civil: Divorciado Pareja de hecho Separados legalmente Compañero de vida Casado Soletra Viuda	Sexo al nacer: Femenino Masculino Indiferenciado Desconocido Género actual: Femenino Masculino Indiferenciado
Identidad de género: Optar por no divulgar Femenino Mujer a Hombre (FTM)/ Hombre Transgénero Masculino Hombre a mujer (MTF)/ Mujer transgénero Ni exclusivamente masculino ni femenino	Orientación sexual: Bi-sexual Optó por no revelar No sé Lesbianas, gays u homosexuales Heterosexual Algo más/por favor describa
Pronombre preferido: Preguntado pero desconocido Negarse a contestar Él/Él/Su Ella/Ella/Suyo Ellos/Ellos/Suyos Otros	

Raza: Blanco Nativo americano o nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Afroamericano/Negro	Origen étnico: Latino/Hispano Hispanos no latinos	Sin hogar: En transición Vive en la calle Duplicación No es una persona sin hogar	¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?: Sí No
---	--	---	--

Yo/paciente Declinar el consentimiento el derecho a presentar una solicitud para el descuento de la tarifa de escala móvil

Tamaño de la familia: ¿Cuántas personas hay en su familia? _____ **Ingresos Anuales:** _____ **Negarse a proporcionar (iniciales del paciente):** _____

¿Qué tipo de seguro médico tienes? Seguro Privado: ____ Medi-Cal: ____ Medi-Care: ____ Sin Seguro: _____

¿Cómo te enteraste de nosotros? Amigos/familiares: ____ Televisión: ____ Radio: ____ Referencia: ____ Redes sociales: ____ Autobús: ____
Correo: ____ Anuncio en línea: ____

Experiencia con la agricultura / trabajo agrícola: (plantar, cosechar, preparar el suelo, empacadora, lechería, conducir un camión para cualquier tipo de trabajo agrícola) 1. En los últimos dos años, ¿usted o alguien de su familia ha trabajado en algún tipo de trabajo agrícola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. En los últimos dos años, ¿usted o un miembro de su familia se ha mudado a otra área y ha vivido fuera de casa para trabajar en ¿Algún tipo de trabajo agrícola agrícola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 3. ¿Usted o un miembro de su familia ha dejado de migrar para trabajar en la agricultura (trabajo agrícola) debido a una discapacidad o edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 4. ¿Está buscando empleo en la agricultura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 5. ¿Usted o un miembro de su familia ha dejado de migrar para trabajar en la agricultura (trabajo agrícola) debido a una discapacidad o edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uso de oficina: Sí - #1, #4 "Estacional" Yes- #2, #3 "Migrant"
---	---

¿A quién podemos contactar en caso de emergencia?
Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Persona responsable (padre o tutor legal que firma este formulario):
Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono de contacto: _____ Relación con el paciente: _____

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO:	<input type="checkbox"/> Consentimiento del representante del paciente que presento en Omni Family Health para el examen, diagnóstico y/o tratamiento de mi condición médica, médica o dental. <input type="checkbox"/> Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos prestados por los servicios prestados a mis dependientes o a mí, ya que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real: esto incluye el saldo restante después del pago de los beneficios del seguro, el deducible y los copagos. <input type="checkbox"/> Yo/representante del paciente autorizo la divulgación de información médica a otras entidades con el fin de resolver el reclamo, (Consulte el Aviso de privacidad) Firma del paciente/tutor: _____ fecha: _____
---------------------------------------	--

Solo para uso en la oficina Después de completar el formulario de registro del paciente, el secretario de la oficina principal ingresará la información en el registro de salud electrónico del paciente y escaneará el formulario en la historia clínica del paciente 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*

- 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



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 atiende.

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 educacion y consejos
- Revisar sus archivos 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

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>ultimas 2 semanas</u> , ¿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)				
<p>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.</p>				



Name: _____

Date: _____

Welcome to Omni Family Health!

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

Durante las <i>últimas 2 semanas</i> , ¿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 <i>últimas 2 semanas</i> , ¿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)

Personas mayores (Senior)

Nombre del paciente (primer nombre y apellido)		Fecha de nacimiento:	Mujer Hombre	Fecha de hoy	
Persona que completa el formulario (si el paciente necesita ayuda)		<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro Especifique		¿Necesita ayuda para completar el formulario? Sí No	
<p>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.</p>				¿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? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Nutrition
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	¿Tiene dificultades para masticar o tragar? <i>Has difficulty chewing or swallowing?</i>	No	Sí	Omitir	
8	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>	No	Sí	Omitir	
9	¿Hace ejercicios 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
10	¿Se siente seguro donde vive? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Safety
11	Por lo general, ¿tiene dificultades para llevar un registro de sus medicamentos? <i>Often has trouble keeping track of medicines?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	

12	¿Sus familiares o amigos se preocupan por la forma en que conduce? <i>Family members/friends worried about her/his driving?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
13	¿Ha tenido accidentes automovilísticos últimamente? <i>Had any car accidents lately?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
14	¿A veces se cae y se lastima, o le resulta difícil ponerse de pie? <i>Sometimes falls and hurts self; or has difficulty getting up?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
15	Durante el último año, ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado o lastimado físicamente? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
16	¿Tiene un revólver 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>	
17	¿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
18	¿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
19	¿Con frecuencia tiene dificultades para dormir? <i>Often has trouble sleeping?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
20	¿Usted u otras personas creen que tiene problemas para recordar cosas? <i>Thinks or others think that she/he is having trouble remembering things?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
21	¿Fuma o masca tabaco? <i>Smokes or chews tobacco?</i>	No	Sí	Omitir	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	¿Sus amigos o familiares fuman en su hogar o en el lugar donde vive? <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
23	En el último año ¿ha tomado 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día? <i>In the past year, had 4 or more alcohol drinks in one day?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
24	¿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>	
25	¿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>	Sexual Issues

26	¿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>	
27	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin condón en el último año? <i>She/he or your partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
28	¿Le han forzado o presionado a tener relaciones sexuales, alguna vez? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
29	¿Cuenta con alguien que lo ayude a tomar decisiones sobre su salud o su atención médica? <i>Has someone to help make decisions about her/his health and medical care?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Independent Living
30	¿Necesita ayuda para bañarse, comer, caminar, vestirse o ir al baño? <i>Needs help bathing, eating, walking, dressing, or using the bathroom?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
31	¿Tiene a quién llamar cuando necesita ayuda en una emergencia? <i>Has someone to call when she/he needs help in an emergency?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
32	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre su salud? <i>Any other questions or concerns about your health?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, por favor describa:

<i>Clinic Use Only</i>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Independent Living	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> 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: