

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Primera letra del segundo nombre: _____ Apellidos: _____
Nombre anterior: _____ Nombre preferido: _____
Fecha de hoy _____ Fecha de nacimiento _____ Edad: _____ Sexo al nacer: Hombre Mujer
SS#: _____ - _____ - _____ Estado civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a Otro
Domicilio: _____
Dirección de correo (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____
Correo electrónico: _____ teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____
Nombre del padre o tutor (sólo si el paciente es menor de edad): _____
Nombre de su farmacia y número de teléfono: _____

Información de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____
Teléfono de: casa _____ Celular _____ Trabajo _____ Extensión _____

Raza

asiático:
 Indio asiático chino filipino
 japonés coreano vietnamita
 otro asiático
hawaiano nativo/otro isleño del pacífico
 guameño, chamorro o samoano
 negro/afroamericano
 indio americano blanco deseo no contestar

Etnicidad

hispano/a o latino/a:
 mexicano, mexico americano, chicano
 puerto rriqueño cubano
 otro hispano, latino o de origen Español
 de origen NO hispano o latino
 deseo no contestar

Idioma Preferido

inglés
 español
 lenguaje de señas
otro: _____

Pronombres

le/elle
 les/elles
 otro

Orientación Sexual

lesbiana, gay u homosexual
 heterosexual bisexual
 no lo sé
 deseo no contestar

Identidad de Género

hombre mujer
 mujer a hombre / transgénero
 hombre a mujer /transgénero
 género queer, ni hombre ni mujer exclusivamente
 deseo no contestar

Favor de poner un círculo en su respuesta abajo:

1. ¿Es un Veterano del Ejército de los EE.UU? **SÍ o NO**
2. ¿Usted o alguien de su familia ha sido considerado trabajador agrícola estacional en los últimos 2 años? (Una persona cuya fuente de ingresos se obtienen mayoritariamente en trabajos agrícolas, sin alejarse del hogar) **SÍ o NO**
3. ¿Usted o alguien de su familia ha sido considerado trabajador agrícola migrante en los últimos 2 años? (Una persona que se ha alejado de su hogar y estableció un hogar temporal para trabajar principalmente en la agricultura) **SÍ o No**

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

Nombre de la Póliza de Seguro: _____ Nombre del Titular de la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nombre del Grupo: _____

de Grupo: _____ # de Póliza: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Nombre Titular del Seguro Médico: _____ Nombre del Titular de la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Grupo: _____

de Póliza: _____

Nombre del Seguro Secundario: _____ # de Grupo: _____ # de Póliza: _____

RESPONSABLE POR LA FACTURA (DE NO SER EL PACIENTE)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono principal: _____ Relación al paciente: _____

Nombre del empleador: _____ Número de teléfono del empleador: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR MENSAJES DE VOZ, TEXTO O CORREO ELECTRÓNICO

Es posible que nos comuniquemos con los pacientes de nuestra práctica a través de correo de voz, correo electrónico o mensajes de texto como recordatorio de sus citas o para brindarles recordatorios/información sobre su atención médica. Al poner mis iniciales, doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas, información del portal de pacientes y otras comunicaciones o información de atención médica de High Country Community Health. Entiendo que este consentimiento se aplicará a todas las comunicaciones futuras a menos que solicite un cambio por escrito. **Inicial** _____

Autorizo a recibir mensajes de voz o texto a los números de teléfono que se proporcionan a continuación. Autorizo a recibir mensajes de correo electrónico en el correo electrónico proporcionado a continuación.

Teléfono de casa: _____ mensaje breve (no incluye información de salud) Mensaje extendido (detallado)

Celular: _____ Mensaje breve (no incluye información de salud) Mensaje extendido (Detallado)

Correo electrónico: _____ Mensaje breve (no incluye información de salud) Mensaje extendido (detallado)

Revocar o rechazar el uso únicamente: Por la presente rechazo mi consentimiento para recibir recordatorios de citas futuras, información del portal del paciente o información de atención médica a través de mensajes de texto de correo de voz o correo electrónico.

