



Bienvenido(a) a Mountain View Medical Center

Gracias por considerar a Mountain View como su aliado en su camino hacia una mejor salud. Además de leer este paquete para nuevos pacientes y completarlo, también queremos informarle sobre algunas responsabilidades que usted, como paciente, tiene en relación con sus beneficios médicos y al recibir atención en nuestra clínica.

Como cortesía, nos complace facturar a su aseguradora médica por los servicios que reciba en nuestra clínica. Sin embargo, debido a la cantidad de planes que tiene cada aseguradora, no podemos garantizar que estemos dentro de la red de su plan específico. Es su responsabilidad comunicarse con su aseguradora y verificar los beneficios de salud cubiertos por su plan. Esto evitará un copago, deducible o porcentaje de coseguro inesperadamente alto que podría tener que pagar. A continuación, encontrará una lista de preguntas útiles para determinar su posible responsabilidad financiera.

Llame al número de servicio al cliente (normalmente ubicado en la parte posterior de su tarjeta de seguro) y pregunte:

- ¿El proveedor con el que tengo una cita está DENTRO DE LA RED de mi plan de seguro?
- ¿Tengo un deducible? Si es así, ¿cuál es el monto?
- ¿Tengo un copago? ¿Aplica tanto para visitas preventivas como no preventivas?
- ¿Mi plan cubre servicios de laboratorio realizados por Quest Diagnostics o necesito ser enviado a otro laboratorio?

Deducible: el monto que la persona asegurada debe pagar antes de que la compañía de seguros pague

Copago: el monto que la persona asegurada paga al momento de la cita

Coseguro: el porcentaje que la persona asegurada paga después de que el deducible y el copago han sido pagados O el porcentaje de la factura médica que la persona asegurada debe pagar

Si tiene alguna pregunta puede llamar a nuestro equipo de facturación; aunque no pueden asistirle con los parámetros de su plan individual, sí pueden brindarle orientación adicional sobre qué preguntarle a su aseguradora.

Gracias por la oportunidad de continuar siendo su aliado en su camino hacia una salud integral. Esperamos conocerle pronto.

- Mountain View Medical Center



Mountain View Medical Center
Hoja Demográfica

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente ID #: _____ Género: ☐ M ☐ F

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Seguridad Social #: _____

Ciudad, Estados, Código postal: _____

Marital Status: ☐ Casado ☐ No Casado ☐ Divorciado

Teléfono: _____ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro

Correo Electrónico: _____

_____ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro

Médico remitente: _____

_____ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro

Farmacia preferida: _____

Etnicidad: ☐ Hispanic or Latino ☐ Non-Hispanic or Latino ☐ Other

Race: ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
☐ White or Caucasian ☐ Other or Undetermined

INFORMACIÓN DE EMPLEO PARA PACIENTES

☐ Empleado ☐ Retirado ☐ Desempleados ☐ Otra

Nombre del empleado: _____

Teléfono del empleador: _____

Ocupación: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre

Relación

Teléfono

Persona responsable (si el paciente es menor de 18 años)

Nombre: _____

Empleador: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Teléfono del trabajo: _____

SSN: _____

Ciudad, Estados, Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____

SEGURO PRIMARIO

Nombre del seguro: _____

ID #: _____

Group/Policy ID #: _____

Nombre del _____

asegurado: _____

Asegurado DOB: _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del seguro: _____

ID #: _____

Group/Policy #: _____

Nombre del _____

asegurado: _____

Relación: _____

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGUROS (Por favor lea y firme)

Doy fe de que la información que he proporcionado aquí es correcta y verdadera según mi leal saber y entender. Por la presente, asigno los beneficios que se pagarán directamente al proveedor médico y autorizo a proporcionar información sobre mi enfermedad a mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no pagado por mi seguro. *Autorizo a la clínica a obtener electrónicamente el historial de medicamentos del administrador de beneficios de mi farmacia.*

PATIENT/GUARDIAN SIGNATURE

DATE



*Providing hope while improving the health
of our community, one patient at a time.*

Aceptación y consentimiento

Entiendo que Mountain View Medical Center (denominada a continuación como “esta clínica”) usará y divulgará **información médica** sobre mi situación.

