

Proveedor de atención primaria (PCP)		Fecha (MM/DD/AAAA) *
Apellido(s) *	Nombre *	Segundo nombre
Nombre anterior		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) *

Estado civil (marque uno): ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ En pareja

¿Es este su nombre legal? ☐ Sí ☐ No Si no, nombre legal: _____

IDENTIDAD DE GÉNERO (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre transgénero / Hombre trans ☐ Mujer transgénero / Mujer trans ☐ No binario

☐ Género queer / No conforme con el género ☐ Prefiero no contestar

☐ Prefiero describirme así: _____

Mis pronombres son: ☐ Él ☐ Ella ☐ Elle ☐ Otro: _____

DIRECCIÓN Y CONTACTO

Dirección (calle y número) *		Teléfono *	
Apartado postal	Ciudad *	Estado *	Código postal *
Correo electrónico			

TRABAJO

Ocupación	Empleador	Teléfono del empleador
-----------	-----------	------------------------

¿Cómo eligió nuestra clínica? (marque una)

☐ Recomendación de un médico ☐ Plan de seguro ☐ Hospital ☐ Familia ☐ Amigo(a) ☐ Cerca de casa / del trabajo

☐ Páginas Amarillas ☐ Otro: _____

FARMACIA

Nombre de la farmacia	Teléfono de la farmacia
Dirección de la farmacia	

AMIGO O FAMILIAR LOCAL (QUE NO VIVA EN LA MISMA DIRECCIÓN)

Nombre	Parentesco	Teléfono de casa	Teléfono del trabajo
--------	------------	------------------	----------------------

CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy responsable económicamente de cualquier saldo. También autorizo a Cardin HealthCare, Inc. o a mi compañía de seguros a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis reclamos. Al firmar, también doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico.

☐ He leído y estoy de acuerdo con la declaración anterior.

Firma del paciente / tutor *	Fecha (MM/DD/AAAA) *
------------------------------	----------------------

☐ Al marcar esta casilla y escribir mi nombre y apellido arriba, reconozco que esto servirá como mi firma legal en este formulario.

Nombre del paciente (nombre, apellido) *	Teléfono de casa
Dirección (calle y número)	Ciudad / Estado / Código postal

OTRA FORMA DE COMUNICARNOS CON USTED

¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? ☐ Sí ☐ No Iniciales:

¿Podemos enviarle mensajes de texto? ☐ Sí ☐ No Iniciales:

Correo electrónico	Celular para mensajes de texto
--------------------	--------------------------------

Así es como nos comunicaremos con usted si necesitamos hablarle sobre elegibilidad, citas, autorizaciones y/o resultados.

SI CONTESTA EL BUZÓN DE VOZ, UNA CONTESTADORA O ALGUIEN QUE NO ES EL PACIENTE (MARQUE UNA)

- ☐ Pueden dejar el nombre de la oficina y el motivo de la llamada. Iniciales:
- ☐ Dejen el nombre de la oficina y pidan que yo devuelva la llamada. Iniciales:
- ☐ Dejen solo el número de la oficina y pidan que yo devuelva la llamada. Iniciales:
- ☐ No dejen ningún mensaje. Iniciales:

RESTRICCIONES PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Información	Restricción

FAMILIARES / AMIGOS QUE PARTICIPAN EN MI ATENCIÓN

- ☐ Pueden divulgar información a cualquier persona que diga ser un familiar o amigo de los indicados abajo, solo con mi consentimiento por escrito. Iniciales:

Pueden divulgar información solo a los siguientes familiares o amigos (marque todos los que correspondan):

- ☐ Cónyuge:
- ☐ Hijos:
- ☐ Padres:
- ☐ Hermanos / Otro (nombre):
- ☐ No divulguen información a ninguna persona, sin importar el parentesco.
- ☐ Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Cardin HealthCare, Inc.

Firma del paciente / tutor *	Fecha (MM/DD/AAAA) *

☐ Al marcar esta casilla y escribir mi nombre y apellido arriba, reconozco que esto servirá como mi firma legal en este formulario.

Si firma otra persona que no es el paciente: nombre y parentesco

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Edad	Fecha

Esta información es confidencial y su proveedor médico la usará para asegurarse de que usted reciba la atención adecuada.

- ☐ Sí ☐ No ¿Es alérgico a algún medicamento? Anótelos aquí:
- ☐ Sí ☐ No ¿Toma algún medicamento sin receta, medicamento con receta, vitaminas, suplementos o remedios caseros? Anótelos aquí:
- ☐ Sí ☐ No ¿Tiene un lugar habitual donde recibe atención primaria? Si contestó sí, ¿quién?

A. ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Alguien de su familia (madre, padre, hermano, hermana) ha tenido alguna vez:

- | | | |
|--|--|--|
| 1. ☐ Ataque o enfermedad del corazón | 5. ☐ Colesterol alto | 9. ☐ Enfermedad mental |
| 2. ☐ Derrame cerebral | 6. ☐ Diabetes | 10. ☐ Exposición materna al DES |
| 3. ☐ Coágulos de sangre en las piernas o los pulmones | 7. ☐ Abuso de alcohol o drogas | 11. ☐ Cáncer |
| 4. ☐ Presión arterial alta | 8. ☐ Defectos de nacimiento o problemas genéticos | 12. ☐ No conozco los antecedentes médicos de mi familia |

B. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

1. ¿Ha tenido USTED alguna vez problemas con alguno de estos? Marque todos los que correspondan.

- | | | |
|--|--|--|
| A. ☐ Enfermedad del corazón | I. ☐ Sangrado o moretones con facilidad | Q. ☐ Dolores de cabeza fuertes o migrañas |
| B. ☐ Presión arterial alta | J. ☐ Anemia | R. ☐ Problemas del hígado o hepatitis |
| C. ☐ Derrame cerebral | K. ☐ Anemia de células falciformes | S. ☐ Enfermedad de la vesícula biliar |
| D. ☐ Diabetes | L. ☐ Problemas de los riñones o la vejiga | T. ☐ Trastorno de la alimentación |
| E. ☐ Colesterol alto | M. ☐ Convulsiones o epilepsia | U. ☐ Cáncer, tipo: <input type="text"/> |
| F. ☐ Tuberculosis (TB) | N. ☐ Depresión | V. ☐ Enfermedad de la tiroides |
| G. ☐ Asma | O. ☐ Pensamientos suicidas | W. ☐ Infertilidad |
| H. ☐ Coágulos de sangre en las piernas o los pulmones | P. ☐ Enfermedad mental | |

2. ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez ha estado hospitalizado o le han hecho alguna cirugía?
Si contestó sí, ¿cuándo y por qué?

3. ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez ha recibido una transfusión o ha estado expuesto a sangre?
4. ☐ Sí ☐ No ¿Ha sido vacunado contra la rubéola? ☐ No sé
5. ☐ Sí ☐ No ¿Ha sido vacunado contra la hepatitis B? ☐ No sé
6. ¿Cuándo fue su último examen genital? ☐ Nunca me han hecho un examen genital
☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez le dijeron que había algún problema? Si contestó sí, ¿cuál?
7. ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez se ha hecho una prueba del VIH?
 Si contestó sí, ¿cuándo fue la última? ¿El resultado fue: ☐ Positivo ☐ Negativo

C. HISTORIA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. ¿Qué edad tenía cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez? años
☐ Nunca he tenido relaciones sexuales
2. ¿Qué tan importante es para usted evitar un embarazo ahora? ☐ Muy ☐ Algo ☐ Nada
3. ¿Qué métodos anticonceptivos han usado usted y su(s) pareja(s) en el pasado? ☐ Ninguno

A. ☐ Condones (preservativos)	F. ☐ DIU	K. ☐ Retiro (sacarlo antes de terminar)
B. ☐ Pastillas anticonceptivas	G. ☐ Implante debajo de la piel	L. ☐ Método del ritmo
C. ☐ Depo-Provera (inyección)	H. ☐ Diafragma o capuchón cervical	M. ☐ Vasectomía
D. ☐ Parche	I. ☐ Ligadura de trompas	
E. ☐ NuvaRing (anillo vaginal)	J. ☐ Espuma, película o gel espermicida	
4. ¿Qué método anticonceptivo usan actualmente usted y su(s) pareja(s)? ☐ Ninguno
5. ☐ Sí ☐ No ¿Está contento con su método?
6. ¿Con qué frecuencia usa condones? ☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca
7. ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez ha usado anticoncepción de emergencia (píldora del día siguiente, Plan B)?
8. ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez ha embarazado a alguien? ☐ No estoy seguro
9. ☐ Sí ☐ No ☐ Tal vez ¿Usted y su pareja planean un embarazo en los próximos dos años?

D. Hábitos y Estilo de Vida

Si lo prefiere, puede hablar de estas preguntas importantes con su proveedor de salud.

1. ¿Cuántos vasos de bebidas alcohólicas toma por semana? ☐ Ninguno
2. ☐ Sí ☐ No ¿Fuma cigarrillos? Si contestó sí, ¿cuántos cigarrillos al día?
3. ☐ Sí ☐ No ¿Usa drogas ilegales (de la calle)? Si contestó sí, anótelas:
4. ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez se ha inyectado drogas?
5. ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez ha compartido agujas?

6. ☐ Sí ☐ No ¿Alguien le ha dicho alguna vez que tiene un problema con las drogas o el alcohol?
7. ☐ Sí ☐ No ¿Hay alguien, incluida su pareja, que le esté amenazando, que le haga sentir miedo o que le haga daño físicamente?
8. ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez le han presionado u obligado a tener relaciones sexuales cuando usted no quería?
9. ¿Alguna vez ha tenido una pareja sexual con antecedentes de: ☐ Uso de drogas inyectadas ☐ VIH

E. HISTORIA SEXUAL

En los últimos 12 meses...

1. ☐ Sí ☐ No ¿Ha tenido actividad sexual? Si contestó no, pase a la pregunta 6.
Si contestó sí, ¿cuántas parejas sexuales ha tenido?
2. ¿Ha tenido relaciones sexuales con: ☐ Hombres ☐ Mujeres ☐ Ambos
3. ¿Usted y/o su(s) pareja(s) han tenido: ☐ Sexo oral ☐ Sexo anal ☐ Sexo vaginal
4. ☐ Sí ☐ No ¿Ha intercambiado sexo por dinero o drogas?
5. ¿Cree que su pareja tiene otras parejas sexuales?
☐ Sí, definitivamente ☐ No estoy seguro, es posible ☐ No, es muy poco probable
6. En los últimos 12 meses, ¿usted o su(s) pareja(s) sexual(es) han tenido alguna de las siguientes?
- | | | |
|--|--|--|
| A. ☐ Clamidia | D. ☐ Tricomoniasis | G. ☐ Sífilis |
| B. ☐ Gonorrea | E. ☐ Enfermedad inflamatoria
pélvica | H. ☐ Otra: <input type="text"/> |
| C. ☐ Herpes genital | F. ☐ Verrugas genitales | |
7. ☐ Sí ☐ No ¿Hay algo más sobre su salud o sus prácticas sexuales que le gustaría hablar con su médico?

FIRMAS Y NOTAS DEL PROVEEDOR

Notas del proveedor (solo para uso del proveedor)

Firma del paciente / Fecha

Firma del médico / Fecha

☐ Al marcar esta casilla y escribir mi nombre y apellido arriba, reconozco que esto servirá como mi firma legal en este formulario.

Firma del médico / Fecha (actualización)

Firma del médico / Fecha (actualización)

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

Adulto (Adult)

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

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: ☐ (hombres) 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día? ☐ (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 (Yes)	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:

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipator y Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
☐ Nutrition	☐	☐	☐	☐	
☐ Physical activity	☐	☐	☐	☐	
☐ Safety	☐	☐	☐	☐	
☐ Dental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Mental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Alcohol, Tobacco, Drug Use	☐	☐	☐	☐	
☐ Sexual Issues	☐	☐	☐	☐	
					☐ Patient Declined the SHA
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	

VIVIENDA

1. ¿Le preocupa no tener una vivienda estable propia, alquilada o en el cual pueda quedarse en los próximos dos meses?¹
☐ Sí
☐ No
2. Piense en el lugar en donde vive. ¿Tiene problemas con alguno de los siguientes? (marque todo lo que corresponda)²
☐ Infestación de insectos
☐ Moho
☐ Pintura con plomo o tuberías de plomo
☐ Calefacción inadecuada
☐ Horno o estufa que no funcionan
☐ No contar con detectores de humo o los que hay no funcionan
☐ Pérdidas de agua
☐ Ninguno de los anteriores

ALIMENTACIÓN

3. En los últimos 12 meses, ¿le preocupó que su comida se agotara antes de obtener dinero para comprar más?³
☐ Con frecuencia
☐ A veces
☐ Nunca
4. En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró no duró y no tuvo dinero para comprar más?³
☐ Con frecuencia
☐ A veces
☐ Nunca

TRANSPORTE

5. ¿Pospone la cita o deja de ir al médico por motivos de distancia o transporte?¹
☐ Sí
☐ No

SERVICIOS PÚBLICOS

6. En los últimos 12 meses, ¿la empresa de electricidad, gas, petróleo o agua amenazó con cortar los servicios en su hogar?⁴
☐ Sí
☐ No
☐ Ya están cortados

CUIDADO INFANTIL

7. ¿Los problemas para obtener cuidado infantil le dificultan trabajar o estudiar?⁵
☐ Sí
☐ No

EMPLEO

8. ¿Tiene empleo?⁶
☐ Sí
☐ No

EDUCACIÓN

9. ¿Tiene un título de escuela secundaria?⁶
☐ Sí
☐ No

FINANZAS

10. ¿Con qué frecuencia lo siguiente describe su situación? No tengo suficiente dinero para pagar mis cuentas.⁷
☐ Nunca
☐ Raramente
☐ A veces
☐ A menudo
☐ Siempre

SEGURIDAD PERSONAL

11. ¿Con qué frecuencia alguien, incluyendo a sus familiares, lo lastima físicamente?⁸
☐ Nunca (1)
☐ Raramente (2)
☐ A veces (3)
☐ Con bastante frecuencia (4)
☐ Frecuentemente (5)
12. ¿Con qué frecuencia alguien, incluyendo a sus familiares, lo insulta o le habla mal?⁸
☐ Nunca (1)
☐ Raramente (2)
☐ A veces (3)
☐ Con bastante frecuencia (4)
☐ Frecuentemente (5)

13. ¿Con qué frecuencia alguien, incluyendo a sus familiares, lo amenaza con lastimarlo?⁸

- ☐ Nunca (1)
- ☐ Raramente (2)
- ☐ A veces (3)
- ☐ Con bastante frecuencia (4)
- ☐ Frecuentemente (5)

14. ¿Con qué frecuencia alguien, incluyendo a sus familiares, lo insulta o le grita?⁸

- ☐ Nunca (1)
- ☐ Raramente (2)
- ☐ A veces (3)
- ☐ Con bastante frecuencia (4)
- ☐ Frecuentemente (5)

ASISTENCIA

15. ¿Desea ayuda con alguna de estas necesidades?

- ☐ Sí
- ☐ No

INSTRUCCIONES DE PUNTUACIÓN:

Para preguntas sobre vivienda, alimentación, transporte, servicios públicos, cuidado infantil, empleo, educación y finanzas: las respuestas subrayadas indican una respuesta positiva para una necesidad social para esa categoría.

Para las preguntas de seguridad personal: un valor mayor a 10, cuando los valores numéricos se suman para las respuestas a estas preguntas, indica una respuesta positiva para una necesidad social de seguridad personal.

Suma de las preguntas 11 a 14:
mayor a 10 indica una evaluación positiva para seguridad personal.

REFERENCES

1. https://www.va.gov/HOMELESS/Universal_Screener_to_Identify_Veterans_Experiencing_Housing_Instability_2014.pdf
2. Nuruzzaman N, Broadwin M, Kourouma K, Olson DP. Making the social determinants of health a routine part of medical care. *J Health Care Poor Underserved*. 2015;26(2):321-327.
3. Hager ER, Quigg AM, Black MM, et al. Development and validity of a 2-item screen to identify families at risk for food insecurity. *Pediatrics*. 2010;126(1):e26-e32.
4. Cook JT, Frank DA, Casey PH, et al. A brief indicator of household energy security: associations with food security, child health, and child development in US infants and toddlers. *Pediatrics*. 2008;122(4):e867-e875.
5. Children's HealthWatch. Final: 2013 Children's Healthwatch survey. <http://www.childrenshealthwatch.org/methods/our-survey/>. Accessed October 3, 2018.
6. Garg A, Butz AM, Dworkin PH, Lewis RA, Thompson RE, Serwint JR. Improving the management of family psychosocial problems at low-income children's well-child care visits: the WE CARE project. *Pediatrics*. 2007;120(3):547-558.
7. Aldana SG, Liljenquist W. Validity and reliability of a financial strain survey. *J Financ Couns Plan*. 1998;9(2):11-19.
8. Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med*. 1998;30(7):508-512.

Restricciones de uso — los materiales del proyecto EveryONE tienen derechos de autor. Al descargar cualquiera de estos materiales, usted acepta que solo usará los materiales del Proyecto EveryONE con fines educativos y para promover la equidad en la salud. Los materiales del Proyecto EveryONE no pueden modificarse de ninguna manera y no pueden usarse para indicar o implicar el respaldo de ningún bien o servicio por parte de la AAFP.



Nombre del paciente (nombre, apellido) *	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Fecha

AUDIT-C: CONSUMO DE ALCOHOL

1. ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida que contenga alcohol?

- ☐ Nunca
 ☐ Una vez al mes o menos
 ☐ De 2 a 4 veces al mes
 ☐ De 2 a 3 veces por semana
 ☐ 4 o más veces por semana

2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas estándar toma en un día típico en que bebe?

- ☐ 1 o 2
 ☐ 3 o 4
 ☐ 5 o 6
 ☐ De 7 a 9
 ☐ 10 o más

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

- ☐ Nunca
 ☐ Menos de una vez al mes
 ☐ Mensualmente
 ☐ Semanalmente
 ☐ A diario o casi a diario

DAST-10: PREGUNTAS SOBRE EL USO DE DROGAS

Estas preguntas son sobre el uso de drogas en los últimos 12 meses. No incluya el alcohol ni el tabaco.

- | | |
|--|---|
| 1. ¿Ha usado drogas aparte de las que necesita por razones médicas? | ☐ Sí ☐ No |
| 2. ¿Abusa de más de una droga a la vez? | ☐ Sí ☐ No |
| 3. ¿Le es imposible dejar de usar drogas cuando quiere? | ☐ Sí ☐ No |
| 4. ¿Alguna vez ha tenido lagunas mentales (blackouts) o recuerdos repentinos (flashbacks) por el uso de drogas? | ☐ Sí ☐ No |
| 5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable por su uso de drogas? | ☐ Sí ☐ No |
| 6. ¿Su cónyuge (o sus padres) alguna vez se quejan de que usted usa drogas? | ☐ Sí ☐ No |
| 7. ¿Ha descuidado a su familia por su uso de drogas? | ☐ Sí ☐ No |
| 8. ¿Ha participado en actividades ilegales para conseguir drogas? | ☐ Sí ☐ No |
| 9. ¿Alguna vez ha tenido síntomas de abstinencia (se ha sentido enfermo) al dejar de usar drogas? | ☐ Sí ☐ No |
| 10. ¿Alguna vez ha tenido problemas médicos por su uso de drogas (por ejemplo: pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado)? | ☐ Sí ☐ No |

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Puntuación AUDIT-C (0 a 12)	Puntuación DAST-10 (0 a 10)	Proveedor

DAST-10: Acción sugerida:

- ☐ 0: Sin problemas reportados, ninguna por ahora
 ☐ 1 a 2: Nivel bajo, vigilar y volver a evaluar en 1 año
☐ 3 a 5: Nivel moderado, investigar más
 ☐ 6 a 8: Nivel considerable, evaluación intensiva
☐ 9 a 10: Nivel grave, evaluación intensiva

Nombre del paciente	Fecha	Edad

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Etnia: ☐ Caucásico(a) ☐ Hispano(a) ☐ Afroamericano(a) ☐ Asiático(a) ☐ Indio(a)

Lea cada una de las siguientes actividades y marque el círculo que mejor indique con qué frecuencia su pareja actúa de la manera descrita.

Conteste solo sobre los últimos 12 meses

¿Cuán a menudo su pareja...?	Nunca	Rara vez	A veces	Bastante a menudo	Frecuentemente
1. Le lastima físicamente	☐	☐	☐	☐	☐
2. Le insulta o le habla en una forma que le hace sentir inferior	☐	☐	☐	☐	☐
3. Le amenaza de hacerle daño	☐	☐	☐	☐	☐
4. Le grita o le maldice	☐	☐	☐	☐	☐
Puntos	1	2	3	4	5
Puntuación total:					

Cada pregunta vale de 1 a 5 puntos. El total va de 4 a 20. Una puntuación mayor de 10 indica que usted está en riesgo de abuso por violencia doméstica y debería buscar consejería o ayuda en un centro de recursos contra la violencia doméstica, como los siguientes:

Ayuda en el Condado de Los Ángeles (gratis, confidencial, las 24 horas del día):

Línea de ayuda contra la violencia doméstica del Condado de Los Ángeles: 1-800-978-3600

Línea Nacional contra la Violencia Doméstica: 1-800-799-SAFE (7233), o envíe START al 88788

Si está en peligro en este momento, llame al 911.

EVALUACIÓN DE RIESGO DE TUBERCULOSIS PARA ADULTOS DE CALIFORNIA (MAYORES DE 18 AÑOS)

Cardin HealthCare | 2880 Atlantic Ave, Suite 110 & 210, Long Beach, CA 90806
Teléfono (562) 424-4404 | Fax (562) 424-4770
TRADUCCIÓN DE CARDIN HEALTHCARE

Aunque se puede prevenir, la enfermedad de tuberculosis (TB) sigue causando mucho sufrimiento y muertes en el estado de California. Aun con los tratamientos modernos, más de 1 de cada 6 californianos con TB muere (bit.ly/cdc_tbca_data). La TB también es una desigualdad de salud en California, con un impacto desproporcionado en las personas nacidas fuera de los Estados Unidos. Identificar y tratar a las personas con infección de TB latente (LTBI) es la herramienta más prometedora para prevenir la enfermedad de TB.

- Use esta herramienta para identificar a los adultos sin síntomas que necesitan una prueba de LTBI.
- No trate la LTBI hasta haber descartado la enfermedad de TB activa.
- Un resultado negativo de la prueba cutánea de tuberculina o del análisis de liberación de interferón gamma no descarta la enfermedad de TB activa.

Si un paciente tiene síntomas de enfermedad de TB, como tos (por más de 2 semanas), fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso sin explicación, o una radiografía de tórax anormal compatible con enfermedad de TB, se le deben hacer más estudios. Comuníquese con su programa local de control de TB (<https://www.ctca.org/locations.html>) si se sospecha enfermedad de TB activa.

Se recomienda la prueba de LTBI si se marca alguna de las casillas de abajo.

Solo repita la prueba de TB si hay un nuevo factor de riesgo desde la última evaluación.

- ☐ **Nacimiento, viaje o residencia** por al menos 1 mes, o cruce frecuente de la frontera, en un país con una tasa elevada de TB*

Se prefiere el análisis de liberación de interferón gamma (IGRA) en lugar de la prueba cutánea de tuberculina (TST), especialmente para personas nacidas fuera de EE. UU.

- ☐ **Inmunosupresión, actual o planeada**

Infección por VIH, receptor de trasplante de órgano, tratamiento con agentes biológicos, incluidos los antagonistas del TNF-alfa (p. ej., infliximab, adalimumab, etanercept, otros), esteroides (equivalente a prednisona de 15 mg/día o más por 1 mes o más) u otros medicamentos inmunosupresores

- ☐ **Contacto cercano** con alguien con enfermedad de TB infecciosa en algún momento de su vida

- ☐ **Falta de vivienda o encarcelamiento**, actual o en el pasado

Personas sin hogar o que han vivido en lugares colectivos de alto riesgo, como albergues para personas sin hogar o centros correccionales, en algún momento de su vida

Trate la LTBI si el resultado de la prueba de LTBI es positivo y se ha descartado la enfermedad de TB activa.

- ☐ **Ninguno**; no se indica ninguna prueba de TB en este momento.

* Cualquier país que no sea Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o un país de Europa occidental o del norte.

Proveedor	Nombre del paciente
Fecha de la evaluación	Fecha de nacimiento

Para más información sobre esta herramienta y la versión más reciente, visite la página de evaluación de riesgo de TB (cdph.ca.gov/tbriskassessment). Esta es una traducción no oficial de Cardin HealthCare del formulario de CDPH y CTCA; la versión oficial en inglés es la válida.

Nombre	Fecha

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a), o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario: muy inquieto(a) o agitado(a), que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
PARA CODIFICACIÓN DE LA OFICINA:	0	+	+	+

= Puntuación total:

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

☐ No ha sido difícil ☐ Un poco difícil ☐ Muy difícil ☐ Extremadamente difícil

DIRECTIVA ANTICIPADA, PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Cardin HealthCare | 2880 Atlantic Ave, Suite 110 & 210, Long Beach, CA 90806
Teléfono (562) 424-4404 | Fax (562) 424-4770

LEA Y FIRME, POR FAVOR

Nombre del paciente (nombre, apellido) *	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) *

DIRECTIVA ANTICIPADA

- ☐ Tengo una directiva anticipada y entregaré una copia.
- ☐ Recibí información e instrucciones sobre las directivas anticipadas.
- ☐ No deseo recibir información sobre directivas anticipadas en este momento.

Entiendo que puedo actualizar mi directiva anticipada en cualquier momento y entregar una copia a Cardin HealthCare para mi expediente médico.

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

Yo, el paciente nombrado arriba, reconozco que recibí y revisé una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Cardin HealthCare, Inc. Entiendo que este aviso explica cómo se puede usar y divulgar mi información médica, y describe mis derechos bajo la ley HIPAA.

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

Yo, el paciente nombrado arriba, solicito y doy mi consentimiento para recibir evaluación médica, procedimientos de diagnóstico (incluidos rayos X y análisis de laboratorio) y el tratamiento que el personal profesional de Cardin HealthCare, Inc. considere necesario y aconsejable. Entiendo que este consentimiento se aplica a los servicios de salud de rutina y no incluye procedimientos que requieran un formulario de consentimiento aparte y específico.

Firma del paciente / tutor *	Fecha (MM/DD/AAAA) *

- ☐ Al marcar esta casilla y escribir mi nombre y apellido arriba, reconozco que esto servirá como mi firma legal en este formulario.

Si firma otra persona que no es el paciente: nombre y parentesco