LE DOY PERMISO A HIGH COUNTRY COMMUNITY HEALTH PARA COMPARTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD CON LAS SIGUIENTES PERSONAS SI SE SOLICITA:

Nombre: _____ Contacto: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Contacto: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Contacto: _____ Relación: _____

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento para atención médica y divulgación de información médica personal:

Doy mi consentimiento voluntariamente para recibir tratamiento de atención médica (es decir, atención dental, médica o salud conductual) de los proveedores y personal de High Country Community Health (HCCH). Doy mi consentimiento para todo el tratamiento necesario de enfermedades y lesiones y atención preventiva que incluye exámenes de detección, análisis de laboratorio (incluidas pruebas de VIH), vacunas y derivaciones. Estoy consciente de que ni la práctica de la medicina, ni el tratamiento dental ni la prestación de tratamientos de salud mental/conductual son una ciencia. No se me han ofrecido garantías con respecto a los resultados de los tratamientos o exámenes realizados por los proveedores. Entiendo que HCCH emplea un enfoque “basado en equipo” para la prestación de atención médica y que la información de salud puede ser intercambiada entre los proveedores de HCCH y los miembros del personal involucrados en mi atención para garantizar el tratamiento adecuado planificación y cuidados adecuados. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida (PHI) sobre mí para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que mi información médica podría incluir mi historial médico o información sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles (como infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA o hepatitis), enfermedades mentales, consumo de alcohol o sustancias. Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo los Títulos V, XVIII y/o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Certifico que he leído y entiendo este formulario. Entiendo que estoy automáticamente inscrito en el intercambio de información del Seguro de Salud, pero en cualquier momento puedo optar por no participar visitando www.highcountrycommunityhealth.com y completar el Formulario de Exclusión Voluntaria. Entiendo que la Sección 90-21.5 de los Estatutos de Carolina del Norte protege los derechos de un menor al recibir servicios relacionados con enfermedades de transmisión sexual, embarazo, abuso de drogas y trastornos emocionales sin el consentimiento de los padres. Entiendo que de acuerdo con los Estatutos Generales de Carolina del Norte 90-21.4, los proveedores médicos no están obligados a notificarme sobre servicios prestados en estas áreas a menos que la situación indique que la notificación es esencial para la vida o la salud del menor. Entiendo que si solicito información sobre estos servicios, el proveedor médico compartirá información sólo si el proveedor considera que hacerlo es lo mejor para la salud y el bienestar del menor. Este consentimiento se renueva anualmente. Puedo retirar la autorización para los servicios en cualquier momento. Inicial _____

Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad:

Estamos obligados, previa solicitud, por ley a proporcionarle nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad que explica cómo utilizamos y divulgamos su información de salud. También estamos obligados a obtener su firma reconociendo que este aviso se ha puesto a su disposición de la siguiente manera: visitando www.highcountrycommunityhealth.com, o solicitando uno en cualquier ubicación del HCCH. Inicial _____

Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios del Seguro:

Entiendo que, para mi comodidad, HCCH acepta efectivo, cheques (no cheques iniciales), Visa, MasterCard, Discover o crédito de atención (sólo dental). También entiendo que HCCH presenta solicitudes ante Medicaid, Medicare y muchas compañías de seguros privados. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen a HCCH. Es mi responsabilidad verificar que HCCH esté en red con mi seguro privado/dental antes de mi primera cita. Los copagos vencen y se cobran en el momento en que se prestan los servicios. Si por alguna razón mi compañía de seguros no paga su porción estimada, el saldo será mi responsabilidad. Acepto pagar puntualmente cualquier saldo no cubierto por el seguro. Entiendo que puede haber cargos adicionales que incluyen, entre otros, exámenes de salud, servicios de salud conductual, servicios nutricionales, servicios dentales, vacunas e inyecciones. Los análisis enviados a laboratorios externos (por ejemplo, LabCorp, Wake Forest Labs o Quest) se facturan por separado y no

