



Fecha: ____/____/____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Apellido(s) anterior(es) usado(s) por el paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección del paciente: _____

apto./lote _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Residencia Trabajo Celular

Teléfono secundario: _____ Residencia Trabajo Celular

Dirección de correo electrónico: _____

Idioma preferido: INGLÉS ESPAÑOL OTRO: _____ ¿Se requiere intérprete? SÍ NO

¿Trabaja el paciente? SÍ NO Empleador: _____

Situación laboral: Tiempo completo Tiempo parcial Independiente
 Estudiante Militar activo(a) Jubilado(a)

INFORMACIÓN ADICIONAL - MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

Estado civil

- Divorciado(a)
- Separado(a) legalmente
- Casado(a)
- Pareja
- Soltero(a)
- Viudo(a)
- Otro

Raza

- Indio americano(a)/nativo(a) de Alaska
- Asiático(a)
- Negro(a)/afroamericano(a)
- Nativo(a) de Hawái
- Otro isleño(a) del Pacífico
- Blanco(a)

Grupo étnico

- Hispano(a) o latino(a)
- No hispano(a) o latino(a)

Sexo al nacer

- Masculino
- Femenino

Identidad de género

- Femenino
- Masculino
- Transgénero masculino a femenino
- Transgénero femenino a masculino
- Otro
- Prefiere no revelar

Condición de trabajador agrícola

- Trabajador(a) agrícola migrante
- Ninguno
- Trabajador(a) agrícola estacional

Condición de veterano

- Sí
- No

Condición de persona sin casa

- Refugio para personas sin casa
- No vive en la calle
- Calle
- Transición
- Otro

Información de contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____

de teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

¿Es Ud. cliente de Casa Guadalupe? **Sí** **No**



LA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS Y SERVICIOS DE SALUD DE EE. UU. SOLICITA LO SIGUIENTE: Enumere a **TODOS** los dependientes (INCLUIDO USTED) que indicaría en su declaración de impuestos, sus edades e ingresos netos: Si Ud. no presenta una declaración de impuestos de los EE.UU., sus dependientes incluyen sólo a los que viven con Ud. (ejemplo: Ud., esposo(a), hijos).

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	FUENTE DE INGRESO	INGRESOS BRUTOS	POR SEMANA MES O AÑO

***LAS FUENTES DE INGRESO PUEDEN INCLUIR:** ingresos ganados gravables, ingresos netos gravables por trabajo independiente, ingresos del seguro social, seguro/beneficios del seguro social por discapacidad (Social Security Disability Insurance, SSDI), subsidio por desempleo, pensión alimenticia/manutención conyugal, ayuda financiera, ingresos gravables (pensión, jubilación, ingresos periódicos, intereses, patrimonio/fideicomisos, etc.)

Tamaño de la familia: _____

Nivel de ingresos familiares anuales estimados:

- Menos de \$12,500
- \$21,501-\$25,500
- \$35,501- \$39,500
- \$48,501-\$52,500
- \$12,501- \$17,500
- \$25,501-\$30,500
- \$39,501- \$43,500
- Más de \$52,500
- \$17,501- \$21,500
- \$30,501-\$35,500
- \$43,501- \$48,500

SEGURO MÉDICO

ACTUALMENTE, NO TENGO SEGURO MÉDICO

ACTUALMENTE TENGO ASEGURANZA MÉDICO

¿DÓNDE HA RECIBIDO UD. ATENCIÓN MÉDICA?

¿Tiene Ud. un médico de cabecera? Sí No

Si lo tiene, escriba el nombre del doctor _____ Ultima visita _____

¿Con qué frecuencia visita Ud. la sala de emergencia? _____

¿Por cuál razón visitó Ud. la sala de emergencia? _____

FIRMA

Por la presente doy fe a que toda la información en esta solicitud es correcta a mi entender. No le he engañado a la clínica Albrecht para hacerles creer que mis necesidades son más graves de lo que son de verdad. Autorizo a la clínica a obtener cualquier información que tenga la Oficina de los Servicios Humanos del Condado de Washington sólo para poder determinar mi elegibilidad para los servicios. Entiendo que si yo o cualquier miembro de mi hogar falsifica o retiene hechos con el propósito de recibir atención médica de la clínica Albrecht, que tendré que pagar por los servicios proporcionados y que ya no me atenderán en el futuro.

