

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE



Nombre:	_____	Fecha:	_____						
Domicilio:	_____	Ciudad:	_____	Estado:	_____	Zip:	_____		
Tel. #:	_____	Tel. # Alternativo :	_____	Celular ( )	_____	Trabajo ( )	_____		
Fecha de Nac.:	_____	SSN:	_____	Masculino ( )	_____	Female ( )	_____		
No. de licencia de conducir:	_____	Estado civil:	Casado ( )	Divorciado ( )	_____	Soltero ( )	_____	Viudo ( )	_____

Nombre de Esposo/Esposa	_____	Fecha de Nac.:	_____				
Tel. #:	_____	SSN:	_____				
Domicilio:	_____	Ciudad:	_____	Estado:	_____	Zip:	_____

¿Está empleado?	Sí ( )	No ( )	¿Es estudiante?	Sí ( )	No ( )	¿Es usted?	Tiempo completo ( )	Medio Tiempo ( )
Empleador:	_____					Tel. #:	_____	
Domicilio:	_____	Ciudad:	_____	Estado:	_____	Zip:	_____	

¿Tiene aseguranza?	Sí ( )	No ( )	Nombre de la aseguranza	_____			
Domicilio:	_____	Ciudad	_____	Estado	_____	Zip:	_____
Tel. #:	_____	ID#:	_____	Grupo #:	_____		
Nombre del Asegurado:	_____	Fecha de Nac.:	_____	Relación al Paciente	_____		
¿Tiene aseguranza Secundaria?	Yes ( )	No ( )	Nombre de la aseguranza	_____			
Domicilio:	_____	Ciudad	_____	Estado:	_____	Zip:	_____
Tel. #:	_____	ID#:	_____	Relación al Paciente	_____		
Nombre del Asegurado	_____	Fecha de Nac.:	_____	Relación al Paciente	_____		

¿Su síntoma fue causado por un Accidente?	Sí ( )	No ( )	¿Incidente en el trabajo?	Sí ( )	No ( )	
¿Fecha de Accidente/Incidente?	_____	¿Qué tipo de Accidente?	Auto ( )	Celda ( )	Trabajo( )	Otros ( )

Contacto de Emergencia	_____	Relación al Paciente:	_____
Tel. #:	_____	Tel. # Alternativo:	_____
¿Cómo se enteró de nosotros?	_____	Médico Remitente:	_____
Razón Principal para ver el Doctor	_____		

<b>Planificación de Cuidados Avanzados</b>	<b>Si se presentan los documentos, envíelos para su digitalización al Registro de Directivas Anticipadas.</b>	
¿Tiene un Testamento en Vida firmado?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/>
¿Tiene un Poder Notarial Duradero para atención médica actualizado?		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/>		

EMAIL: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

Firma del paciente (o del tutor legal) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# FECHA DE LA ULTIMA EVALUACIÓN \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE SALUD DEL ADULTO

18 Años de edad y más

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ Cabeza de Familia \_\_\_\_\_ Número de Archivo \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_ Nivel de Educación \_\_\_\_\_

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ 1. Queja: \_\_\_\_\_

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ 2. ¿Tiene alergia a algún medicamento? ¿O a otras cosas? (Abejas, látex, etc.) \_\_\_\_\_

Por favor nómbralos: \_\_\_\_\_

3. Por favor liste todos los medicamentos que esta tomando ahora (incluyendo píldoras anticonceptivas, laxativos, aspirina, etc...) \_\_\_\_\_

4. ¿Ha tomado alguna vez medicamentos para bajar de peso (Phen-Phen, Redux, Pondimin)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5. ¿Sus Dientes necesitaran cuidado dental? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Tiene dolor en sus dientes? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última visita dental? \_\_\_\_\_

6. ¿Usa dentura? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Usted se muerde los labios, rechina sus dientes, tiene problemas con su mandíbula, la chusquea, le duele, tiene dificultad al abrir y cerrar su boca, o problemas al masticar, o le sangran las encinas? ¿Sus dientes son sensibles al: ¿Frio, Calor, Dulce, ¿Amargo? \_\_\_\_\_

7. Por favor díganos la fecha de sus últimas vacunas: Td, Tétano, difteria \_\_\_\_\_ MMR (Sarampión, Paperas, Rubeola).

8. Prueba de Tuberculosis: Fecha \_\_\_\_\_ Resultado: Positivo \_\_\_\_\_ Negativo \_\_\_\_\_

9. Por favor díganos la fecha de su ultimo Papanicolaou (PAP) \_\_\_\_\_ CBE \_\_\_\_\_ Mamografía \_\_\_\_\_

Resultados y donde fueron hechos (si se conoce) \_\_\_\_\_

10. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación? \_\_\_\_\_ LNMP: \_\_\_\_\_

¿Podría estar embarazada? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Está dando Pecho Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Detalle algún problema que tenga con un ciclo menstrual \_\_\_\_\_

¿Qué está usando como método anticonceptivo? ¿Le gustaría más información? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

11. ¿Tiene problema de vista? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Usa lentes de contacto? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

12. ¿Fuma o mastica tabaco? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si fuma ¿Cuánto y durante cuánto tiempo?

¿Le gustaría recibir información acerca de cómo dejarlo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

13. ¿Bebe Alcohol? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si bebe, ¿Cuánto y durante cuánto tiempo?

14. ¿Usa otra clase de drogas (marihuana, cocaína, pastillas, etc.)? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si consume ¿Cuánto y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ 15. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez por enfermedad o cirugía? Si, si, ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Dónde y Cuándo?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ 16. ¿Ha revisado alguna vez sus niveles de colesterol? Por favor anote los resultados si lo sabe

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ 17. ¿Se ha hecho alguna vez la prueba del SIDA? ¿Le gustaría hacerse la prueba a través de MMC? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ 18. ¿Tiene alguna pregunta sobre las ETS (Enfermedades de transmisión sexual)? ¿Mantiene relaciones sexuales con hombres mujeres o ambos? \_\_\_\_\_

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ 19. ¿Ha pensado alguna vez suicidarse o herirse? ¿Ha intentado alguna vez suicidarse? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ 20. ¿Tiene o ha tenido algún desorden alimentario? Si responde si, ¿De qué tipo (anorexia, bulimia, etc...) \_\_\_\_\_

	Yo	Madre	Padre	Hermanos	Hijos	Otro	Comentarios
Diabetes							
Presión arterial / Presión arterial baja							
Cáncer (De que tipo)							
Hipotiroidismo o Hipertiroidismo							
Ataques/Epilepsia, periodos de desvanecimiento							
Tuberculosis (+) PPD							
Alcoholismo, problemas con la bebida, Uso de drogas							
Salud Mental (Depresión, Ansiedad, etc.)							
Migrañas, dolores de cabeza							
Problemas hemorrágicos							
Dolor Abdominal/ Ulceras/ Pérdida de peso persistente o diarrea							
Problemas inmunológicos, infecciones frecuentes							
Artritis, miembros artificiales o articulaciones (cuales)							
Infecciones vaginales (candidiasis, bacterias, etc.)							

# Norma de Privacidad de HIPAA Acuerdo de Autorización del Paciente

## Autorización para la Revelación de Información Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Médico (§164, 508 (a))

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del paciente) entiendo que como parte de mi ciudad de salud, FocilMed, Inc, exámenes y los resultados; diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Yo entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento;
- Un medio de comunicación entre profesionales del campo médico que puedan contribuir a mi cuidado médico;
- Una fuente de información de cómo aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta;
- Un medio de operaciones rutinarias de cuidado médico tales como determinación de calidad y revisión de profesionales en el campo médico.

He sido proporcionado (a) con una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad que provee una descripción más completa sobre los usos y revelaciones de información.

Entiendo que como parte de cuidado y tratamiento puede ser necesario proveer a otra entidad mi información Confidencial Médica. Yo tengo el derecho de revisar el aviso de FocilMed, Inc., antes de firmar esa autorización. Autorizo la revelación de mi Información, Confidencial Médica como será especificado posteriormente para los propósitos y a los grupos indicados por mí.

### Norma de Privacidad Consentimiento del Paciente

#### Consentimiento para la Revelación de Información Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Médico (§164.506 (a)).

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de información de FocilMed, Inc. Antes de firmar este consentimiento;
- Que FocilMed, Inc. reserve su derecho de cambiar el aviso y las prácticas y que, si solicito, enviara una copia del aviso editado a la dirección que he dado antes de ponerlo en práctica;
- Tengo el derecho a oponerme al uso de mi información médica para propósitos directorios
- Tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información confidencial médica
- Puedo revocar este consentimiento escrito en cualquier momento, excepto hasta el punto que FocilMed, Inc. Ya haya tomado acción dependiendo del consentimiento escrito.

**Firma del Paciente o Testigo Representante Legal**

**Nombre del Paciente o Testigo Representante Legal**

**Fecha**

.....  
.....

.....



## POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con su tratamiento y todas sus necesidades de salud. Para brindarle un servicio excepcional, le pedimos que lea y firme las siguientes políticas antes de su tratamiento. Todos nuestros pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Requerimos una copia de su identificación o licencia de conducir.

### PACIENTES QUE PAGAN EN EFECTIVO

El pago completo se debe realizar al momento del servicio. No hay excepciones. Podemos solicitarle que pague los cargos estimados antes de ver al doctor. Aceptamos efectivo, cheque de caja, Visa, MasterCard, American Express, Discover y Diners Club.

### SEGURO MÉDICO

A principios de cada año, Medicare requiere que los pacientes paguen un deducible. Para 2010, el deducible es de \$155.00. Se le pedirá que pague hasta \$155.00 en el momento del servicio. Además, tenga en cuenta que Medicare solo paga el 80% de los cargos permitidos, y el saldo restante es responsabilidad del paciente. La excepción a esto es si tiene Medi-Medi (Medicare y Medi-Cal) o un seguro secundario que paga el deducible anual o el coaseguro. Todos los servicios no cubiertos son responsabilidad del paciente.

SEGURO MEDI-CAL Facturaremos su Medi-Cal como cortesía, sin embargo, si recibe tratamiento para un servicio no cubierto, será su obligación financiera pagar en su totalidad al momento del servicio.

### SEGURO PRO/COMERCIAL

Como cortesía y parte de nuestro servicio, facturaremos su seguro de salud. Requerimos una copia de su tarjeta de seguro médico válida. Esto no lo exime de su obligación financiera. Si no recibimos el pago de su compañía de seguros dentro de 90 días, el saldo total será responsabilidad del paciente o garante. Si su plan de seguro tiene un deducible anual, el pago completo se debe realizar al momento de su visita. Los copagos y coaseguros son responsabilidad del paciente y se deben pagar al momento de su visita. Si no somos un proveedor contratado con su seguro de salud, cualquier saldo restante después de que su seguro nos envíe el pago será responsabilidad del paciente. No hay excepciones.

### LESIONES INDUSTRIALES

La aceptación es caso por caso. Entrevistaremos a la parte involucrada (paciente) y determinaremos si aceptamos el caso. Si tiene un abogado, es obligatorio un gravamen firmado por ambas partes (abogado y paciente). En ningún momento el paciente queda exento de obligaciones financieras. Todos los saldos pendientes son responsabilidad del paciente o garante a menos que se hayan hecho arreglos previos con el departamento de facturación. Todas las reclamaciones de terceros requieren que el paciente proporcione la información adecuada. Esto incluye seguro de auto, seguro de responsabilidad u otra información relacionada con su lesión.

HE LEÍDO Y COMPRENDIDO LA POLÍTICA FINANCIERA DE FOCILMED, INC. ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS FINANCIEROS ANTERIORES.

**NOMBRE Y APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

## ACUERDO DE ARBITRAJE ENTRE MÉDICO Y PACIENTE

**Artículo 1:** Acuerdo de arbitraje: Se entiende que cualquier disputa relacionada con la mala praxis médica, es decir, si los servicios médicos prestados bajo este contrato fueron innecesarios, no autorizados, realizados de manera incorrecta, negligente o incompleta, se resolverá mediante arbitraje conforme a la ley de California, la cual prevé la revisión judicial o procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al firmarlo, renuncian a su derecho constitucional de que cualquier disputa de este tipo sea decidida en un tribunal con un jurado, aceptando en su lugar el uso del arbitraje.

**Artículo 2:** Todas las reclamaciones deben ser arbitradas: La intención de las partes es que este acuerdo vincule a todas las partes cuyas reclamaciones puedan surgir de o estar relacionadas con el tratamiento o los servicios proporcionados por los médicos, incluyendo a cualquier cónyuge o herederos del paciente y cualquier hijo, ya sea nacido o no, en el momento del evento que dio lugar a cualquier reclamación. En el caso de una madre embarazada, el término "paciente" aquí se referirá tanto a la madre como al niño o niños esperados por la madre.

**Artículo 3:** Procedimientos y Ley Aplicable: Una solicitud de arbitraje debe ser comunicada por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro de la parte) dentro de los diez días, y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros nombrados por las partes dentro de los treinta días siguientes. Cada parte del arbitraje pagará su parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir los honorarios de abogados o gastos incurridos por una parte para su propio beneficio.

Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de arbitrar separadamente el tema de la responsabilidad y los daños mediante solicitud por escrito al árbitro neutral.

Las partes consienten en la intervención y unión en el arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una parte adicional adecuada en una acción judicial, y, al producirse dicha intervención y unión, cualquier acción judicial existente contra esa persona o entidad será suspendida mientras dure el arbitraje.

Las partes acuerdan que las disposiciones de la ley de California aplicables a los proveedores de atención médica se aplicarán a las disputas dentro de este acuerdo de arbitraje, incluidas, pero no limitadas a, las Secciones 340.5 y 567.7 del Código de Procedimiento Civil y las Secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquier parte puede presentar ante el árbitro una moción de juicio sumario o adjudicación sumaria de acuerdo con el Código de Procedimiento Civil.

**Artículo 4:** Disposiciones Generales: Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancia relacionada se arbitrarán en un solo procedimiento. Una reclamación será renunciada y estará siempre prohibida si (1) en la fecha en que se recibe la notificación, la reclamación, si se presentara en una acción civil, estaría prohibida por la ley de limitaciones de California aplicable, o (2) el reclamante no sigue la reclamación de arbitraje de acuerdo con los procedimientos prescritos aquí con la diligencia razonable. Con respecto a cualquier asunto no expresamente previsto aquí, el arbitraje se regirá por el Código de Procedimiento Civil de California relacionado con el arbitraje.

**Artículo 5:** Revocación: Este acuerdo puede ser revocado mediante notificación por escrito entregada al médico dentro de los 30 días siguientes a la firma y, si no se revoca, regirá todos los servicios médicos recibidos por el paciente a partir de la fecha de firma.

Si alguna disposición de este acuerdo de arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes seguirán en pleno vigor y no se verán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

Por:

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente impreso

Por

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Por:

\_\_\_\_\_  
Firma del representante del paciente

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
Firma del representante del paciente  
impreso

Se entregará al Paciente una copia firmada de este documento. El original se incluirá en la historia clínica del paciente.



## MEDI-CAL WAIVER

Si al tiempo de su consulta no tiene Medi-Cal, tiene que pagar su consulta No se le regresará su dinero y no mandaremos a cobrar Medi-Cal retroactivamente. Renuncio derecho de solicitar cobro a Medi-Cal retroactivamente.

If at the time of service, you do not have Medi-Cal, we expect payment in full. No refunds will be given, and we will not bill Medi-Cal retroactively, I wolve the right to retroactively bill Medi-Cal.

---

---

**Firma/Signature**

---

**Fecha/Date**

# Evaluación de Salud

## Adulto

Nombre del paciente (nombre y apellido)		Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		Fecha de Hoy
Persona que rellena el formulario (si el paciente necesita ayuda)			<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otros (Especifique)		¿Necesita ayuda para llenar el formulario?  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Por favor, responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo "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.</b>					¿Necesita interprete?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<i>Clinic Use Only:</i>
1	¿Bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Do you drink or eat 3 servings of calcium-rich foods daily, such as milk, cheese, yogurt, soy milk, or tofu?</i>	Sí <small>Yes</small>	No	Omitir <small>Skip</small>	Nutrition
2	¿Come frutas y verduras todos los días? <i>Do you eat fruits and vegetables every day?</i>	Sí <small>Yes</small>	No	Omitir <small>Skip</small>	
3	¿Limita la cantidad de alimentos fritos o comida rápida que come? <i>Do you limit the amount of fried food or fast food that you eat?</i>	Sí <small>Yes</small>	No	Omitir <small>Skip</small>	
4	¿Tiene la posibilidad de comer suficientes alimentos saludables? <i>Are you easily to get enough healthy food?</i>	Sí <small>Yes</small>	No	Omitir <small>Skip</small>	
5	¿La mayoría de los días bebe un refresco, jugo, bebida deportiva o bebida energizante? <i>Do you drink a soda, juice drink, sports or energy drink most days of the week?</i>	No	Sí <small>Yes</small>	Omitir <small>Skip</small>	Physical Activity
6	Por lo general ¿come demasiado o muy poco? <i>Do you often eat too much or too little food?</i>	No	Sí <small>Yes</small>	Omitir <small>Skip</small>	
7	¿Le preocupa su peso? <i>Are you concerned about your weight?</i>	No	Sí <small>Yes</small>	Omitir <small>Skip</small>	
8	¿Hace ejercicio o realiza actividades, como caminar, jardinería o nadar durante al menos, ½ hora al día? <i>Do you exercise or spend time doing activities, such as walking, gardening, swimming for ½ hour a day?</i>	Sí <small>Yes</small>	No	Omitir <small>Skip</small>	Safety
9	¿Se siente Seguro donde vive? <i>Do you feel safe where you live?</i>	Sí <small>Yes</small>	No	Omitir <small>Skip</small>	
10	¿Ha tenido accidentes automovilísticos últimamente? <i>Have you had any car accidents lately?</i>	No	Sí <small>Yes</small>	Omitir <small>Skip</small>	
11	Durante el último año ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado o lastimado físicamente? <i>Have you been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?</i>	No	Sí <small>Yes</small>	Omitir <small>Skip</small>	
12	¿Siempre usa cinturón de seguridad cuando conduce o viaja en automóvil? <i>Do you always wear a seat belt when driving or riding in a car?</i>	Sí <small>Yes</small>	No	Omitir <small>Skip</small>	



13	<p>¿Tiene un arma de fuego en su hogar o en el lugar donde vive?</p> <p><i>Do you keep a gun in your house or place where you live?</i></p>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
14	<p>¿Se cepilla los dientes y utiliza el hilo dental a diario?</p> <p><i>Do you brush and floss your teeth daily?</i></p>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Dental Health
15	<p>¿Con frecuencia se siente triste, desesperanzado, enojado o preocupado?</p> <p><i>Do you often feel sad, hopeless, angry, or worried?</i></p>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Mental Health
16	<p>¿Con frecuencia tiene dificultades para dormir?</p> <p><i>Do you often have trouble sleeping?</i></p>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
17	<p>¿Fuma o mastica tabaco?</p> <p><i>Do you smoke or chew tobacco?</i></p>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Alcohol, Tobacco, Drug Use
18	<p>¿Sus amigos o familiares fuman en su hogar o en el lugar donde vive?</p> <p><i>Do friends or family members smoke in your house or place where you live?</i></p>	No	Sí Yes	Omitir Skip	

19	<p>En último año ¿ha tomado:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>(hombres)</b> 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p><input type="checkbox"/> <b>(mujeres)</b> 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p><i>In the past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?</i></p>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Nutrition
20	<p>¿Consume drogas o medicamentos para ayudarlo a dormir, relajarse, calmarse, sentirse mejor o perder peso?</p> <p><i>Do you use any drugs or medicines to help you sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i></p>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
21	<p>¿Cree que usted o su pareja podría estar embarazada?</p> <p><i>Do you think you or your partner could be pregnant?</i></p>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
22	<p>¿Cree que usted o su pareja pueden tener una infección de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI), como clamidia, gonorrea, verrugas genitales, etc.?</p> <p><i>Do you think you or your partner could have a sexually transmitted infection (STI), such as Chlamydia, Gonorrhea, genital warts, etc.?</i></p>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Sexual Issues
23	<p>¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin utilizar un método anticonceptivo en el último año?</p> <p><i>Have you or your partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i></p>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
24	<p>¿Ha tenido usted o su(s) pareja(s) relaciones sexuales con otras personas en el último año?</p> <p><i>Have you or your partner(s) had sex with other people in the past year?</i></p>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
25	<p>¿Ha tenido usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin preservativo en el último año?</p> <p><i>Have you or your partner(s) had sex without a condom in the past year?</i></p>	No	Sí Yes	Omitir Skip	

26	¿Alguna vez le forzaron o presionaron para tener relaciones sexuales? <i>Have you 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	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"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
<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"/>	
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:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date: