

MOUNTAIN HEALTH AND COMMUNITY SERVICES, INC.

Patient Chart Number \_\_\_\_\_ Registered by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE:**

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono celular : ( ) \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Domicilio Físico si proporciona Apartado Postal \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujer  
Nombre de la Madre : \_\_\_\_\_ Apellido de Soltera \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Iniciales del Paciente :** \_\_\_\_\_ Con sus iniciales nos indica que podemos dejar mensaje en su grabadora.

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Legalmente Seperado

**Origen ( Subraye Uno ):** Hispano o Latino

**Raza (círcule todo lo que aplique):** Blanco Afro-Americano Asiatico Nativo de Hawaii  
Nativo Americano/Nativo de Alaska me niego a mencionarlo  
Lo Desconoce Otra isla del Pacifico

**Necesita Intérprete :** \_\_\_ Si \_\_\_ No El Paciente es Veterano \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

**Como se entero de nosotros:** \_\_\_\_\_ Anuncios \_\_\_\_\_ Plan de Seguros \_\_\_\_\_ Buscada de Internet  
\_\_\_\_\_ Sitio Web \_\_\_\_\_ Un referido de un paciente o amigo \_\_\_\_\_ Otro

**INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA**

Apellido : \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (en casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA ASEGURANZA**

Nombre de la Aseguranza : \_\_\_\_\_ Políza a Nombre de: \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente: ( Si no esta a su Nombre ) \_\_\_\_\_  
Numero de Políza : \_\_\_\_\_ Numero de Grupo #: \_\_\_\_\_ Cuota de Pago: \_\_\_\_\_

**Mountain Health & Community Services es un Centro Médico federal calificado 501 (c) 3, No lucrativa. Nuestros honorarios reflejan nuestro costo. A fin de proveerle con asistencia médica de bajo costo , el pago debere efectuarse al recibir el servicio.**

## **C ABEZA DE FAMILIA (CUENTA A)**

Apellido : \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## **ESTA TRABAJANDO COMO**

Empleado: (T/C o M/T) \_\_\_\_\_ Por Mí Cuenta \_\_\_\_\_ Desempleado \_\_\_\_\_ Estudiante: (T/C o M/T) \_\_\_\_\_  
Nombre del Patrón del Paciente \_\_\_\_\_ Telefono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Fuente de Ingreso: \_\_\_\_\_ Empleado \_\_\_\_\_ Desempleado \_\_\_\_\_ Discapacitado \_\_\_\_\_ Retirado \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
Tipo de Empleo: \_\_\_\_\_ Administrativo \_\_\_\_\_ Producción \_\_\_\_\_ Ventas/Servicio \_\_\_\_\_ Agricultura \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
Ingresos Mensuales : \$ \_\_\_\_\_ Numero de Miembros en la Familia: \_\_\_\_\_

## **EDUCACIÓN**

Círcule el nivel mas alto de Educación del Paciente:

Primaria: K 1 2 3 4 5 6    Secundaria: 7 8 9    Preparatoria : 10 11 12  
Universidad: 13 14 15 16 17    Escuela Profesional    Otro

## **CASA ESTADO**

\_\_\_\_\_ No Sin Hogar \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Vivienda \_\_\_\_\_ Dupliquen \_\_\_\_\_ Transición \_\_\_\_\_ Desconocido/No Reglamentada

Entiendo y estoy de acuerdo que, (sin tomar en cuenta mi aseguranza ); soy responsable del pago de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. He leído toda la información y completado la información requerida en esta hoja . Certifico que esta información es real y verdadera de acuerdo a mi conocimiento. Les notificaré de cualquier cambio en los cuidados de salud o cualquier otra información.

Adjudico todas las ventajas médicas y/o quirúrgicas a las cuales tengo derecho, incluso los beneficios de Asistencia médica , a Mountain Health & Community Services, sin exceder el total de gastos medicos validos. Esta asignación permanecerá en vigor hasta que sea cancelada por mi, por escrito. Una fotocopia de esta asignación es considerada tan válida como el original. Entiendo que ciertos servicios pueden ser considerados no cubiertos o médicamente no necesarios por mi portador (es) de seguros y que la cobertura puede ser negada. Entiendo que soy responsable del pago de estos servicios. Autorizo la liberación de información médica u otra, para tratar reclamaciones de la aseguranza para la forma de pago.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Paciente responsable otorga la autorizacion a MOUNTAIN HEALTH AND COMMUNITY SERVICES y a sus Medicos asignados y a el personal ancilar para que administren cualquier examen medico, tratamiento, diagnostiquen y administren cualquier procedimiento quirurgico, Servicios de Salud y Comportamiento u otros servicios que pudieran ser necesarios o recomendados durante el curso de el tratamiento de el/los pacientes.

Yo entiendo que el personal anciliar incluye Asistentes de Medicos, Enfermeras Practicantes, Enfermeras graduadas, y Asistentes Medicos.

Esta por demas entendido que si el paciente o la persona responsable en nombre de el paciente; rechaza cualquier tratamiento sugerido, libera automaticamente a la Clinica/Oficina de cualquier responsabilidad por daños que pudieran ocurrir, debido a el rechazo. El rechazo a el tratamiento sera documentado y sera testificado por no menos de dos (2) personas incluyendo a el medico tratante.

Nombre de el Paciente/Persona Responsable

\_\_\_\_\_

Firma de el Paciente/Persona Responsable

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

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

Por favor proporcione nombres de individuos con quienes pudieramos discutir su cuidado, nos proporcione documentacion en su nombre, y quien pueda recoger sus recetas. Gracias.

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ No. de Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ No. de Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ No. de Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ No. de Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ No. de Telefono: \_\_\_\_\_



I \_\_\_\_\_ reconozco que he revisado y entiendo lo siguiente Montaña Salud y Servicios Comunitarios, Inc. (MHC) con respecto a mis derechos y responsabilidades:

1. Yo entiendo mis derechos y responsabilidades del paciente que se registran en la sala de espera. También entiendo que puedo solicitar una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de la recepcionista.
2. Entiendo que en el marco del Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi Información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:
  - Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en el tratamiento que directa e indirectamente.
  - Obtener el pago de los pagadores de terceros.
  - Llevar a cabo operaciones normales de salud, tales como evaluaciones de la calidad y las certificaciones médico.
  - Reconozco que he recibido una copia de Montaña Salud y Servicios Comunitarios, Inc. (MHC), Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información sobre mi salud, y doy mi consentimiento para el uso de mi Información de Salud Protegida (PHI) para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica de la práctica.
  - Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puede comunicarse con esta organización en cualquier momento para obtener una copia actual del aviso de prácticas de privacidad.
  - Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja la cantidad de información privada es usada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También entiendo que no estamos obligados a acceder a mi solicitud de restricciones, pero si usted está de acuerdo que están obligados a cumplir con tales restricciones.
3. Entiendo que todos los co-pagos son debidos en el momento de los servicios. En el evento, no poder pagar mi co-pago en el momento del servicio, Me cobrará mi co-pago y en adicional \$ 10.00 de procesamiento.
4. Entiendo y reconozco que tengo la capacidad para recibir o rechazar anticipadas ofrecidas por la recepcionista de mi primera visita y en cualquier momento tengo acceso a cambio de directivas anticipadas por hablar con la recepcionista en la recepción.

Nombre del Paciente

Firma

Fecha

\*\* Si desea una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente, HIPAA Aviso de privacidad y / o directivas anticipadas, por favor, solicitar copias de la recepcionista.\*\*

**PARA USO DE LA OFICINA:**

I attempted to obtain the patient's signature regarding MHCS' Patient Rights and Responsibilities, HIPAA Privacy Notice and/or Advance Directives Acknowledgement and, \$10.00 co-pay processing fee, but was unable to do so as documented below:

Date

Staff Member Signature

Reason: \_\_\_\_\_



## PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

***Durante las últimas 2 semanas, ¿cuan qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?***

		Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1	Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2	Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
3	Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	0	1	2	3
4	Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5	Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6	Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a su familia	0	1	2	3
7	Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8	Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario, esta tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9	Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera	0	1	2	3

add columns: 

+	+
---	---

TOTAL: 

--

10	Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?	Nada en absoluto _____ Algo difícil _____ Muy difícil _____ Extremadamente difícil _____
----	---	---

PHQ-9 is adapted from PRIMEMDTODAY, developed by Drs Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. For research information, contact Dr Spitzer at [rs8@columbia.edu](mailto:rs8@columbia.edu). Use of the PHQ-9 may only be made in accordance with the Terms of Use available at <http://www.pfizer.com>. Copyright ©1999 Pfizer Inc. All rights reserved. PRIME MD TODAY is a trademark of Pfizer Inc.

**CUESTIONARIO  
“MANTÉNGASE SALUDABLE”  
Adultos de 18 años y mayores**

<b>Patient Stamp</b>	
Patient Number _____	Plan Name/Number _____
<i>If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number</i>	

Nombre y apellido del paciente	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha	<b>For Clinical Use</b> Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Annual Review Date/Initials _____ _____ _____
--------------------------------	---------------------	--	-------	--

*El equipo médico y usted pueden colaborar para tener una buena salud. Por favor, conteste estas preguntas lo mejor que pueda. Si no sabe la respuesta, o no desea contestar, puede marcar (✓) “omita”. Puede hablar con su proveedor de salud acerca de cualquier pregunta. Sus respuestas serán confidenciales y serán parte de su expediente médico.*

<b>Ejemplo de una pregunta y respuesta: ¿Practica deportes?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Omita	Interventions Code/Date/Initials _____
---	-------------------------------------	----	-------	--