Firmado

Fecha de hoy

Escriba su nombre

Antecedentes Médicos

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

Medicamentos	Su Antecedentes Médicos	Otro Antecedentes Médicos
<p>Favor de adjuntar una lista de TODOS sus medicamentos y dosis, incluyendo la píldora anticonceptiva, hierbas, vitaminas, etc.</p> <p>¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Actonel, Boniva o un medicamento similar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Asma: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Tos crónica/EPOC: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Tuberculosis: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Enfermedad hepática: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Hepatitis: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Convulsiones/epilepsia: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Dolor de cabeza/migraña: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Antecedentes de desmayos: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Enfermedad renal: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Diabetes: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Presión arterial alta: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Cardiopatía/valvulopatía: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Marcapasos: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Colesterol alto: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Accidente cerebrovascular: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Cáncer: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Radioterapia o quimioterapia: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Depresión/ansiedad: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Bipolar: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Esquizofrenia: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>VIH/SIDA: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Trastornos sanguíneos o hemorrágicos: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Antecedentes de coágulos: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Transfusión de sangre: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Enfermedad tiroidea: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Antecedentes de cirugías oculares: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Glaucoma: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Pérdida de audición o deficiencia auditiva: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Dolor de espalda o articular: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Articulaciones artificiales: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Osteoporosis/pérdida ósea: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Dependencia a las drogas o al alcohol: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Enfermedades de transmisión sexual: (ENUMERE)</p> <p>Otro: _____</p> <p>¿Ha tenido alguna hospitalización o cirugía? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>¿Es usted sexualmente activo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Está embarazada/amamantando? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Número de hijos: _____</p> <p>Número de embarazos: _____</p>
<p>Alergias</p> <p>Penicilina/Amoxicilina: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Eritromicina: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Sulfamidas: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Anestésico Local: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Codeína: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Aspirina/Ibuprofeno: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Látex: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Otros medicamentos: _____</p> <p>Alergia alimentaria: _____</p> <p>Alergia causada por elementos del medio ambiente: _____</p>	<p>Antecedentes Odontológicos</p> <p>Última visita al odontólogo: _____</p> <p>¿Sufre de ansiedad por visitas odontológicas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Preocupaciones odontológicas actuales: En caso AFIRMATIVO, ¿Cuáles? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Sufre actualmente de DOLOR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Dolor o entumecimiento en: <input type="checkbox"/> CARA <input type="checkbox"/> CUELLO <input type="checkbox"/> BOCA</p> <p>¿Tiene algún diente FLOJO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿SANGRAN sus encías?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿APRIETA o RECHINA los dientes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Utiliza PRÓTESIS DENTALES? Si responde SÍ, <input type="checkbox"/> Parciales <input type="checkbox"/> Completas</p> <p>¿Ha tenido APARATOS DENTALES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿RONCA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Dolor/lesiones que duran más de 2 semanas: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Sufre de ronquera crónica? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Con qué frecuencia se CEPILLA LOS DIENTES? _____</p> <p>¿Con qué frecuencia utiliza el HILO DENTAL? _____</p> <p>Bebe con regularidad: Gaseosa ___ veces/día <input type="checkbox"/> NO Jugo ___ veces/día <input type="checkbox"/> NO Bebidas energizantes ___ veces/día <input type="checkbox"/> NO</p>	
<p>Antecedentes médicos familiares</p> <p>¿ALGUNO de los miembros de su familia sufre de alguno de los siguientes? (IDENTIFIQUE QUIÉN)</p> <p>Hipertensión: _____</p> <p>Cardiopatía: _____</p> <p>Cáncer (qué tipo): _____</p> <p>Diabetes: _____</p> <p>Problemas de tiroides: _____</p> <p>Ansiedad: _____</p> <p>Depresión: _____</p> <p>Enfermedad bipolar: _____</p> <p>Esquizofrenia: _____</p> <p>Consumo de sustancias: _____</p>	<p>Antecedentes Sociales</p> <p>Consumo de alcohol: <input type="checkbox"/> ACTUAL <input type="checkbox"/> PASADO <input type="checkbox"/> NUNCA</p> <p>Para las mujeres: En el último año, ¿ha tomado más de 3 bebidas de cualquier tipo de alcohol en un día o más de 7 en una semana? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Para los hombres: en el último año, ¿ha tomado más de 4 bebidas de cualquier tipo de alcohol en un día o más de 14 en una semana? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>En los últimos 28 días, ¿ha consumido alguna de las siguientes drogas? (SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)</p> <p><input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Inhalantes</p> <p><input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Alucinógenos</p> <p><input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Opiáceos</p> <p><input type="checkbox"/> Anfetaminas/estimulantes</p> <p><input type="checkbox"/> Consumo de drogas intravenosas: _____</p>	

He contestado todas las preguntas a mi leal saber y entender.

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____