



MAHEC Family Health Center at Biltmore

123 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Appointments: (828) 257-4730
Mon-Fri: 8:00 am – 5:00 pm
Evening Hours: Mon-Thurs 5 pm - 6 pm
Saturday: 8:00 am - noon
24/7 Call Answering Service

MAHEC Family Health Center at Cane Creek

1542 Cane Creek Road
Fletcher, NC 2873

Appointments: (828) 628-8250
Mon – Fri 8:00 am – 5:00 pm
24/7 Call Answering Service

MAHEC Family Health Center at Newbridge

218 Elkwood Avenue
Asheville, NC 28804

Appointments: (828) 257-4747
Mon – Fri 8:00 am – 5:00 pm
24/7 Call Answering Service

MAHEC Family Health Center at Enka/Candler

25 Westridge Market Place
Candler, NC 28715

Appointments: (828) 418-0040
Mon – Fri 8:00 am – 5:00 pm
24/7 Call Answering Service

Puede comunicarse con nosotros fuera del horario de atención llamando al (828) 257-4730 para cualquiera de nuestras instalaciones

BIENVENID/A A NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA

¡Nos alegra que haya elegido los Centros de salud de familia de MAHEC (MAHEC Family Health Centers) para su atención de salud!

Somos una practica clinica grupa que ofrece atención para toda la familia donde pacientes de todas las edades pueden establecer atención para el cuidado de sus salud. Somos un hogar médico de atención primaria, lo que significa que nuestro equipo de profesionales de salud trabaja en conjunto para satisfacer todas las necesidades de atención médica de usted. Usted, el/la paciente, es la parte más importante de un hogar médico el cual se enfoca en el/la paciente. Nos esforzamos por brindar atención basada en evidencia en un ambiente profesional y de apoyo. Nuestros proveedores esperan tener una relación continua con usted y darle una experiencia excepcional como paciente en cada cita.

Nuestros servicios de atención de salud de familia de espectro completo incluyen:

- Atención primaria a niños, adultos y pacientes mayores
- Obstetricia centrada en la familia incluyendo consultas de lactancia para el apoyo de la lactancia
- Medicina deportiva
- Terapia para la familia y consejería individual
- Servicios de interpretación gratuitos
- Medicina geriatrica
- Programa de crianza positiva (Triple P)
- Tratamiento de la hepatitis C / VIH
- Apoyo integrado de farmacia clínica, servicios de laboratorio y radiografías
- Medicamentos para el trastorno por consumo de opioides y apoyo para la recuperación por abuso de sustancias
- Vasectomías sin bisturí y otros procedimientos
- Asesoramiento nutricional con dietistas registrados, incluyendo visitas pediátricas de peso saludable
- Exámenes físicos del Departamento de transporte (DOT) / Licencia comercial de conducir (CDL)
- Atención clínica de dScapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD)



¡Bienvenidos a MAHEC!

Gracias por escogernos a nosotros para su atención de salud. MAHEC ha formado parte de Asheville desde 1974 y continuamos nuestra tradición de atención premiada con orgullo. Nuestros/as proveedores/as de atención de salud y nuestro personal están contentos/as de tener la oportunidad de cuidar a su familia entera en nuestros consultorios de salud de familia, medicina interna, en nuestros consultorios de obstetricia, las clínicas dentales y en el centro de psiquiatría. Servimos orgullosamente a todos/as los/as pacientes, sin importar sus ingresos o situación de seguro de salud.

- MAHEC está expandiendo nuestro programa de asistencia financiera para ofrecer por encima de lo que habíamos ofrecido anteriormente. Para facilitar este cambio pedimos a todos/as nuestros/as pacientes, actuales y nuevos/a, que completen un paquete de formularios de información de nuevo/a paciente.
- Nuestros/as asesores/as financieros/as de paciente están disponibles para guiarlo/a en el proceso de solicitar la asistencia ofrecida a través de nuestro programa de descuento de escala móvil. Se basa la elegibilidad en los ingresos y el tamaño de la familia. Se espera el pago de las cantidades de dinero de las cuales usted es responsable a la hora del servicio. Podemos ayudarle con opciones de pago, si usted no puede saldar la cuenta.

ANTES DE SU CITA

Este paquete de bienvenida incluye formularios que usted necesita por favor leer y completar antes de su cita

Es **MUY** importante que usted complete cada uno de los formularios y que entregue el paquete entero al personal de la recepción cuando llegue al consultorio para su cita. Por favor llegue **15 minutos antes de la hora de su cita** para finalizar el proceso de inscribirse.

Otras documentaciones que usted necesita llevar:

- Tarjeta de seguro de salud y licencia de conducir (u otra tarjeta de identidad válida con foto)
- Historial de salud o informes médicos relevantes
- Lista de medicamentos actuales o los frascos de sus medicinas
 - o Nombre de la medicina
 - o Dosis recetada(s)
 - o Cuánto tiempo lleva tomando la(s) medicina(s)

Portal de paciente de MAHEC

Nos complace brindarles a todos/as nuestros/as pacientes una herramienta en línea que les da acceso a su registro de salud personal 24/7. Con el portal, usted puede, de forma segura, enviarle notas por correo electrónico a su proveedor/a de atención de salud, mirar sus resultados de análisis de laboratorio, repasar su historial médico y mucho más. Usaremos la dirección de correo electrónico que usted nos da para brindarle acceso al portal, si usted no lo tiene actualmente. Simplemente espere ver un correo electrónico con instrucciones que le llegará después de su cita.

¡Gracias por escogernos a nosotros para su atención de salud!



MAHEC Formulario de registro del/la paciente

Por favor complete la siguiente información utilizando tinta negra. ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL.

- Internal Medicine
 FHC Biltmore
 FHC Cane Creek
 FHC Enka/Candler
 FHC Newbridge
 Ob/Gyn Biltmore
 Ob/Gyn Franklin
 Women's Care Brevard
 Psychiatry
 Deerfield
 Givens

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre y apellido(s): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección de la casa: _____ Género al nacer: Masculino Femenino
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Nº de seguro social: _____
 Condado de residencia: _____ Correo electrónico: _____
 Número telefónico en casa: _____ Celular: _____ Número telefónico en el trabajo: _____

Al proporcionar un número de teléfono, número de teléfono celular o una dirección de correo electrónico autorizo a MAHEC a ponerse en contacto conmigo o con mi tutor/representante legal para recordatorios de citas, para obtener información acerca de mi experiencia en este consultorio y para proporcionar recordatorios generales de salud y otra información con respecto a mi atención médica.

Necesidades especiales de la audición:

Necesidades especiales de la visión:

Utiliza silla de ruedas: Sí No

Tiene trastorno del habla: Sí No

Tiene estatus de veterano/a: Sí No

Raza (seleccione una):

- Asiático/a
 Nativo/a de Hawái
 De otras islas de Pacífico
 Negro/a, afroamericano/a
 Nativo/a de América del Norte o de Alaska
 Blanco/a
 Más de una sola raza

Identidad étnica (seleccione una):

- Hispano/a o latino/a
 No hispano/a o latino/a

Identidad de género:

- Masculino
 Femenino
 Transgénero masculino
 Transgénero femenino
 Otro
 Elijo no divulgar

Orientación sexual:

- Lesbiana o gay
 Heterosexual
 Bisexual
 Otra orientación sexual
 No sé
 Elijo no divulgar

Idioma preferido:

- Inglés
 Español
 Ruso
 Lengua de signos americana
 Otro idioma: _____

Estado civil:

- Soltero/a
 En una relación
 Con pareja
 Casado/a
 Separado/a
 Divorciado/a
 Viudo/a

Poblaciones especiales

- Migratorio/a Sí No
 Estacional Sí No
 Sin hogar Sí No

Estatus de vivienda (seleccione uno):

- No sin hogar
 Viviendo en un refugio para personas sin hogar
 Transicional
 Compartiendo cuarto
 Viviendo en las calles
 Vivienda permanente de apoyo
 Otra forma de vivienda

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

SI EL/LA PACIENTE ES UN/A NIÑO/A (SI TIENE MENOS 18 AÑOS)

Nombre y apellido(s) de la persona responsable: _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

INGRESOS ANUALES ANTES DE LOS IMPUESTOS

_____ Número de personas en el hogar: _____

Se usa la arriba citada información de los ingresos únicamente como información estadística y no se usa para determinar las necesidades financieras específicas del/la paciente.