forman parte de HCCH. Le llegará por correo una factura aparte de la empresa del laboratorio. Se me solicitará una copia de mi licencia de conducir/identificación con fotografía para cada paciente junto con una copia de su tarjeta de seguro médico/dental o tarjeta de Medicaid. High Country Community Health también ofrece una opción de pago de escala móvil para todos nuestros pacientes (Programa de Descuentos). Se requiere prueba de ingresos y tamaño del hogar para calificar. **Inicial** _____

Entiendo que si tengo 18 años de edad o más, puedo dar mi consentimiento para recibir servicios de salud; de lo contrario, mi padre o tutor deberá dar su consentimiento para los servicios.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Asegurado o Garante Financiero (si es diferente al anterior)

Fecha

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha de hoy:** _____

Evaluación de salud del paciente para detectar depresión y ansiedad (PHQ-9 y GAD-7):

Su salud y bienestar son nuestros objetivos en High Country Community Health. Para brindarle la mejor atención posible, es importante que tengamos toda la información sobre su salud física y mental, así como sus hábitos de vida. El cuidado integral de la persona significa no sólo que la mente y el cuerpo están conectados, sino que afectan todos los aspectos de su salud. Complete los exámenes de salud del paciente a continuación para que su proveedor médico pueda ayudarlo a alcanzar y mantener su mejor nivel de salud.

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas? Por favor circule sus respuestas.

PHQ-9	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi diario
1. Poco interés o deseo de hacer la cosas	0	1	2	3
2. Se siente deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
3. Problemas para quedarse dormido, permanecer dormido o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Se siente cansado o con poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o come demasiado	0	1	2	3
6. Se siente mal de sí mismo, que ha fracasado o decepcionado de sí mismo o ha decepcionado a su familia	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse al leer el periodico o al ver la televisión	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lento que otras personas lo notan. O lo opuesto, está muy inquieto y está en mayor movimiento de lo usual	0	1	2	3
9. Pensamientos que sería mejor estar muerto o de lastimarse a sí mismo de alguna manera	0	1	2	3
<i>Sume el resultado de cada columna</i>				

Resultado Total (agregue los resultados de la columna): _____

Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le ha resultado hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas? (circule uno)

Para nada difícil

Algo difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas? Por favor circule sus respuestas.

GAD-7	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi diario
1. Se siente nervioso , ansioso	0	1	2	3
2. No poder detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Se preocupa mucho de diferentes cosas	0	1	2	3
4. Problemas para relajarse	0	1	2	3
5. Demasiado activo que no puede permanecer quieto	0	1	2	3
6. Se molesta o irrita con facilidad	0	1	2	3
7. Siente temor que algo malo pueda suceder	0	1	2	3
<i>Sume el resultado de cada columna</i>				

Resultado Total (agregue los resultados de la columna): _____

Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le ha resultado hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas? (circule uno)

Para nada difícil

Algo difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Iniciales: _____ Fecha de Nacimiento: _____
AUDITORÍA

En referencia a los últimos 12 meses, favor de circular su respuesta.

1. ¿Con qué frecuencia consume una bebida alcohólica?

(0) Nunca (1) Mensual (2) 2-4 veces al mes (3) 2-3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuando bebe, cuántas bebidas alcohólicas consume en un día típico?

(0) 1-2 (1) 3-4 (2) 5-6 (3) 7-9 (4) 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia consume seis o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

(0) Nunca (1) En menos de un mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Diario o casi diario

4. ¿Con qué frecuencia durante el último año se ha dado cuenta de que no puede dejar de beber una vez que empezó?

(0) Nunca (1) En menos de un mes (2) Mensualmente (3) semanalmente (4) Diario o casi diario

5. ¿Con qué frecuencia durante el último año no logró hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida?

(0) Nunca (1) En menos de un mes (2) Mensualmente (3) semanalmente (4) Diario o casi diario

6. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado tomar una bebida alcohólica a primera hora de la mañana para recuperarse después de un consumo excesivo de alcohol?

(0) Nunca (1) En menos de un mes (2) Mensualmente (3) semanalmente (4) Diario o casi diario

7. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha sentido culpa o remordimiento después de beber?

(0) Nunca (1) En menos de un mes (2) Mensualmente (3) semanalmente (4) Diario o casi diario

8. ¿Con qué frecuencia durante el último año no ha podido recordar lo que pasó la noche anterior debido a la bebida?

(0) Nunca (1) En menos de un mes (2) Mensualmente (3) semanalmente (4) Diario o casi diario

9. ¿Usted o alguien más ha resultado herido como resultado de su consumo de alcohol?

(0) No (1) Sí, pero no en el último año (2) Si, durante el último año

10. ¿Algún amigo, pariente, médico u otro trabajador de la salud se ha preocupado por su consumo de alcohol o le ha sugerido que lo reduzca?

(0) No (1) Sí, pero no en el último año (2) Si, durante el último año

Resultado Total (añada sus respuestas encerradas en un círculo): _____

DAST-10

En referencia a los últimos 12 meses, favor de circular sus respuestas.

1. ¿Ha consumido drogas distintas a las requeridas por razones médicas?
2. ¿Abusa de más de una droga a la vez?
3. ¿Siempre puede dejar de consumir drogas cuando lo desea?
4. ¿Ha tenido “desmayos” o “flashbacks” como resultado del consumo de drogas?
5. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su consumo de drogas?
6. ¿Alguna vez su cónyuge (o sus padres) se han quejado de su consumo de drogas?
7. ¿Ha descuidado a su familia debido al consumo de drogas?
8. ¿Ha participado en actividades ilegales para obtener drogas?
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (se ha sentido mal) cuando dejó de tomar drogas?
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado del uso de drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado, etc.)?

1.Sí	No
2.Sí	No
3.Sí	No
4.Sí	No
5.Sí	No
6.Sí	No
7.Sí	No
8.Sí	No
9.Sí	No
10.Sí	No

Resultado Total (agregue las respuestas de Sí): _____

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha de Hoy:** _____

POR FAVOR INDIQUE SUS OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA: Si necesita más espacio, escriba al dorso de este formulario.

Especialidad	Nombre del Doctor	Fecha de su Última Visita
Médico de Cabecera (PCP)		
Oculista		
Dentista		
Otro:		

MEDICAMENTOS: Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos anticonceptivos, vitaminas, suplementos y medicamentos de venta libre. Si necesita más espacio, escriba al dorso de este formulario. *Por favor traiga todos los frascos de medicamentos a cada cita*

Medicamento	Dosis	Frecuencia

HISTORIAL MÉDICO/DENTAL: Verifique todas las enfermedades/condiciones actuales y anteriores para su historial médico o dental.

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enfermedades Sanguíneas <input type="checkbox"/> Enfermedad en los senos <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes/Tiroides <input type="checkbox"/> Salud de la mujer <input type="checkbox"/> Cabeza, ojos, oídos, nariz <input type="checkbox"/> Garganta <input type="checkbox"/> Pérdida de la escucha <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Problemas de riñón <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares (COPD, Asma) <input type="checkbox"/> Salud para el hombre <input type="checkbox"/> Salud Mental <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Reumatología/Artritis 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problemas de la piel <input type="checkbox"/> Derrame cerebral/convulsiones <input type="checkbox"/> Problemas estomacales <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Problemas de la vista <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mal aliento <input type="checkbox"/> Sangrado en la encías <input type="checkbox"/> Chasquido/dolor en la mandíbula <input type="checkbox"/> Molido de los dientes <input type="checkbox"/> Dientes flojos/Rellenos rotos <input type="checkbox"/> Tratamiento Periodontal <input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo frío, caliente, dulces <input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder <input type="checkbox"/> Dolores o masas/bultos en la boca <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	---	--	--

ALERGIAS: Por favor indique cualquier alimento o medicamento al que sea alérgico. Si necesita más espacio, escriba al dorso de este formulario.