Entiendo que mi **información médica** puede incluir información tanto creada como recibida por esta clínica, puede estar en forma escrita, electrónica o verbal, y puede incluir información sobre mi expediente médico, estado de salud, síntomas, revisiones médicas, resultados de análisis, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas de medicamentos y tipos similares de información médica.

Entiendo y estoy de acuerdo que esta clínica puede **usar y divulgar** mi información médica con el propósito de:

- Tomar decisiones y planear mi cuidado y tratamiento; enviar referencias, consultar, coordinarse y manejar junto con otros proveedores de servicios médicos sobre mi cuidado y tratamiento;
- Determinar mi elegibilidad para un plan de salud o cobertura de seguros y remitir facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros u otros que podrían ser responsables de pagar una parte o el costo total de mi cuidado médico; y
- Desempeñar varias funciones de oficina, administrativas y de negocios que apoyen los esfuerzos de mi doctor(a) para proveer, disponer y obtener reembolsos sobre un cuidado médico de calidad y económico.

También entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar una descripción escrita de cómo esta clínica manejará información médica sobre mi situación. Esta descripción escrita se conoce como **Aviso de Prácticas de Privacidad** y describe el uso y divulgación de información médica que se lleva a cabo y las prácticas de información seguidas por los empleados, el personal y otras personas trabajando en la oficina de esta clínica, así como mis derechos con respecto a mi información médica.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad podría ser revisado periódicamente y que tengo el derecho de recibir una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad que se revise. También entiendo que una copia o resumen de la versión más reciente del Aviso de Prácticas de Privacidad que esté vigente será publicado en el área de espera/recepción.

Entiendo que tengo el derecho de pedir que una parte o toda mi información médica no se use o divulgue como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad, y entiendo que esta clínica no tiene la obligación legal de estar de acuerdo con mi petición.

Al firmar abajo, acepto que he revisado y entiendo la información anterior y que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Por: _____
Firma del paciente o tutor legal

Fecha: _____



*Providing hope while improving the health
of our community, one patient at a time.*

Responsabilidad del paciente de pagar

Como un servicio para nuestros pacientes, Mountain View Medical Center (MVMC) remitirá los cargos por un tratamiento médico a la compañía de seguros del paciente, cuando sea aplicable, y a Medicare. Sin embargo, **el paciente es principalmente responsable de pagar todos y cada uno de los gastos médicos incurridos en la clínica**. Si no tiene un seguro médico, usted será responsable de pagar la factura al momento de recibir un servicio. Se enviarán estados de cuenta mensualmente cuando un paciente tenga un balance y se espera que realice pagos regulares.

MVMC podría verificar con anticipación que la compañía de seguros del paciente va a pagar por los procedimientos médicos específicos. Si la compañía de seguros se niega a pagar o solamente paga una parte de la factura médica, el paciente es responsable de pagar el balance de la cuenta. De igual manera, si el paciente no ha pagado su deducible bajo un determinado plan de seguros, el paciente será responsable de la cantidad del deducible además de cualquier cantidad que la compañía de seguros no pague.

Si el paciente participa en un HMO o PPO que requiera un copago, el paciente DEBE pagar el copago al momento de la cita o se agregará una tarifa de \$10 al copago.

Sujeto a tarifas adicionales en las siguientes situaciones:

- Cuando se remite nuevamente un reclamo de seguros debido a información incorrecta/incompleta dada por un paciente se cobrará \$25.
- Cuando se regresa un cheque por motivo de fondos insuficientes NSF se cobrará al paciente \$35 más la cantidad del cheque.
- Para todas y cada una de las citas a las que el paciente no se presenta (una norma de cancelación de 24 horas está vigente) se cobrará \$50.
 - La llegada 7 minutos después de la hora de la cita resultará en la reprogramación requerida de la cita y también puede considerarse una cita fallida o no presentada en la que se puede incurrir en una tarifa. *Las citas para establecer la atención requieren registrarse 30 minutos antes de la hora de la cita.

Si el paciente se involucra en un accidente automovilístico o de responsabilidad civil, el paciente es responsable de pagar todos los costos médicos, aun cuando exista una demanda legal pendiente.

Acuerdo contractual para pago de gastos medicos

Entiendo que soy personalmente responsable de todos los gastos médicos incurridos en MVMC por atención y tratamiento médico. Acepto pagar todos los gastos médicos dentro de los 90 días a partir de la fecha del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos con MVMC. Entiendo que cualquier factura con más de 90 días de vencida será enviada a cobranzas y MVMC se retirará de la atención en ese momento.

Autorizo que toda mi información médica se divulgue a mi compañía de seguros y autorizo el pago de todos los beneficios médicos por mi compañía de seguros a MVMC.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del paciente o tutor legal



Providing hope while improving the health
of our community, one patient at a time.

Historial médico de pacientes nuevos

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DEHOY: _____ REFERIDO A MVMC POR: _____

FECHA DEL ULTIMO EXAMEN FISICO: _____

NOMBRE DEL DOCTOR ANTERIOR: _____

MEDICAMENTOS

☐ VEA LA LISTA QUE SE ADJUNTA

Haga una lista de todos los medicamentos que está tomando:	Dosis	¿Cuántas veces al día?

ALERGIAS

Haga una lista de cualquier alergia a medicamentos que tenga:	Reacción

RISK FACTORS

USO DE TABACO

¿Usa tabaco actualmente? SÍ NO

¿Ha usado alguna vez tabaco? SÍ NO

¿Cuándo comenzó a usarlo? _____

¿Cuándo dejaste de fumar? _____

¿Cuánto fuma diariamente? _____

¿Le han recomendado alguna vez que reduzca su consumo? SÍ NO

¿Se ha expuesto a la inhalación del humo de otras personas? SÍ NO

¿Qué tipo de tabaco usa? _____

USO DE DROGAS

¿Usa drogas recreativas? SÍ NO

¿Ha usado alguna vez drogas intravenosas (inyectables) SÍ NO

¿Que tipo de drogas recreativas? _____

USO DE ALCOHOL

¿Usa drogas recreativas? SÍ NO ¿Qué tipo de alcohol? _____

¿Cuántas bebidas al día? _____

¿Siente la necesidad de reducir su consumo? SÍ NO

¿Le han recomendado alguna vez que reduzca su consumo? SÍ NO

¿Se ha sentido alguna vez culpable por su consumo de alcohol? SÍ NO

¿Necesita alguna vez un trago para despertarse en la mañana? SÍ NO

EXERCISE

¿Hace usted ejercicio? SÍ NO

¿Cuántas veces por semana? _____

¿Qué tipo de ejercicio? _____

OTHER

¿Cuántas tazas de café/bebidas con cafeína toma diariamente? _____

¿Qué porcentaje del tiempo usa un cinturón de seguridad? _____

¿Cuántas horas se expone al sol diariamente? _____

REVISIÓN DE SISTEMAS – Marque todos los síntomas que usted tenga *actualmente*

General

- ☐ Depresión
- ☐ Mareos
- ☐ Desmayos
- ☐ Olvidos frecuentes
- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Pérdida del sueño
- ☐ Sudoración
- ☐ Pérdida de peso

Genitourinario

- ☐ Sangre al orinar
- ☐ Orina con frecuencia
- ☐ Falta de control de la vejiga
- ☐ Dolor al orinar

Gastrointestinal

- ☐ Cambios intestinales
- ☐ Poco apetito
- ☐ Sangrado rectal
- ☐ Dolor estomacal
- ☐ Sangre al vomitar

Dolor de músculos /coyunturas / huesos
¿Qué parte de su cuerpo?

Respiratorio

- ☐ Tos
- ☐ Uso de la máquina para presión positiva continua en las vías r espiratorias (CPAP)
- ☐ Uso de máquina portátil de oxígeno
- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Silbido al respirar

Ojo, Oído, Nariz, Garganta

- ☐ Sangrado de las encías
- ☐ Visión borrosa
- ☐ Dificultad para tragar
- ☐ Pérdida de la voz
- ☐ Pérdida de la audición
- ☐ Sangrado de la nariz
- ☐ Tos persistente
- ☐ Zumbido en los oídos
- ☐ Alergias estacionales
- ☐ Problemas sinusales

Cardiovasculares

- ☐ Dolor de pecho
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Latidos irregulares
- ☐ Hinchazón de tobillos

Piel

- ☐ Desarrolla moretones con facilidad
- ☐ Cambios en las verrugas
- ☐ Ronchas/urticaria
- ☐ Comezón
- ☐ Sarpullido/irritación

HISTORIAL MÉDICO PASADO – Marque todas las condiciones que haya tenido en el pasado

☐ No notable

☐ Asma

☐ Fibrilación auricular

☐ Anemia

☐ Ansiedad

☐ Desorden autoinmune

☐ cirrosis biliar

☐ transfusiones de sangre

☐ Tumor cerebral

☐ Sangrado en el cerebro

☐ Cirrosis

☐ CVA / Carrera

☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

☐ Cáncer de colon

☐ Enfermedad coronaria

☐ Enfermedad inflamatoria crónica del intestino

☐ Insuficiencia renal

☐ Depresión

☐ Diabetes – Tipo 1

☐ Diabetes – Tipo 2

☐ Inflamación o infección en el tracto digestivo

☐ Coágulo de sangre dentro de una vena profunda

☐ Hemorragia gastrointestinal

☐ Reflujo ácido frecuente

☐ Sobrecarga de hierro

☐ Alta concentración de grasas o lípidos en la sangre

☐ Alta presion sanguinea

☐ Tiroides sin actividad

☐ Tiroides hiperactiva

☐ Hepatitis A

☐ Hepatitis B

☐ Hepatitis C

☐ Esterilidad

☐ Enfermedad de los riñones

☐ Cálculos renales

☐ Enfermedad del hígado

☐ Ataque cardíaco

☐ Desorden neurológico

☐ Osteoarthritis

☐ Huesos débiles o frágiles

☐ Enfermedad vascular periférica

☐ Úlceras estomacales

☐ Inflamación crónica de las articulaciones

☐ Epilepsia/convulsiones

☐ Trastorno de la tiroides

☐ Tuberculosis

☐ Enfermedad cardíaca valvular

☐ Infección crónica del tracto urinario

☐ Inflamación de una vena

Other: _____

HISTORIAL DE CIRUGÍAS

☐ VEA LA LISTA QUE SE ADJUNTA

Por favor, indique todas las cirugías realizadas en el pasado:	Doctor o ubicación:	Fecha:

¿Cuál fue la fecha de la última colonoscopia? _____

HISTORIAL DE FAMILIA- Indique los parientes consanguíneos que tienen los siguientes problemas, incluyendo mamá, papá, hermana y hermano

Desorden sanguíneo _____

Cáncer _____

Diabetes _____

Ataque al corazón _____

Alta presion sanguínea _____

Enfermedad del riñon _____

Enfermedad mental _____

Enfermedad neurológica _____

Trastornos de crecimiento/desarrollo _____

Enfermedad de la piel _____

Derrame cerebral _____

Enfermedad de la tiroides _____

Tuberculosis _____

Otro _____

HISTORIA SOCIAL

Orientación sexual: Heterosexual / Homosexual / Bisexual / Otro: _____

Sexo biológico: _____

Preferencia de Género: _____

Pronombre Preferido: _____

¿Cuál es su estado civil?

☐ Relación estable

☐ Divorciado(a)

☐ Casado(a)

☐ Soltero(a)

Lista de nombres de niños: _____

Children's birth years: _____

Nombre del lugar de trabajo: _____

Título profesional: _____

¿Cuál es su nivel de educación más alto? _____

HISTORIAL GINECOLÓGICO – SOLAMENTE MUJERES

¿A qué edad tuvo su primer periodo? _____

¿Todavía tiene sus periodos? ☐ Sí ☐ NO

Primer día del último ciclo menstrual: _____

¿Tiene periodos regulares? ☐ Sí ☐ NO

¿Cuánto tiempo entre sus periodos? _____

¿Cuánto duran sus periodos? _____

¿Cómo es su flujo menstrual? Ligero Moderado Abundante

¿Tiene un sangrado entre periodos? ☐ Sí ☐ NO

Año de la menopausia: _____

¿Tiene dolor durante sus periodos? ☐ Sí ☐ NO

¿Tiene actualmente una relación sexual? ☐ Sí ☐ NO

¿Ha estado alguna vez en una relación sexual? ☐ Sí ☐ NO

¿Que tipo de anticonceptivos utiliza usted? _____

de veces que ha estado embarazada _____

¿Desea quedar embarazada ahora? ☐ Sí ☐ NO

de hijos que están vivos _____

de nacimientos prematuros _____

¿Desea quedar embarazada en el futuro? ☐ Sí ☐ NO

de abortos inducidos _____

de abortos espontáneos _____

¿Cuál fue la fecha de su último Papanicolau? _____

¿Cuál fue la fecha de su última mamografía? _____

¿Tiene un historial de lo siguiente?:

- ☐ Pruebas de Papanicolau anormales
- ☐ Mamografía anormal
- ☐ Cáncer de seno, cervical, ovarios, útero
- ☐ Incontinencia urinaria
- ☐ Quistes ováricos
- ☐ Quistes ováricos

Mountain View Medical Center

AUDIT

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Alcohol: Un trago equivale a = 12oz. de cerveza 5oz. de vino 1.5 oz. de licor (una copita)
(Circula tu respuesta)

1. ¿Con qué frecuencia bebe un trago con contenido de alcohol?	Nunca	Una vez al mes o menos	2-4 veces al mes	2-3 veces por semana	4 o más veces por semana
2. ¿Cuántos tragos que contengan alcohol consume en un día típico cuando está bebiendo?	0 - 2	3 o 4	5 o 6	7 - 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia bebe cuatro o más tragos en una ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia durante el último año se dio cuenta de que no pudo dejar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha dejado de hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia durante el ultimo año ha necesitado un primer trago en la mañana para ponerse en acción después de una sesión de beber abundantemente?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia durante el ultimo año ha tenido una sensación de cula o remordimiento después de beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia durante el ultimo año ha sido incapaz de recordar lo que pasó la noche anterior debido a su forma de beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Cada mes	Cada semana	Diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguien más han resultado heridos debido a su forma de beber?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año
10. ¿Ha estado preocupado por su forma de beber o le ha sugerido que beba menos algún pariente, amigo, medico u otro trabajador de la atención a la salud?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año

Depresión:

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?
(Circule su respuesta.)

- | | | | | |
|--|-----------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| 1. Poco interés o disfrutar haciendo cosas | Para nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 2. Sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza | Para nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |



***Si la respuesta a la pregunta anterior es “No”, continúe con la página 3.**

¿Con qué frecuencia ha tenido molestias por cada uno de los siguientes síntomas durante las últimas dos semanas?
(Circule su respuesta.)

- | | | | | |
|---|-----------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| 3. Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado | Para nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 4. Sentirse cansado o tener poca energía | Para nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 5. Falta de apetito o comer en exceso | Para nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 6. Sentirse mal consigo mismo o que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia | Para nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión | Para nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 8. ¿Moverse o hablar tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O, por el contrario, estar tan inquieto o intranquilo que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual. | Para nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 9. Pensamientos de que estarías mejor muerto o de hacerte daño de alguna manera | Para nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 10. ¿En qué medida estos problemas le han dificultado realizar su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas? | Para nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |

Drogas: Las drogas recreativas incluyen metanfetaminas (speed, cristal), cannabis (mariguana, maría), inhalantes (tíner o adelgazante de Pintura, aerosol, pegamento), tranquilizantes (valium), cocaína, alucinógenos (LSD, hongos), o narcóticos heroína, oxicodona, metadona, etc).

1 o más

Nada

¿Cuántas veces en el ultimo año usó un medicamento recreativo o utilizó un medicamento recetado por razones no médicas?

☐
☐


*** Si la respuesta es "ninguna", continúe a la página 4**

¿Cuál de las siguientes drogas utilice el año pasado?

☐ metanfetaminas (speed, cristal)

☐ cocaína

☐ cannabis (mariguana, maría)

☐ narcóticos (heroína, oxicodona, metadona, etc.

☐ inhalantes (tíner o adelgazante de Pintura, aerosol, pegamento)

☐ alucinógenos (LSD, hongos)

☐ tranquilizantes (valium)

☐ otros _____

¿Con qué frecuencia ha usado estas drogas?

☐ Mensualmente o menos

☐ Semanal

☐ A diario o casi a diario

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Ha utilizado medicamentos distintos de los necesarios por motivos médicos? | No | Sí |
| 2. ¿Abusa de más de una droga a la vez? | No | Sí |
| 3. ¿No puede dejar de usar drogas cuando quiere? | No | Sí |
| 4. ¿Ha experimentado pérdida temporal de la memoria o escenas retrospectivas como resultado del uso de drogas? | No | Sí |
| 5. ¿En ocasiones se siente mal o culpable por su uso de drogas? | No | Sí |
| 6. ¿Se quejan alguna vez su cónyuge (o padres) por su implicación con las drogas? | No | Sí |
| 7. ¿Ha descuidado a su familia debido a su uso de drogas? | No | Sí |
| 8. ¿Ha participado en actividades ilegales a fin de obtener drogas? | No | Sí |
| 9. ¿Ha experimentado alguna vez síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando ha dejado de consumir drogas? | No | Sí |
| 10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias)? | No | Sí |

¿Alguna vez se inyectó drogas? ☐ Nunca ☐ Sí, en los últimos 90 días ☐ Sí, hace más de 90 días

¿Alguna vez ha estado en tratamiento por abuso de drogas? ☐ Nunca ☐ Actualmente ☐ Antes

Detección de necesidades sociales relacionadas con la salud.



Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

SITUACIÓN DE VIDA

1. ¿Cuál es tu situación de vida hoy?

- ☐ Tengo un lugar estable donde vivir
- ☐ Tengo un lugar donde vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
- ☐ No tengo un lugar fijo donde vivir (me alojo temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, vivo en la calle, en una playa, en un coche, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque)

2. Piensa en el lugar donde vives. ¿Tienes problemas con alguno de los siguientes?

SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

Plagas como insectos, hormigas o ratones

☐ Sí ☐ No

El horno o la estufa no funcionan

☐ Sí ☐ No

Moho

☐ Sí ☐ No

Detectores de humo faltantes o que no funcionan

☐ Sí ☐ No

Pintura o tuberías con plomo

☐ Sí ☐ No

Fugas de agua

☐ Sí ☐ No

Sin calor

☐ Sí ☐ No

Ninguno de los anteriores

☐ Sí ☐ No

LA COMIDA

Algunas personas han hecho la siguiente afirmación sobre su situación alimentaria. Por favor, responda si estas afirmaciones fueron ciertas A MENUDO, A VECES o NUNCA para usted y su hogar en los últimos 12 meses.

3. En los últimos 12 meses, ¿le preocupaba que se le acabara la comida antes de conseguir dinero para comprar más?

☐ A menudo ☐ A veces ☐ Nunca

4. En los últimos 12 meses, la comida que compraste simplemente no duró y no tuviste dinero para comprar más.

☐ A menudo ☐ A veces ☐ Nunca

Transporte

5. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, trabajar o conseguir las cosas que necesita para vivir?

☐

Sí

☐

No

Utilidades

6. En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, petróleo o agua ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?

☐

Sí

☐

No

Seguridad

La violencia y el abuso le ocurren a muchas personas y afectan su salud, por favor responda estas preguntas.

7. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le lastima físicamente?

☐

Nunca

☐

Casi nunca

☐

A veces

☐

A menudo

☐

Frecuentemente

8. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, te insulta o te habla con condescendencia?

☐

Nunca

☐

Casi nunca

☐

A veces

☐

A menudo

☐

Frecuentemente

9. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le amenaza con hacerle daño?

☐

Nunca

☐

Casi nunca

☐

A veces

☐

A menudo

☐

Frecuentemente

10. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, te grita o te maldice?

☐

Nunca

☐

Casi nunca

☐

A veces

☐

A menudo

☐

Frecuentemente