



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)/unión civil
- 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><i>Favor de adjuntar una lista de TODOS sus medicamentos y dosis, incluyendo la píldora anticonceptiva, hierbas, vitaminas, etc.</i></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><b>Alergias</b></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><b>Antecedentes Odontológicos</b></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><b>Antecedentes médicos familiares</b></p> <p>¿<b>ALGUNO</b> 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><b>Antecedentes Sociales</b></p> <p>Consumo de alcohol: <input type="checkbox"/> ACTUAL <input type="checkbox"/> PASADO <input type="checkbox"/> NUNCA</p> <p><b>Para las mujeres:</b> 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><b>Para los hombres:</b> 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: \_\_\_\_\_