Alimento o Medicamento	Reacción	Ligero/Moderado/Severo

GINE/OB Historial de la Mujer Solamente:

¿Hay la posibilidad que esté embarazada? **SÍ o NO** Fecha aprox del parto: _____ ¿Amamantará? **SÍ o NO**

¿Toma píldoras anticonceptivas (Antibióticos pueden alterar la efectividad)? **SÍ o NO**

Fecha del último periodo: _____ Edad de su primera menstruación: _____ Edad cuando dejó de tener su periodo (Menopausia): _____

Fecha de su último papanicolaou: _____ Resultado del último papanicolaou: **NORMAL o ANORMAL** Tratamiento: _____

Fecha del último Mamograma: _____ Resultado del Mamograma: **NORMAL o ANORMAL** Tratamiento: _____

de embarazos: _____ # de abortos espontaneos: _____ # de abortos: _____ # de hijos vivos: _____

1) ¿Le ha recomendado un médico tomar antibióticos antes de cada visita al dentista (premedicina)? **SÍ o NO**

2) ¿Ha tomado alguna vez Bifosfonatos Fosamax? **SÍ o NO**

3) ¿Utiliza sustancias controladas (por ejemplo, Percocet, Hidrocodona, Tramadol)? **SÍ o NO**

Iniciales: _____ Fecha de Nacimientos: _____

Previas Operaciones (en los últimos 2 años) u HOSPITALIZACIONES (en los últimos 6 meses):

Tipo de cirugía/razón de la hospitalización	Nombre del doctor o lugar	Fecha

HISTORIAL FAMILIAR: Favor de marcar los miembros de su familia con historial médico del pasado y actual.

	Padre	madre	Abuelos paternos	Abuelos maternos	Hermanos	Hijos	No contributivo
Problemas sanguíneos							
Enfermedades en los huesos							
Cáncer							
Diabetes/problemas de la tiroides							
Glaucoma							
Presión arterial alta							
Problemas del riñón							
Enfermedades mentales /depresión							
Osteoporosis							
Derrame cerebral/convulsiones							
Abuso de sustancias/adicción							

HISTORIAL SOCIAL: Favor de marcar cualquier hábito de salud.

Actividad	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Tipo?
Tobaco			
Alcohol			
Actividad Física			
Cafeína			
Uso de Sustancias			

REVISIÓN DE SISTEMAS (ROS): Por favor marque cualquier síntoma que tenga actualmente.

<input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> Fiebre/Escalofríos <input type="radio"/> Fatiga <input type="radio"/> Dolor de cabeza <input type="radio"/> Dolor de garganta <input type="radio"/> Sinusitis <input type="radio"/> Tos <input type="radio"/> Falta de aliento <input type="radio"/> Dolor de mandíbula	<input type="radio"/> Dolor de pecho <input type="radio"/> Palpitaciones <input type="radio"/> Dolor abdominal <input type="radio"/> Diarrea <input type="radio"/> Náusea/vómito <input type="radio"/> Sangrado rectal <input type="radio"/> Incremento/pérdida de peso rápido <input type="radio"/> Dificultad para orinar <input type="radio"/> Ardor al orinar	<input type="radio"/> Dolor de espalda/cuello <input type="radio"/> Hinchazón de la cara/manos o pies <input type="radio"/> Dolor de coyunturas <input type="radio"/> Ansiedad/depresión <input type="radio"/> Pensamientos suicidas <input type="radio"/> Otros: _____ <input type="radio"/> Otros: _____ <input type="radio"/> Otros: _____
--	---	--

FECHA DE LAS VACUNAS MÁS RECIENTES:

Gripe: _____ Tétanos: _____ Neumonía: _____ Culebrilla: _____ COVID-19: _____ Otra: _____

MEDICINA PREVENTIVA: Verifique y actualice cualquiera de los siguientes puntos que correspondan.