**Usted: (Do You:)**

1. ¿Recibe atención médica de alguna persona, aparte de un médico, como un acupunturista, un curandero, un yerbatero u otros? <i>(Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)</i>	No	Sí	Omita	
2. ¿Va al dentista, por lo menos una vez al año? <i>(See the dentist at least once a year?)</i>	Sí	No	Omita	
3. ¿Toma leche o yogur, o come queso, por lo menos 3 veces al día? <i>(Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)</i>	Sí	No	Omita	
4. ¿Come frutas y verduras todos los días? <i>(Eat fruits and vegetables every day?)</i>	Sí	No	Omita	
5. ¿Intenta reducir la cantidad de alimentos fritos o comidas rápidas que come? <i>(Try to limit the amount of fried or fast foods that you eat?)</i>	Sí	No	Omita	
6. ¿Hace ejercicio, o practica una actividad física moderada, como caminar o jardinería, 5 días a la semana? <i>(Exercise or do moderate physical activity such as walking or gardening 5 days a week?)</i>	Sí	No	Omita	
7. ¿Cree que necesita perder o aumentar de peso? <i>(Think you need to lose or gain weight?)</i>	No	Sí	Omita	
8. ¿Se siente a menudo triste, deprimido o desesperado? <i>(Often feel sad, down, or hopeless?)</i>	No	Sí	Omita	
9. ¿Tiene amigos o familiares, que fuman en su casa? <i>(Have friends or family members that smoke in your home?)</i>	No	Sí	Omita	
10. ¿Pasa tiempo al aire libre, sin usar loción, sombrero o camisa, para protegerse contra el sol? <i>(Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)</i>	No	Sí	Omita	

*For Clinical Use*

Intervention Codes:    C: Counseling    EM: Educational Materials    R: Referral    F: Follow-up Needed    SPN: See Progress Notes

Sus respuestas a las preguntas sobre el uso de alcohol y drogas no se compartirán con otras personas, sin su permiso por escrito. (Your answers to questions about alcohol and drug use cannot be released to others without your special written permission.)		For Clinical Use		
		Interventions Code/Date/Initials		
<b>Usted: (Do You:)</b>				
11.	¿Fuma cigarrillos o puros, o usa otra clase de tabaco? (Smoke cigarettes or cigars or use any other kinds of tobacco?)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
12.	¿Toma alguna droga o medicina para dormir, relajarse, calmarse, sentirse mejor o perder peso? (Use any drugs or medicines to go to sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
13.	¿Toma a menudo más de dos bebidas alcohólicas en un día? (Often have more than 2 drinks containing alcohol in one day?)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
14.	¿Cree que usted o su pareja podría estar embarazada? (Think you or your partner could be pregnant?)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
15.	¿Cree que usted o su pareja podría tener una enfermedad transmitida sexualmente? (Think you or your partner could have a sexually transmitted disease?)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
<b>Usted: (Have You:)</b>				
16.	En el último año, ¿usted o su pareja ha tenido relaciones sexuales, sin usar algún método anticonceptivo? (Or your partner(s) had sex without using birth control in the last year?)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
17.	En el último año, ¿usted o su pareja ha tenido relaciones sexuales con otras personas? (Or your partner(s) had sex with other people in the past year?)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
18.	En el último año, ¿usted o su pareja ha tenido relaciones sexuales, sin usar un condón? (Or your partner(s) had sex without a condom in the past year?)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
19.	¿Alguna vez le han forzado o presionado, a tener relaciones sexuales? (Ever been forced or pressured to have sex?)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
20.	¿Alguna vez le han golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente? (Ever been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone?)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
21.	¿Tiene alguna pregunta o preocupación relacionada con su salud? (Do you have other questions or concerns about your health?) (Por favor escríbala) (Please identify) _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita

For Clinical Use

Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes

Declaración sobre la Privacidad

La Ley de Prácticas sobre la Información (Information Practices Act) de 1977 (Código Civil de California 1798) y la Ley Federal sobre la Privacidad [5 USC 552a, Subdivisión (E)(3)] exigen que se proporcione este aviso al solicitar información personal de los individuos. Su proveedor de atención médica, su plan médico y el Departamento de Servicios de Salud solicitan la información en este cuestionario, con el fin de proporcionar servicios de educación sobre la salud. El proporcionar esta información es opcional para el paciente. El no proporcionar la información solicitada no ocasionará ninguna consecuencia negativa al paciente. La información que aparece en este cuestionario se mantendrá en el expediente médico del paciente, y se protege legalmente de la misma forma que cualquier otra información que se mantiene en el expediente médico del paciente. Las leyes y los reglamentos estatales, incluyendo los requisitos de reporte y protección de la confidencialidad del paciente son pertinentes a toda la información indicada en este cuestionario. Dentro de los límites de estas leyes y reglamentos, cierta información anotada en este cuestionario puede transferirse a las dependencias reglamentarias gubernamentales locales y estatales, a los planes con los que se tiene contrato y a los proveedores de atención médica.