



# DOCTORS' VOLUNTEER CLINIC

## Información del paciente:

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

NSS#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

(si el paciente es un menor de edad

la información abajo será la de los cuidadores)

## Contacto de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Raza:

Nativo Americano:

Asiático:

Afroamericano / Negro:

Hawaiano:

Isleño Pacífico:

Caucásico:

Otro: \_\_\_\_\_

¿Hispano o latino? Sí:  No:

Estado civil: Soltero/Seperado/Divorciado:

Casado/Pareja:

Prefiero no decir:

## ¿Cómo escuchó de nuestra clinica?

Yo/Familiar/Amigo:

Sala de Emergencia:

Internet:  Corte:

Behavioral Medicine:

Switchpoint:  LDS:

Family Healthcare:

Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número celular: \_\_\_\_\_

Permiso enviar textos: Sí:  No:

Corréo electrónico: \_\_\_\_\_

Género: Hombre:  Mujer:

Permiso dejar un mensaje de voz:

Sí:  No:

Permiso a discutir información médica con familia

Sí:  No:

En caso afirmativo, ¿con quiénes?

Número de personas en casa: 1 2 3 4 5 6 7

Ingresos Mensuales Del Hogar: \$\_\_\_\_.00

¿Ciudadano de EEUU? Sí:  No:

¿Discapacitado? Sí:  No:

¿Nivel de educación? Incompleto:

Graduado de escuela secundaria:

Graduado de la universidad:

Forma de empleo: Tiempo Parcial:

Tiempo Completo:

Jubilado:

Desempleado:

¿Sin hogar establecido? Sí:  No:

¿Tiene aseguranza? Sí:  No:

Nombre de aseguranza: \_\_\_\_\_

¿Veterano del militar? Sí:  No:

⇒VER EL REVERSO⇐

# The Doctors' Volunteer Clinic Patient Consent Form

## Formulario de Conesentimiento

Los proveedores de servicios médicos en la Doctors Volunteer Clinic no reciben ninguna compensación o remuneración por proporcionar servicios y están ofreciendo su tiempo como voluntarios. Por lo tanto, de acuerdo con la ley de negligencia médica de Utah y la ley de inmunidad de los proveedores de servicios médicos por acto de responsabilidad, Sección 58-133, la Doctors Volunteer Clinic no es responsable de ningún daño civil por actos u omisiones, excepto por aquellos actos u omisiones que sean intencionales y sin sentido.

He leído y entendido lo anterior y doy mi consentimiento para el tratamiento y mi consentimiento para renunciar cualquier derecho a demandar por negligencia profesional, excepto por los actos u omisiones que sean gravemente negligentes, o intencionales y sin sentido.

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

## Declaración de Elegibilidad para el Comprobante de Servicios de Diagnóstico

Este formulario sirve como documentación para la clínica de Doctors Volunteer Clinic y la Intermountain Healthcare para determinar mi elegibilidad para un comprobante de servicios de diagnóstico que se utilizará en la Intermountain Healthcare. Entiendo que si no soy elegible para el cupón, tendré que pagar el costo total de los servicios de diagnóstico en la Intermountain Healthcare. Entiendo que si necesito ayuda para pagar mis facturas, puedo reunirme con un consejero de elegibilidad de la Intermountain Healthcare.

Y por el presente declaro que la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta. Entiendo que si se determina que esta información es falsa o engañosa, seré responsable del pago de los cargos por todos los servicios de Intermountain Healthcare.

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

## Intercambio de información de salud

Un Intercambio de información de salud, comparte información de salud a oficinas médicas, hospitales, centros diagnósticos, farmacias, y otros proveedores médicos a través de un proceso electrónico seguro. Doctor's Volunteer Clinic participa en CommonWell/ Careequality Network. Su información médica está disponible para proveedores médicos donde y cuando la necesiten sin retrasos. Esto permite que su proveedor medico tenga el beneficio de tener su más reciente información médica de otros proveedores participantes que lo/a han tratado.

Al firmar, yo afirmo mi aprobación de que mi información sea compartida con otros proveedores en locaciones conectadas y que mi historial médico sea compartido con gerentes de beneficios farmacéuticos.

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

## Historia del paciente

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Años: \_\_\_\_\_ Género:  F  M

### MEDICAMENTOS ACTUALES

Alergias a medicamentos:  No  Sí Si es así, por favor liste:

Por favor haga una lista de los medicamentos que está tomando actualmente. Incluye medicamentos sin receta y vitaminas /suplementos:

Nombre de la medicación	Dosis	¿Cuánto tiempo llevas tomando esto?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

### HISTORIAL MÉDICO

¿Actualmente tiene o le diagnosticaron anteriormente alguna de las siguientes afecciones?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol / drogas               | <input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsiones)     | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo       |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula    | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo      |
| <input type="checkbox"/> Angina                                  | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido (acidez /GERD) | <input type="checkbox"/> Ictericia            |
| <input type="checkbox"/> Asma                                    | <input type="checkbox"/> Glaucoma                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____                     | <input type="checkbox"/> Goiter                       | <input type="checkbox"/> Cálculos renales     |
| <input type="checkbox"/> Cataratas                               | <input type="checkbox"/> Gout                         | <input type="checkbox"/> Migrañas             |
| <input type="checkbox"/> Colitis                                 | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón            | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria      | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis                    | <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea       |   |
| <input type="checkbox"/> Diverticulitis                          | <input type="checkbox"/> Colesterol alto              |   |
| <input type="checkbox"/> enfermedad pulmonar obstructiva crónica | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                     |   |

Otras afecciones médicas (por favor indique):

HISTORIAL MÉDICO (CONTINUADO)	
Alguna vez ha sido hospitalizado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es así, por favor describa (incluya la fecha aproximada): _____	
¿Ha tenido lesiones graves y / o huesos rotos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es así, por favor describa (incluya la fecha aproximada): _____	
¿Alguna vez ha recibido una transfusión de sangre? <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es así, por favor describa (incluya la fecha aproximada): _____	
¿Has recibido las siguientes INMUNIZACIONES? En caso afirmativo, indique el año aproximado administrado.	
Neumococo (para la neumonía) <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí año _____	
Measles, Mumps, and Rubella (MMR) <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí año _____	
Hepatitis A <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí año _____	
Hepatitis B <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí año _____	
Tétanos / Difteria en los últimos 10 años <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí año _____	
Polio <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí año _____	
Influenza (gripe) <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí año _____	

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR	
¿Algún de sus familiares directos tiene las siguientes condiciones?	
Condición	Miembro de la familia
Abuso de alcohol / drogas	
Asma	
Cáncer (tipo)	
Depresión/ansiedad	
Diabetes	
Enfermedad del corazón	
Alta presión sanguínea	
Derrame cerebral	
Otro:	
Otro:	
Otro:	

HISTORIA QUIRÚRGICA	
Por favor, enumere las cirugías previas y sus fechas aproximadas.	
Cirugía	fecha aproximada
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

HISTORIA SOCIAL					
¿Algún de vez ha usado alguna de las siguientes sustancias?					
Sustancia	¿Uso actual?	¿Uso anterior?	Tipo / Cantidad / Frecuencia	¿Cuánto tiempo? (años)	Si se detuvo, ¿cuándo? (año)
Cafeína	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
Tobaco	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
Alcohol	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
Drogas recreativas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			

# CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta)	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

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +       

=Total Score:       

**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**