

# Unicare Community Health Center Inscripción de Paciente

UCHC/Pt. Reg., May 2020

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Apto # Ciudad Código Postal

Número Telefónico: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Casa Trabajo Celular

¿Tiene número de **Seguro Social**?  Sí  No Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

¿Es su número de Seguro Social solamente para trabajar?  Sí  No Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Está usted en los EEUU con Visa?  Sí  No  Visa de turista  Visa con respaldo financiero

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  
Mes / Día / Año

¿Sin Hogar?  Sí  No

**Situación de vivienda:**  Dueño de casa  Renta  Motel/Hotel  Carro/Vehículo  Casa Intermedia/Refugio  Refugio sin  
 Transicional  En la calle  Vivienda de apoyo permanente  Otro **¿Es usted Veterano?**  Sí  No

**Estado Civil:**  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo(a)  Unión Libre

¿Esta discapacitado?  Sí  No ¿Fuma?  Sí  No **Orientación sexual:**  Homosexual  Heterosexual  
 Bisexual  Deseo no revelar

**Grupo Étnico:**  No-Latino/Hispano  Latino/Hispano **Raza:**  Caucásico  Asiático  Afro-Americano  Indio Americano  
 Isleño Pacifico  Hawaiano Nativo  Más de una raza  Niegan a Informar

**Identidad de género:**  Masculino  Femenino  Transexual Masculino  Transexual Femenino  Deseo no revelar

**Nivel de educación terminado:**  No terminó preparatoria  Certificado técnico o equivalente  
 Se graduó de preparatoria  Título universitario o superior

¿Es un trabajador Agricultor?  Sí  No **En caso afirmativo, ¿qué tipo?**  Temporada  Migrante **¿Es usted un miembro de la familia de un trabajador agricultor?**  Sí  No **En caso afirmativo, ¿qué tipo?**  Temporada  Migrante

**Número de personas en su hogar familiar:** \_\_\_\_\_ **Ingreso familiar anual: \$** \_\_\_\_\_

¿En qué idioma desea usted que le proporcione información? \_\_\_\_\_

¿Cómo entiende o habla el inglés?  Muy Bien  Moderado  Muy Poco  Nada

¿Tiene Alergias? \_\_\_\_\_

Amigo o pariente para contactar en caso de Emergencia: \_\_\_\_\_  
Nombre Parentesco Número Telefónico

Si menor de edad, nombre de Madre \_\_\_\_\_ Si menor de edad, nombre de Padre \_\_\_\_\_

¿Cómo escucho de la Clínica UCHC? \_\_\_\_\_

1. ¿Tiene usted seguro médico?  Sí  No ¿En caso afirmativo, con quién? \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene usted seguro dental?  Sí  No ¿En caso afirmativo, con quién? \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene usted Medi-Cal?  Sí  No ¿Ha aplicado?  Sí  No

4. ¿Tiene su hijo(a) (paciente) CHDP?  Sí  No 5. ¿Tiene FPACT?  Sí  No Número de Póliza \_\_\_\_\_

Yo entiendo que la información de salud es confidencial. Autorizo el intercambio de información entre UCHC y cualquier otro proveedor u organización sólo según sea necesario para fines de tratamiento, pago u operaciones. Los derechos de los pacientes y las políticas de confidencialidad se publican en nuestra sala de espera y hay copias disponibles a pedido. Autorizo a recibir todos y cada uno de los servicios proporcionados por UCHC, incluidos, entre otros: atención primaria, dental, comportamiento, uso de sustancias y servicios psiquiátricos.

Yo autorizo tratamiento en la clínica UCHC.  Sí  No Iniciales \_\_\_\_\_

El intercambio de información puede incluir tratamiento para:

Alcoholismo o drogas  Sí  No Iniciales \_\_\_\_\_

Problemas psiquiátricos  Sí  No Iniciales \_\_\_\_\_

Si se requiere un número adecuado de radiografías para el diagnóstico,  
Doy consentimiento para que se tomen radiografías para tratamiento dental:  Sí  No Iniciales \_\_\_\_\_

**Firma del paciente o padre (Sí menor):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre y parentesco (Sí no es el paciente) \_\_\_\_\_



MISSION STATEMENT / *DECLARACION DE MISSION:*

The mission of Unicare is to be a community health care organization that treats everyone with dignity, respect and cultural sensitivity to help create an environment in which all can prosper.

*La misión de Unicare es ser una organización de salud comunitaria que trata a todos con dignidad, respeto y sensibilidad cultural para ayudar a crear un ambiente en el que todos puedan prosperar.*

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES  
NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

I hereby acknowledge that a copy of Unicare Community Health Center, Inc.'s "Notice of Privacy Practices." is posted in the waiting area and I further understand that I can request a copy at any time if I wish in the language that I prefer.

*Recibí una copia de la "Notificación de Prácticas de Privacidad" de Unicare Community Health Center, Inc. Reconozco que una copia de la "Notificación de la Privacidad" se puede encontrar en la sala de espera, y además entiendo que puedo solicitar una copia en cualquier idioma en el momento que deseo.*

---

PATIENT NAME/*NOMBRE DEL PACIENTE*

---

DATE OF BIRTH/*FECHA DE NACIMIENTO*

---

SIGNATURE OF PATIENT OR LEGAL GUARDIAN/*FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL*

---

DATE/*FECHA*



UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.  
ACKNOWLEDGEMENT/ RECONOCIMIENTO

\_\_\_\_\_  
PATIENT NAME / NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DOB / FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
ADDRESS / DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_  
CITY / CIUDAD

\_\_\_\_\_  
STATE / ESTADO

\_\_\_\_\_  
ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL

(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
TELEPHONE / NO. DE TELÉFONO

ADVANCE DIRECTIVE / DIRECTIVA ANTICIPADA

I acknowledge that the physician or one of his / her staff members have provided me with information regarding Advance Directive.

*Reconozco que el médico o uno de sus miembros del personal me han proporcionado información con respecto a la Directiva Anticipada.*

1. I am 18 years old or older. (Check one)       YES / SI       NO

*1. Tengo 18 años o más. (Marque uno)*

2. I realize that I have the option of putting together Advance Directive for my healthcare. My physician has provided me with written information concerning Advance Directive. I understand that it is my responsibility to provide my doctor(s) with any documents that are required to carry out my Advance Directive.

*2. Reconozco que tengo la opción de elaborar una directiva anticipada para mi atención médica. Mi médico me ha proporcionado información por escrito sobre la Directiva Anticipada. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a mi (s) doctor (es) con cualquier documento que se requiera para llevar a cabo mi Directiva Anticipada.*

3. I am aware that Advance Directive may be one of the following:

*3. Estoy consciente de que la Directiva Anticipada puede ser una de las siguientes:*

- a) A Durable Power of Attorney for healthcare.  
*a) Un Poder Notarial Duradero para el cuidado de la salud.*
- b) The Declaration in the A Natural Death Act – Ex. A Living Will.  
*b) La Declaración en la Ley de muerte natural - Ex. Un Testamento Vital.*
- c) I may write down my wishes on a piece of paper, so that my family may use the document in deciding my medical treatment in the event I am unable to do so.  
*c) Puedo anotar mis deseos, para que mi familia pueda usar el documento para decidir mi tratamiento médico en caso de que yo no pueda hacerlo.*

\_\_\_\_\_  
PATIENT SIGNATURE / FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
DATE / FECHA

**THIS DOCUMENT WILL BECOME PART OF MY MEDICAL RECORD.**  
**ESTE DOCUMENTO SE HARÁ PARTE DE MI REGISTRO MÉDICO.**



# ADULT HEALTH HISTORY:

Name/Nombre:	Age/Edad:	D.O.B./Cuando Nacio:	Date/Fecha:
--------------	-----------	----------------------	-------------

## HISTORY OF PAST ILLNESS Have you had?/ENFERMEDADES PASADAS: (Ha tenido)

Measles/Sarampion.....	No	Yes/Si	Rheumatic fever/Fiebre Reumatica.....	No	Yes/Si
Mumps/Paperas.....	No	Yes/Si	Heart Disease/Enfermedad del Corazon.....	No	Yes/Si
Chickenpox/Viruela.....	No	Yes/Si	Tuberculosis.....	No	Yes/Si
Diabetes.....	No	Yes/Si	Venereal Disease/Enfermedad Veneria.....	No	Yes/Si
Strokes/Embolio.....	No	Yes/Si	Serious Disease/Enfermedad Graves.....	No	Yes/Si