	Fecha (Mes/año)	Resultado Normal	Resultado Anormal	¿Dónde lo completó?
Colonoscopia/prueba de cáncer colorrectal				
Prueba de cáncer de próstata				
Densidad de los huesos				
Prueba de VIH				
Prueba de Hepatitis C				

Formulario PRAPARE

Dinero y Recursos

¿Cuál es su situación actual de vivienda?

- 1) Tengo vivienda
- 2) No tengo vivienda (me quedo con otros, en un hotel, albergue, vivo en las calles, en la playa o en un parque.
- 3) Elijo no contestar la pregunta.

¿Está preocupado de perder su vivienda?

- 1) Sí
- 2) No

¿Cuál es el nivel académico más alto que logró terminar?

- 1) Menor al diploma de preparatoria
- 2) Diploma de Preparatoria o GED
- 3) Más que la preparatoria
- 4) Elijo no responder la pregunta

¿Cuál es su situación de trabajo en la actualidad?

- 1) Desempleado y buscando trabajo
- 2) Medio tiempo o temporal
- 3) Tiempo completo
- 4) Desempleado pero sin buscar trabajo (estudiante, jubilado, discapacitado, proveedor primario sin paga)
- 5) Elijo no contestar la pregunta

¿En el último año, usted o alguien en su familia no pudo obtener alguna de las siguientes opciones cuando en verdad lo necesitó? Escoja todas las que apliquen.

- 1) Comida
- 2) Ropa
- 3) Servicios para la casa
- 4) Guardería
- 5) Medicamentos o cuidado de salud médico o dentales
- 6) Teléfono
- 7) otro (escríbalas)
- 8) Elijo no contestar la pregunta
- 9) No tengo problemas para obtener mis necesidades del hogar.

¿La falta de transporte le ha impedido llegar a sus citas médicas, juntas, trabajo u obtener sus cosas del día a día?

- 1) Sí, me ha impedido llegar a mis citas médicas u obtener mis medicamentos
- 2) Sí, me ha impedido hacer cosas no médicas como juntas, trabajo o hacer cosas del día a día.
- 3) No
- 4) Elijo no responder la pregunta

Salud Social y Emocional

¿Con qué frecuencia ve o habla con personas que le importan o allegadas a usted? (por ejemplo: hablar con un amigo por teléfono, visitar amigos o familiares, ir a la iglesia o a juntas)

- 1) Menos de una vez a la semana
- 2) 1 o 2 veces a la semana
- 3) 3 o 5 veces a la semana
- 4) más de 5 veces a la semana
- 5) Elijo no responder la pregunta

¿Qué tan estresado está? Estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por las noches porque su mente está afligida.

- 1) Para nada
- 2) un poco
- 3) En cierto modo
- 4) Bastante
- 5) Muchísimo
- 6) Elijo no responder la pregunta

Preguntas Adicionales

¿En el último año ha pasado más de 2 noches en la cárcel, prisión, centro de detención o una correccional juvenil?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Elijo no responder la pregunta

¿Es usted un refugiado?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Elijo no contestar la pregunta

¿De qué país es?

- 1) Estados Unidos de América
- 2) Otro país que no son los Estados Unidos de América (escríbalo)
- 3) Elijo no contestar la pregunta

¿Se siente física y mentalmente seguro en donde vive actualmente?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No estoy seguro
- 4) Elijo no contestar la pregunta

¿En el último año, se ha sentido con temor de su pareja o ex-pareja?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No estoy seguro
- 4) No he tenido pareja en el último año
- 5) Elijo no contestar la pregunta

Preguntas que ayudarán al equipo de Especialistas en Recursos para el Paciente (PRS) ayudarle con necesidades adicionales. Si su respuesta es sí a las siguientes afirmaciones, favor de marcar las que le apliquen.

- Me gustaría registrarme para votar
- Necesito ayuda para declarar mis impuestos
- Necesito información sobre decisiones para el final de la vida
- Si me ingresaran en el hospital, necesitaría ayuda notificando a mi familia sobre mascotas/cosas que necesitan resolverse en casa.
- Yo/mi familia necesito una chamarra para el invierno



Aplicación para el Programa de Descuento

Una aplicación es requerida para cada hogar cada 12 meses

Fecha: _____ Nombre: _____

Por favor incluya todas las siguientes fuentes de ingresos de los últimos 12 meses para cada miembro de su casa (miembros de su casa que actualmente viven juntos y comparten ingresos y gastos).

- | | | |
|---------------------|---------------------------|------------------------|
| Empleo | Beneficios de incapacidad | Work First (TANF) |
| Desempleo | Ingreso de Seguro Social | Beneficios de Veterano |
| Pensión Alimenticia | Ingresos de retiro | Cualquier Otro Ingreso |
| | Manutención de hijos | |

OFICINA: OFICINA:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación al Paciente	Fuente de Ingreso	Ingreso total antes de los impuestos	Frecuencia de pago	Front Desk Calculated Annual Amount	Front Desk Source of Verification

Declaro que la información de ingreso que he dado a High Country Community Health es correcta y cierta.

Por favor ponga sus iniciales en los siguientes:

_____ La elegibilidad para el programa de descuento entra en efecto para todos los servicios recibidos hoy y por 12 meses. Entiendo que necesitaré re-aplicar para el programa de descuento en 12 meses.

_____ Acepto notificar a High Country Community Health de inmediato si mi información de contacto o ingresos cambia.

High Country Community Health no negará cuidado médico debido a su incapacidad para pagar.

Firma de la persona responsable: _____ Fecha: _____

OFICINA: Staff Signature: _____ Date: _____

STAFF USE ONLY					
Household Size:	Annual Gross Income:				
Verified Income:	0-100 % FPL	101-125 % FPL	126-150% FPL	115151- 200 FPL	>201% PFL

*Staff: Please include income calculations on the margin of this form or on a separate sheet of paper and scan it into the patient's records with all income verification



Ingresos del Hogar (si aplicará para el programa de descuento (SFS) no llene este formulario)

Para que nuestra clínica pueda recibir apoyo financiero federal para nuestros pacientes de bajos recursos, les pedimos que completen este formulario sobre los ingresos anuales de su **hogar**. La información individual no se provee al gobierno federal.

Basado en el tamaño de su familia, por favor seleccione el nivel de ingreso de su casa. Las cantidades de dólares son máximas. Por ejemplo, si usted tiene una familia de dos y gana \$21,151 anualmente (un dólar más que la cantidad en la primera columna), entonces seleccione \$26,438. Por favor pida ayuda a nuestro personal si la necesita.

Tamaño de la familia:	Ingreso anual del hogar:				
1	\$15,650	\$19,563	\$23,475	\$31,300	>\$31,300
2	\$21,150	\$26,438	\$31,725	\$42,300	>\$42,300
3	\$26,650	\$33,313	\$39,975	\$53,300	>\$53,300
4	\$32,150	\$40,188	\$48,225	\$64,300	>\$64,300
5	\$37,650	\$47,063	\$56,475	\$75,300	>\$75,300
6	\$43,150	\$53,938	\$64,725	\$86,300	>\$86,300
7	\$48,650	\$60,813	\$72,975	\$97,300	>\$97,300
8	\$54,150	\$67,688	\$81,225	\$108,300	>\$108,300

Por cada persona adicional, añade \$5,500

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Personal: _____ Fecha: _____