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Compañía de seguro: _____ Nº de identidad de la póliza: _____

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: _____ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: _____ Masculino Femenino

Dirección del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

Compañía de seguro: _____ Nº de identidad de la póliza: _____

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: _____ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: _____ Masculino Femenino

Dirección del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y REGLAS FINANCIERAS

Por la presente autorizo que se hagan los pagos de todos los beneficios de seguros médicos, Medicaid y/o Medicare directamente a MAHEC y les autorizo a ellos a presentar reclamos de seguro en mi nombre. También les autorizo a ellos a divulgar mi información médica y/o información de mi cuenta a mi proveedor de seguro médico, Medicaid y/o Medicare tal como sea requerido para satisfacer los reclamos. Accedo notificarles a ellos si mi cobertura cambia.

Comprendo que MAHEC:

- Espera el pago el mismo día de atención (si tiene seguro médico los co-pagos y deducibles se pagan el día de atención).
- Acepta pago en efectivo, cheques, tarjetas de débito o tarjetas de crédito principales.
- Cuenta con que presentaran los reclamos en mi nombre a Medicaid, Medicare y a todos los seguros médicos. Sin embargo, es mi responsabilidad saber los detalles de mi cobertura y proporcionar información actual y precisa a MAHEC.
- Trabajaré conmigo para establecer planes de pago.
- Proporciona servicios y tratamiento cuales son medicamento apropiados. Sin embargo, algunos de estos pueden no ser cubiertos por mi plan de seguro y será mi responsabilidad pagar por estos.
- Espera que la compañía de mi seguro médico pague dentro de un período de 90 días a partir de la fecha del rendimiento del servicio y me facturará directamente si el seguro médico no paga.
- Espera que el padre/la madre o tutor/a legal pague por todos servicios brindados a sus dependientes.
- Espera que yo mantenga mis citas y que llame con por lo menos 24 horas de anticipación para cancelar una cita. Comprendo que el no hacer esto puede resultar en que ya no se me acepte como paciente en este consultorio.

He leído y comprendo lo arriba citado.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

AVISO: El no firmar este acuerdo no le exime de las arriba citadas expectativas.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Consiento voluntariamente a los servicios de rutina, tratamiento(s) médico(s), procedimiento(s) diagnóstico(s) de radiología, análisis diagnóstico(s) de laboratorio, servicios de salud mental y servicios ofrecidos por trabajadores de salud profanos (por ejemplo, doula/comadrona, trabajador/a de salud de la comunidad, especialista de apoyo individual) según lo que los proveedores de atención médica quienes me atienden consideren necesarios en cualquiera de las instalaciones de MAHEC. Voluntariamente doy mi consentimiento para permitir a MAHEC buscar atención médica de emergencia de parte de un médico u hospital, si es necesario. Comprendo que los procedimientos diagnósticos pueden incluir, pero no se limitan a, estudios de laboratorio de sangre, orina y tejido, incluidas las pruebas de detección de sustancias controladas. Comprendo que los procedimientos diagnósticos de radiología incluyen, pero no se limitan a, rayos x, ultrasonido, y/o mamografía. Comprendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y tratamiento pueden causar herida o incluso la muerte. Comprendo que tengo el derecho de hacer preguntas acerca de mi tratamiento y/o mis procedimientos y que tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento o procedimiento. Accedo a notificar a mi profesional médico de mis preocupaciones.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE CONTACTOS ALTERNATIVOS

Autorizo a MAHEC a conversar sobre información médica y financiera acerca de la atención y de los servicios brindados a mí con las siguientes personas:

Contacto #1

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

Contacto #2

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

Contacto #3

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Se me ha dado la oportunidad de leer el aviso de normas de privacidad de MAHEC, y mis preguntas acerca de dicho aviso han sido contestadas. Comprendo que si elijo no firmar este reconocimiento, MAHEC continuará a brindarme servicios y usará y divulgará mi información de salud protegida (Protected Health Information o PHI, por sus siglas en inglés) de acuerdo con el aviso de normas de privacidad de MAHEC.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY / USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO

Primary Care Provider: _____

Copy of insurance card obtained? Yes No



Formulario de admisión para nuevos/as pacientes

BILTMORE CANE CREEK ENKA NEWBRIDGE

Nombre y apellidos del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Formulario completado por: _____ Fecha de la cita de hoy: _____

En los últimos 5 años, ¿ha recibido atención médica por parte de otro médico? Sí No
De ser así, por favor anote el nombre del médico y la ubicación del consultorio.

Nombre y apellido del médico:

Ciudad y estado del consultorio del médico:

¿Cuál es el motivo de su cita de hoy? _____

ALERGIAS

¿Tiene alguna alergia o reacciones adversas (malas) a medicinas, alimentos o látex? Sí No
De ser así, por favor anótelas a continuación.

Medicina, alimento, látex u otra sustancia:

Reacción causada:

MEDICAMENTOS

Por favor anote TODAS las medicinas que está tomando actualmente (incluyendo pastillas anticonceptivas, vitaminas, suplementos y hierbas), incluso si no las toma todos los días, e incluso si se venden sin receta médica.

Nombre de la medicina, vitamina, hierba o suplemento:

Dosis: (por ejemplo cuántos miligramos [mg] o cuántas tabletas toma)

¿Con qué frecuencia la toma?

Nombre de la medicina, vitamina, hierba o suplemento:	Dosis: (por ejemplo cuántos miligramos [mg] o cuántas tabletas toma)	¿Con qué frecuencia la toma?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Está tomando un suplemento multivitamínico con ácido fólico? Sí No

Farmacia local: _____ Farmacia de venta por correo: _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Alguna vez ha padecido de algo de lo siguiente? Por favor marque todas las casillas que le correspondan a usted.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Otro tipo de cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Antecedentes de abuso físico (<i>maltrato</i>) | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica/enfisema | <input type="checkbox"/> Antecedentes de abuso sexual | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Síndrome de colon irritable | _____ |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal (<i>del riñón</i>) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Cálculos renales (<i>pedras en el riñón</i>) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Migrañas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco, ¿cuándo? _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Convulsiones | _____ |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis, ¿cuál tipo?: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de seno, ¿cuándo? _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión (<i>presión arterial alta</i>) | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel, ¿cuándo? _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon, ¿cuándo? _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | _____ |

Nombre y apellidos del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO

¿Cuáles cirugías/procedimientos ha tenido? Por favor marque todas las casillas que le correspondan a usted.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amputación, ¿dónde? _____ Año: _____ | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía (<i>extirpación del apéndice</i>) Año: _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales, ¿dónde? _____ Año: _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía del cuello Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda Año: _____ | <input type="checkbox"/> Extirpación de ovarios <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de seno <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho Año: _____ | <input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo cardíaco Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Extracción de cataratas <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho Año: _____ | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía (<i>extirpación de amígdalas</i>) Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cateterización del corazón Año: _____ | <input type="checkbox"/> Ligadura de las trompas de falopio Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Colectomía (<i>extirpación de la vesícula biliar</i>) Año: _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía (<i>extirpación del útero</i>) Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón Año: _____ | <input type="checkbox"/> Vasectomía Año: _____ |

Descripción de la cirugía o de las cirugías cuales ha tenido: _____

HISTORIAL REPRODUCTIVO

¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ Número de nacimientos vivos: _____ Número de hijos vivos: _____
Número de partos por cesárea: _____ Número de abortos espontáneos: _____ Número de partos de niño muerto: _____
Número de abortos provocados: _____ Menopausia (*'cambio de vida'*) desde: _____

HISTORIAL DE INMUNIZACIONES

¿Está al día con las inmunizaciones infantiles? Sí No No sé ¿Ha recibido las siguientes vacunas?

Gripe (<i>este año</i>) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____	Pertusis (<i>"tos ferina"</i>) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____
Hepatitis B <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____	Culebrilla/Herpes zoster <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____
Neumonía (<i>Pneumovax</i>) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____	Tétanos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____
Neumonía (<i>Pneumovax</i>) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____	COVID-19: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marca: _____ Fecha: _____
	Otras: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____

HISTORIAL MÉDICO DE LA FAMILIA

Por favor indique si su madre (m), padre (p), hermana (ha), hermano (ho), hija o hijo tienen o tuvieron antecedentes de algo de lo siguiente.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Complicaciones con anestesia ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Melanoma ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de seno, ¿a qué edad? _____ ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Migrañas ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon, ¿a qué edad? _____ ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro tipo de cáncer: _____ ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad mental ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata, ¿a qué edad? _____ ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes, ¿a qué edad? _____ ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral, ¿a qué edad? _____ ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Eczema ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco, ¿a qué edad? _____ ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Quién? _____ |

Si su padre ha fallecido ¿cuántos años tenía cuando falleció? _____ ¿Cuál fue la causa de su muerte? _____

Si su madre ha fallecido ¿cuántos años tenía cuando falleció? _____ ¿Cuál fue la causa de su muerte? _____

Nombre y apellidos del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL SOCIAL

Por favor marque su estado civil o relación significativa.

- Soltero/a Casado/a desde: _____
 No casado/a, pero viviendo con pareja desde: _____
 Separado/a desde: _____
 Divorciado/a desde: _____
 Viudo/a desde: _____

Cual es tu identidad de genero? _____

HISTORIAL SEXUAL

- ¿Es sexualmente activo/a? Sí No
¿Cuál es el sexo de su(s) pareja(s) sexual(es)? _____
Edad cuando usted se volvió sexualmente activo/a: _____
Número de parejas sexuales en el último año: _____
¿Cuál es su identidad de género? _____
¿Cuál es su orientación sexual? _____

CONSUMO DE ALCOHOL & DROGA

En un promedio, ¿cuántas bebidas alcohólicas toma por semana? _____

- | | |
|--|--|
| Hombres de menos de 65 años: En el último año ¿cuántas veces ha tomado 5 o más bebidas alcohólicas en un día? | Mujeres (y hombres de más de 65 años): En el último año ¿cuántas veces ha tomado 4 o más bebidas alcohólicas en un día? |
| <input type="checkbox"/> Ninguna vez | <input type="checkbox"/> Ninguna vez |
| <input type="checkbox"/> Una vez o más | <input type="checkbox"/> Una vez o más |

En el último año ¿cuántas veces ha usado una droga recreacional o medicamento recetado por motivos no médicos? Ninguna vez Una vez o más

CONSUMO DE TABACO

- Nunca he usado el tabaco
 He fumado, a partir de la edad de: _____
 Todavía fumo _____ paquetes al día
 Dejé de fumar _____ (fecha); Solía fumar _____ paquetes al día
 He intentado dejar de fumar _____ veces
 Mástico o uso tabaco sin humo
 Fumo vaporizador o cigarrillos electrónicos
 Estoy expuesto/a al humo ajeno

Las siguientes personas forman parte de mi hogar:

Nombre/apellidos: _____	Año cuando nació: _____	Parentesco conmigo: _____
Nombre/apellidos: _____	Año cuando nació: _____	Parentesco conmigo: _____
Nombre/apellidos: _____	Año cuando nació: _____	Parentesco conmigo: _____
Nombre/apellidos: _____	Año cuando nació: _____	Parentesco conmigo: _____
Nombre/apellidos: _____	Año cuando nació: _____	Parentesco conmigo: _____

OCUPACIÓN

- Actualmente soy empleado/a en: _____
Haciendo: _____ Desde: _____
 Amo/a de casa desde: _____
 Jubilado/a desde: _____
 Empleo previo: _____
 Discapacitado por causa de: _____ Desde: _____

HÁBITOS SALUDABLES

- ¿Está expuesto/a al sol sin protección? A veces Raramente Nunca
¿Usa siempre el cinturón de seguridad? Sí No
¿Alguna vez usa su celular para enviar textos mientras que usted está manejando (incluyendo cuando el carro está parado)? Sí No
Por lo general, ¿cuántos días por semana hace ejercicio? _____
En días cuando hace ejercicio, ¿por cuánto tiempo lo hace? _____ minutos
Cuando hace ejercicio, ¿qué tan intenso es?

- Leve (*estiramiento o caminar despacio*)
 Moderado (*caminar rápidamente*)
 Pesado (*correr o nadar*)
 Vigoroso (*correr rápidamente o subir escaleras*)
 Combinación

¿Toma cafeína todos los días? Sí No

De ser así, ¿cuántas porciones al día toma de los siguientes?

_____ soda/refresco _____ tazas de café
_____ bebidas energizantes _____ té

Nombre y apellidos del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

PLANIFICACIÓN DE VIDA REPRODUCTIVA

¿Desea un embarazo en el próximo año?

Sí No Como sea No sé

¿Está usando algún método para prevenir el embarazo?

Sí No

¿De ser así, cuál método? _____

¿Usa condones? Sí No

SALUD COLORRECTAL

Fecha de la más reciente colonoscopia: _____ ¿Salió normal? Sí No

Fecha de otra prueba de detección de cáncer colorrectal: _____ ¿Salió normal? Sí No

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES MÉDICAS

¿Ha completado documentos para indicar sus deseos para el cuidado al final de la vida? Testamento Vital: Sí No

A designado a alguien para tener poder duradero para atención médica ("DPOA"): Sí No De ser así, ¿quién? _____

REPASO GENERAL DE SISTEMAS En las últimas 2 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

General

- Fatiga
- Fiebres
- Pérdida de apetito
- Aumento de peso no planeado
- Pérdida de peso no planeado

Piel

- Llagas o lesión nueva
- Llagas que no sanan
- Salpullidos

Ojos/oídos/nariz/garganta/boca

- Uso inicial de lentes de contacto
- Cambios en la vista
- Dientes en mal estado
- Dentadura postiza
- Congestión nasal frecuente
- Pérdida de audición (*sordera*)
- Ronquera
- Sangrado de la nariz
- Zumbido en los oídos
- Alergias estacionales (*de temporada*)
- Dolor de los senos paranasales
- Ronquidos

Pulmones

- Problemas respiratorios
- Tos
- Expectoración (*tos*) con sangre
- Respiración sibilante

Senos

- Bulto/bolita en el seno
- Dolor en el seno

EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN (PHQ-2)

Durante las últimas dos semanas, ¿qué tan frecuente ha tenido molestias debido a alguno de los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de mitad de días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer las cosas:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sentirse decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

SALUD DE LA MUJER

¿Ha tenido alguna vez un frotis de papanicolaou anormal?

Sí No ¿Cuándo fue su último frotis de papanicolaou?

_____ ¿Salió normal? Sí No

¿Cuándo fue su última mamografía?

_____ ¿Salió normal? Sí No

¿Cuándo fue su última prueba de densidad ósea (DEXA)?

_____ ¿Salió normal? Sí No

Cardiovascular

- Presión o dolor de pecho
- Latido del corazón rápido
- Latido del corazón intermitente
- Falta de aliento al hacer ejercicio
- Falta de aliento al estar acostado/a
- Despertar en la noche con falta de aliento
- Hinchazón/edema

Gastrointestinal

- Dolor abdominal
- Heces negras y alquitranadas
- Sangre en la deposición
- Cambio en los hábitos de defecación
- Estreñimiento
- Diarrea

Gastrointestinal, continuado

- Dificultad para tragar
- Acidez/agruras
- Náuseas
- Vómitos

Músculos y Esqueleto

- Dolor de espalda
- Dolor muscular
- Articulaciones adoloridas

Endocrino

- Sed excesiva
- Bochornos (*calores/sofocos*)

Genitourinario

- Sangrado vaginal después de la menopausia
- Dificultad para retener la orina
- Dificultad para orinar
- Levantarse durante la noche para orinar
- Dolor al orinar
- Preocupaciones de salud sexual
- Problemas menstruales

Neurológico

- Desmayos o pérdida de conocimiento
- Dolores de cabeza
- Pérdida de memoria
- Entumecimiento u hormigueo
- Mareos (*sensación que el cuarto da vueltas*)
- Temblor
- Inestabilidad o desequilibrio
- Debilidad

Salud Mental

- Cambio en el patrón del sueño
- Sentirse nervioso/a, ansioso/a o agitado/a

Sangre

- Fácil aparición de sangrado
- Fácil aparición de moretones
- Glándulas inflamadas

Otro: _____



PROGRAMA DE DESCUENTO BASADO EN LOS INGRESOS DEL HOGAR
Apoyo financiero compasivo

¡Gracias por solicitar nuestro programa de descuento basado en los ingresos y tamaño del hogar!

Estos documentos tendrán que ser entregados antes de que su solicitud pueda ser procesada:

- Solicitud completada
- Comprobante de ingresos

Por favor devuelva todos los documentos a su asesor/a financiero/a de pacientes dentro de los 30 días después de la fecha de su primera cita.

Family Health Centers and Internal Medicine

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-3507
Fax: (828) 407-2640

Dirección postal:
123 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Ob/Gyn Specialists

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-5443
Fax: (828) 407-2639

Dirección postal:
119 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Center for Psychiatry and Mental Wellness

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-3460
Fax: (828) 820-8327

Dirección postal:
125 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Dental Health Centers

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 398-5918
Fax: (828) 552-8691

Dirección postal:
123 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, por favor llame a su asesor/a financiero/a de pacientes a los números arriba citados.

¡Gracias!

Ingresos anuales del hogar de todos los adultos quienes trabajan

Fuente	Usted	Pareja	Otro	Total
Los dos últimos talones de cheque, formulario de declaración de impuestos con el anexo C si trabaja por cuenta propia, o carta del empleador				
Compensación por desempleo, compensación al trabajador (indemnización por accidentes/ enfermedades laborales), seguro social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos al veterano, beneficios al sobreviviente, pensión o ingreso de jubilado				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de patrimonio/herencia, fondos fiduciarios, asistencia educacional, pensión alimenticia (conyugal), manutención infantil, asistencia de parte de fuentes fuera del hogar, y otras fuentes diversas				

NOTE BIEN: Antes de que se apruebe un descuento es necesario que proporcione copias de declaraciones de impuestos, talones de cheque, u otra información que verifique los ingresos.

Declaro que la arriba citada información acerca del tamaño de la familia y de los ingresos es correcta.

Nombre y apellido(s) (por favor en letra de molde)

Firma _____

Fecha _____

Office Use Only (exclusivamente para uso oficial)

Approved by: _____

Date approved: _____

Family size: _____

Income: _____

Approved discount: _____

Date received signed agreement: _____

Verification Check List

Yes

No

Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or		
Income: Prior year tax return, two most recent pay stubs, or other		

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES, FECHAR Y FIRMAR

Nombre y apellidos del/la paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
--	-----------------------------------

Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de la arriba citada persona como se describe a continuación.

Se divulga la información por:	Y se proporciona la información a:
NOMBRE DE LA INSTALACIÓN:	Family Health Center at: <input type="checkbox"/> Biltmore <input type="checkbox"/> Newbridge <input type="checkbox"/> Deerfield <input type="checkbox"/> Cane Creek <input type="checkbox"/> Enka/Candler <input type="checkbox"/> Givens
DIRECCIÓN:	123 Hendersonville Road
CIUDAD/ESTADO	Asheville, NC 28803
TEL: _____ FAX: _____	

El propósito o la necesidad de esta divulgación es:

Comprendo que la información que se divulga puede incluir información sensible acerca de salud conductual y/o mental, drogas y alcohol (incluyendo datos sobre un programa que provee diagnóstico y tratamiento de, o referencia por abuso de alcohol o drogas, como es definido por la ley federal en Parte 2, Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR Part 2), violación, abuso o maltrato (sexual, físico, hacia una persona mayor, conyugal, etcétera), aborto, enfermedades sexuales, tal como VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles y pruebas genéticas.

Información a ser divulgada: *(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))*

Información a ser divulgada: *(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))*

- Autorización estándar (anotaciones de los últimos tres años, informes de análisis de laboratorio y de radiografías, lista de medicinas, lista de alergias, registro de inmunizaciones, anotaciones de consultas.)
- Únicamente la información relacionada con (especifique): _____
- Únicamente el período de eventos de: _____ hasta _____
- Exclusiones ___ Resultados de pruebas de VIH/SIDA, diagnóstico, tratamiento, e información relacionada
 ___ Resultados de pruebas de drogas e información sobre el uso de drogas y alcohol, y los tratamientos por ello.
 ___ Documentaciones de salud mental
 ___ Pruebas genéticas
- Expediente médico completo

Comprendo que esta autorización se vencerá 90 días después de la fecha de firma, al no ser que yo he especificado una fecha de vencimiento diferente o evento de vencimiento como se indica a continuación: _____

Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al MAHEC Privacy Officer (oficial de privacidad de MAHEC), 121 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803, y que esta autorización cesa de tener efecto en la fecha de notificación, excepto en la medida de las acciones ya tomadas en dependencia de ella.

Comprendo que la información usada o divulgada por esta autorización puede estar sujeta a otras divulgaciones por parte del destinatario y posiblemente deje de estar protegida por las leyes federales o estatales.

Comprendo que la provisión de esta autorización no será un requisito para MAHEC para brindar tratamiento o elegibilidad de atención, a excepción si tal atención es: (1) relacionada con investigación, o (2) proporcionada solamente con el propósito de crear información protegida de salud para la divulgación a un tercero.

Al firmar a continuación, declaro que he leído y comprendo esta autorización.

FIRMA DEL/LA PACIENTE	FECHA
FIRMA DEL/LA REPRESENTANTE AUTORIZADO/A DEL/LA PACIENTE, SI CORRESPONDE <i>(Declare el parentesco con el/la paciente)</i>	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO, SI CORRESPONDE	FECHA

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE HABERLA FIRMADO.