Ever hospitalized/Ha sido hospitalizado..... No Yes/Si Explain/Explicacion \_\_\_\_\_  
 Ever had surgery/Ha tenido operaciones..... No Yes/Si Explain/Explicacion \_\_\_\_\_  
 Had broken bones/Ha tenido fracturas..... No Yes/Si Explain/Explicacion \_\_\_\_\_  
 Head concussions or injuries/Glopes o Heridas de cabeza..... No Yes/Si Explain/Explicacion \_\_\_\_\_

Date of Last Tetanus Shot/La Fecha de su ultima inmunizacion de Tetno \_\_\_\_\_

Date of Last PAP Smear/La Fecha de papanicolou exam de cancer \_\_\_\_\_

Date of Last Mammogram/Mammographia \_\_\_\_\_

## FAMILY HISTORY/HISTORIA FAMILIAR:

Has anyone in your family ever had?/Ha habido en su familia?

Cancer.....	No	Yes/Si	Who/Quien? _____
Diabetes.....	No	Yes/Si	Who/Quien? _____
Tuberculosis.....	No	Yes/Si	Who/Quien? _____
Heart trouble/Enfermedad del Corazon.....	No	Yes/Si	Who/Quien? _____
High blood pressure/Presion alta.....	No	Yes/Si	Who/Quien? _____
Stroke/Embolio.....	No	Yes/Si	Who/Quien? _____
Convulsions/Epilepcia.....	No	Yes/Si	Who/Quien? _____
Suicide/Suicidio.....	No	Yes/Si	Who/Quien? _____

## SOCIAL HISTORY/HISTORIA SOCIAL:

Single/Soltero     Married/Casado     Separated/Separado     Divorced/Divorciado     Widowed/Viudo

Alcoholic Beverages/Bebidas Alcolicas:     Never/Nunca    How much/Cuanto \_\_\_\_\_

Tobacco or Cigarettes/Tobacco o Cigarillos:     Never/Nunca    How much/Cuanto \_\_\_\_\_

Are you sexually active?/Este sexualmente activa?     Yes     No

What is your job?/Cual es su trabajo? \_\_\_\_\_

Education Level/Nivel de Education:    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    11    12    College/Colegio Supenor:    1    2    3    4

Race/Raza:    Asian    Native Hawaiian    Other Pacific Islander    American Indian    White  
African American    More than 1 Race    Other

Ethnicity/Etnicidad:     Hispanic/Latino     Not Hispanic/Latino

Primary language (lenguaje primario) \_\_\_\_\_ Secondary language (lenguaje secundaria) \_\_\_\_\_

## SYSTEMIC REVIEW GENERAL? REVISION DE SYSTEMAS:

Recent weight change?/Reciente cambio de peso?..... No Yes/Si  
 Have you been in good health most of your life?/Ha tenido buena salud la mayor parte su vida?..... No Yes/Si

## HAVE YOU EVER HAD PROBLEMS WITH?/ALGUNA VEZ HA TENIDO PROBLEMAS CON?

Skin/Piel.....	No	Yes/Si	Explain/Explicacion _____
Head-Eyes-Ears-Nose-Throat/Cabeza-Ojos-Oidos-Nanz-Garganta.....	No	Yes/Si	Explain/Explicacion _____
Neck/Cuello.....	No	Yes/Si	Explain/Explicacion _____
Lungs/Pulmones.....	No	Yes/Si	Explain/Explicacion _____
Heart and Circulation/Corazon o Circulacion....	No	Yes/Si	Explain/Explicacion _____
Blood/Sangre.....	No	Yes/Si	Explain/Explicacion _____
Emotions/Emociones.....	No	Yes/Si	Explain/Explicacion _____
Nerves/Nervios.....	No	Yes/Si	Explain/Explicacion _____
Muscles and Bones/Estomago o Intestinos.....	No	Yes/Si	Explain/Explicacion _____
Sex Organs/Organos Sexuales.....	No	Yes/Si	Explain/Explicacion _____
Urinary/Unnanos.....	No	Yes/Si	Explain/Explicacion _____
Any other/Cualquiera otro.....	No	Yes/Si	Explain/Explicacion _____

ALLERGIES OR REACTIONS TO FOOD/MEDICATION/LATEX? (ALERGIAS O REACIONES A ALIMENTOS/MEDICINAS/LATEX?)

