



### **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 Telehealth: Tuesdays 5:00 pm - 7:00 pm

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 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

### **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

***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 geriátrica
- Programa de crianza positiva (Triple P)
- Tratamiento de la hepatitis C / VIH
- 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
- Atención clínica de discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD)
- Apoyo integrado de farmacia clínica, servicios de laboratorio y radiografías



## **¡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!***



Name: _____
DOB: _____
MRN#: _____

## ¿Con quién podemos hablar?

Este formulario le permitirá a MAHEC a **hablar** con individuos elegidos por usted de su información médica y financiera relacionada con el cuidado y los servicios que usted ha recibido. Este formulario no permite que los individuos anotados obtengan fotocopias de su información médica o financiera. **Puede anotar los nombres de hasta tres (3) individuos U optar por no anotar ningún nombre. Puede actualizar este formulario en cualquier momento.**

### Persona #1

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

Parentesco: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_

### Persona #2

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

Parentesco: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_

### Persona #3

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

Parentesco: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_

O

No quiero poner a nadie en la lista en este momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la paciente, padre, o tutor(a) legal

\_\_\_\_\_  
Fecha





# MAHEC Formulario de registro del/la paciente

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

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

## INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre y apellido(s): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección postal: \_\_\_\_\_ 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.*

### Raza (seleccione una):

- Asiático/a indio/a  
 Chino/a  
 Filipino/a  
 Japonés/Japonesa  
 Coreano/a  
 Vietnamita  
 De otro país asiático  
 Nativo/a de Hawái  
 De otras islas del Pacífico  
 Guamaniano/a  
 Chamorro/a  
 Samoano/a  
 Negro/a  
 Afroamericano/a  
 Nativo/a de América del Norte  
 Nativo/a de Alaska  
 Blanco/a  
 Más de una sola raza

### Identidad étnica (seleccione una):

- Mexicano/a  
 Mexicano/a americano/a  
 Chicano/a  
 Puertorriqueño/a  
 Cubano/a  
 Hispano/a  
 Latino/a  
 Español/a  
 No hispano/a  
 No latino/a  
 No español/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

Necesidades especiales de la audición:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Necesidades especiales de la audición:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Utiliza silla de ruedas:  Sí  No

Tiene trastorno del habla:  Sí  No

Tiene estatus de veterano/a:  Sí  No

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

MRN #: \_\_\_\_\_

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 medicamente 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.

Nombre del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal (en LETRA DE MOLDE):

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

**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>Prevnar</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: _____           |
|  | _____ <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?

Ninguna vez

Una vez o más

**Mujeres (y hombres de más de 65 años):** En el último año ¿cuántas veces ha tomado 4 o más bebidas alcohólicas en un día?

Ninguna vez

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

Mastico 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: \_\_\_\_\_

Nombre/apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre/apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre/apellidos: \_\_\_\_\_

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

## 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

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 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

## 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

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

## EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN (PHQ-2)

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

Poco interés o placer en hacer las cosas:

Nunca  0    Varios días  1    Más de mitad de días  2    Casi todos los días  3

Sentirse decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas:

Nunca  0    Varios días  1    Más de mitad de días  2    Casi todos los días  3



## PROGRAMA DE DESCUENTO BASADO EN LOS INGRESOS DEL HOGAR

### *Apoyo financiero compasivo*

La política de MAHEC es proporcionar servicios esenciales médicos, de salud mental y de atención dental, independientemente de la capacidad de pago del/la paciente. Los descuentos se ofrecen basándose en el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Por favor llene la información a continuación y devuelva el formulario a la recepción para determinar si usted o miembros de su familia reúnen los requisitos para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios esenciales proporcionados y facturables por MAHEC. La política de asistencia financiera de MAHEC no cubrirá los servicios realizados por organizaciones externas y equipos que sean comprados de empresas externas, incluyendo pruebas que se analizan en laboratorios externos, medicamentos e interpretación de radiografía por la consulta de un radiólogo y otros servicios similares. Este formulario debe ser completado cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Se puede completar la aplicación en línea usando los códigos QR abajo, o puede pedir una aplicación en forma de papel de cualquier miembro del equipo de recepción.

Se tienen que entregar estos documentos antes de que se pueda procesar su aplicación: La aplicación completada, La prueba de los ingresos

Se deben recibir las aplicaciones dentro de 30 días después de su primera cita.

#### **Family Health Centers** **Asesor/a financiero/a**

Teléfono: (828) 771-5502 | Fax: (828) 579-4208  
Dirección postal:  
123 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

#### **Ob/Gyn Specialists** **Asesor/a financiero/a**

Teléfono: (828) 771-5443 | Fax: (828) 407-2639  
Dirección postal:  
119 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

#### **Internal Medicine** **Asesor/a financiero/a**

Teléfono: (828) 771-3507 | Fax: (828) 579-3748  
Dirección postal:  
123 Hendersonville Rd, Asheville, NC 28803



English



Español

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