If applicable, list all current medications (lista de medicamentos actuales) \_\_\_\_\_

PATIENT SIGNATURE/FIRMA \_\_\_\_\_ DATE/FECHA \_\_\_\_\_

DOCTOR SIGNATURE/FIRMA \_\_\_\_\_ DATE/FECHA \_\_\_\_\_



# UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER

ADULT TUBERCULOSIS RISK ASSESSMENT

EVALUACIÓN DE RIESGO DE TUBERCULOSIS PARA ADULTOS

You may be at increased risk for TB if you answer YES to any of the following questions:  
*Usted puede estar en mayor riesgo de TB si responde SÍ a cualquiera de las siguientes preguntas:*

DATE / FECHA  
/ /

- |  |                                      |                                |
|--|--------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Do you have a family member or close contact with history of confirmed or suspected TB?<br><i>¿Tiene un familiar o un contacto cercano con historial médico de TB confirmada o sospechada?</i>  | YES / SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| 2. Are you from Asia, Africa, Central America or South America? (These areas have a higher prevalence of TB.)<br><i>¿Es usted de Asia, de África, de Centroamérica o de Suramérica? (Estas áreas tienen una mayor prevalencia de TB).</i>  | YES / SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| 3. Do you live in an "out of home" placement facility?<br><i>¿Vive en una instalación de colocación "fuera de casa"?</i>   | YES / SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| 4. Do you have a history of confirmed or suspected HIV infection?<br><i>¿Tiene historial médico de infección por VIH confirmada o sospechada?</i>  | YES / SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| 5. Do you live with any individual who is HIV positive?<br><i>¿Vive usted con alguna persona que sea VIH positivo?</i>   | YES / SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| 6. Have you been, or do you live with any individual who has been incarcerated in the last 5 years?<br><i>¿Ha estado, o vive con algún individuo que ha estado encarcelado en los últimos 5 años?</i>  | YES / SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| 7. Do you live among, or are you frequently exposed to individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs, or resident in a nursing home?<br><i>¿Vive usted o está frecuentemente expuesto a personas sin hogar, trabajadores agrícolas migratorios, usuarios de drogas de la calle o residentes en un asilo de ancianos?</i> | YES / SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |

\*A person who is at increased risk for TB should have a yearly TB test.

\* Una persona que está en mayor riesgo de tuberculosis debe tener una prueba anual de TB.

NAME / NOMBRE

DATE / FECHA

# Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

## Adulto (Adult)

Nombre del paciente (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy
Persona que llena el formulario (si el paciente necesita ayuda)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro <i>Especifique</i>		¿Necesita ayuda para llenar el formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
2	¿Come frutas y verduras todos los días? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
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 <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
4	¿Tiene la posibilidad de comer suficientes alimentos saludables? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>(Skip)</i>	
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 <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
6	Por lo general, ¿come demasiado o muy poco? <i>Often eats too much or too little food?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
7	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
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 <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Physical Activity
9	¿Se siente seguro donde vive? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Safety
10	¿Ha tenido accidentes automovilísticos últimamente? <i>Had any car accidents lately?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

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 <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
17	¿Fuma o masca tabaco? <i>Smokes or chews tobacco?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	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: <input type="checkbox"/> (hombres) 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día? <input type="checkbox"/> (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 <i>(Yes)</i>	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:*

<b>Clinic Use Only</b>	Counseled	Referred	Anticipator y 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"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
<b>SHA ANNUAL REVIEW</b>					
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:



# Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

## Personas mayores (Senior)

Nombre del paciente (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> 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 <i>Especifique</i>		¿Necesita ayuda para completar el formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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.

¿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/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Nutrition
2	¿Come frutas y verduras todos los días? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
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 <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
4	¿Tiene la posibilidad de comer suficientes alimentos saludables? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
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 <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
6	Por lo general, ¿come demasiado o muy poco? <i>Often eats too much or too little food?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
7	¿Tiene dificultades para masticar o tragar? <i>Has difficulty chewing or swallowing?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
8	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
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 <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Physical Activity
10	¿Se siente seguro donde vive? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	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 <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

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 <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	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:*

<b>Clinic Use Only</b>	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"/> <b>Patient Declined the SHA</b>					
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
<b>SHA ANNUAL REVIEW</b>					
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date: