



# Bienvenido a Woodlands Medical Specialists.

Nos sentimos honrados de que nos haya elegido como su proveedor de atención médica.

## ACERCA DE WOODLANDS

Somos una práctica apasionada, multidisciplinaria y propiedad de médicos. Trabajamos en todas las especialidades para brindar un tratamiento altamente coordinado e individualizado impulsado por un enfoque: nuestros pacientes. Nuestros médicos y proveedores creen en nuestro enfoque único y centrado en el paciente de la atención médica, un enfoque nacido de un pensamiento innovador, impulsado por un cuidado apasionado y profundamente arraigado en la comunidad.

Las especialidades y servicios médicos actuales incluyen hematología-oncología, urología, neumología, oncología radioterápica, atención primaria, servicios de diagnóstico por imágenes totalmente acreditados y un Centro de Mujeres para la Salud de la Mama. Ofrecemos servicios de laboratorio internos para nuestros pacientes, lo que garantiza que nuestros médicos y proveedores tengan un acceso conveniente y más rápido a sus resultados de atención médica.

### DETALLES DE LA CITA

Adjunto encontrará su tarjeta de cita, indicando los detalles de su próxima cita programada, incluida la ubicación de la oficina de servicio.

Se les pide a los nuevos pacientes que lleguen 30 minutos antes para completar los formularios de nuevos pacientes. Una llegada tardía puede resultar en la reprogramación de su cita.

Entendemos que a veces es necesario cambiar las citas. Le pedimos que llame con anticipación si no puede asistir a su cita. Requerimos un aviso de 24 horas (1 día hábil completo) de cualquier cancelación de citas, para que podamos satisfacer las necesidades de otro paciente. Asegúrese de revisar nuestra política de cancelación en los formularios adjuntos.

### TU PRIMERA VISITA

Entendemos que su tiempo es valioso, por lo que tenemos algunas sugerencias para ayudarlo a aprovechar al máximo su primera visita.

- Complete los formularios de documentación para pacientes nuevos que se incluyen con este paquete y llévelos a su próxima cita programada. Estos formularios también están disponibles en nuestro sitio web en [Woodlandsmed.com/patient-forms](http://Woodlandsmed.com/patient-forms).
- Asegúrese de traer lo siguiente a su cita:
  - Tarjeta(s) de seguro más reciente(s)
  - Licencia de conducir actual o identificación con foto
  - Una lista de todos sus medicamentos actuales

**¡Bienvenido a nuestra práctica y gracias por elegir Woodlands Medical Specialists para sus necesidades de atención médica!**

Woodlands Medical Specialists se compromete a brindar a nuestros pacientes y sus familias atención médica de la más alta calidad. Estamos igualmente comprometidos a garantizar que nuestras instalaciones y ubicaciones sean entornos seguros, afectuosos y respetuosos para todos los que ingresan.

Pedimos que los pacientes y visitantes sigan el ejemplo de los proveedores y el personal de Woodlands al adherirse a nuestro Código de conducta para pacientes y visitantes de la siguiente manera:

- Todos serán tratados con amabilidad, dignidad y respeto. Los comentarios ofensivos sobre raza, religión, género, orientación sexual o rasgos personales no son aceptables, y tampoco lo es la negativa a ver a un proveedor o asociado en función de estos rasgos.
- Todos los pacientes y visitantes utilizarán un lenguaje y un comportamiento respetuosos y apropiados. No se tolerarán amenazas o agresiones físicas o verbales, palabras, frases, gestos o acciones sugerentes o explícitas.
- Todos los pacientes y visitantes respetarán la privacidad del paciente y evitarán interrumpir la atención o las experiencias de otros pacientes.
- Todos los pacientes y visitantes deben obtener el consentimiento de todos los involucrados para cualquier fotografía o grabación de video / audio dentro de todas las ubicaciones de Woodlands.

Si no se siguen estas pautas:

- Si los pacientes eligen violar este código de conducta, se les puede pedir que se vayan y hagan otros planes para su atención médica futura.
- Si los visitantes eligen violar este código de conducta, se les puede pedir que se vayan y se les podría restringir cualquier visita futura.

Todos los días, nuestros proveedores y personal se comprometen a brindar a nuestros pacientes los más altos niveles de atención. Por favor, muéstreles el respeto que merecen y que usted espera como paciente o visitante.

Gracias por elegir Woodlands Medical Specialists y unirse a nosotros en nuestro compromiso de garantizar un entorno seguro, afectuoso y respetuoso para todos nosotros.

### Formulario de registro de pacientes nuevos

|                                                                                                       |                      |                                                                                                                           |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Fecha:</b>                                                                                         |                      | <b>Preferido / Apodo:</b>                                                                                                 |                       |
| <b>Nombre: (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)</b>                                         |                      |                                                                                                                           |                       |
| <b>Apellido anterior o de soltera del paciente:</b>                                                   |                      |                                                                                                                           |                       |
| <b>Fecha de nacimiento:</b>                                                                           |                      | <b>Seguro Social #:</b>                                                                                                   |                       |
| <b>Teléfono principal:</b>                                                                            |                      | <b>Teléfono celular:</b>                                                                                                  |                       |
| <b>Dirección:</b>                                                                                     |                      |                                                                                                                           |                       |
| <b>Ciudad:</b>                                                                                        |                      | <b>Estado:</b>                                                                                                            | <b>Código postal:</b> |
| <b>Dirección de correo electrónico:</b>                                                               |                      |                                                                                                                           |                       |
| <b>Sexo:</b> _____<br><b>Género:</b> _____<br><b>Raza:</b> _____<br><b>Origen étnico:</b> _____       |                      | <b>Información de contacto de emergencia:</b><br><b>Nombre:</b> _____<br><b>Teléfono:</b> _____<br><b>Relación:</b> _____ |                       |
| <b>Seguro primario:</b>                                                                               |                      | <b>Seguro secundario:</b>                                                                                                 |                       |
| <b>Si está cubierto por un seguro de cónyuge, pareja, padre o tutor legal, complete lo siguiente:</b> |                      |                                                                                                                           |                       |
| <b>Nombre completo:</b>                                                                               |                      | <b>Relación con el paciente:</b>                                                                                          |                       |
| <b>Fecha de nacimiento:</b>                                                                           |                      | <b>Sexo:</b>                                                                                                              |                       |
| <b>¿Cómo te enteraste de Woodlands?</b>                                                               |                      |                                                                                                                           |                       |
| <b>Médico de atención primaria anterior / actual:</b>                                                 |                      | <b>Fecha del último examen físico:</b>                                                                                    |                       |
| <b>Enumere cualquier otro médico que contribuya a su atención médica:</b>                             |                      |                                                                                                                           |                       |
| <b>NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO:</b>                                                                   | <b>ESPECIALIDAD:</b> | <b>FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA:</b>                                                                                         |                       |
|                                                                                                       |                      |                                                                                                                           |                       |
|                                                                                                       |                      |                                                                                                                           |                       |
|                                                                                                       |                      |                                                                                                                           |                       |
|                                                                                                       |                      |                                                                                                                           |                       |
|                                                                                                       |                      |                                                                                                                           |                       |

**Firma del paciente o representante legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del paciente:** \_\_\_\_\_

#### RECORDATORIOS DE CITAS Y POLÍTICA DE TARIFA DE CANCELACIÓN DE \$25

Woodlands Medical Specialists utiliza varios tipos de comunicación electrónica para recordar a los pacientes las citas. Si no desea recibir estos recordatorios, tiene la posibilidad de optar por no participar. Tenga en cuenta que si no puede asistir a su cita programada con el médico, requerimos un aviso de 24 horas. En caso de que no se reciba la notificación 24 horas antes de la cita con el médico, se le cobrará al paciente una tarifa de \$25. Esta tarifa también se aplica a cualquier cita de trabajo que se pierda o cancele.

**Paciente Initials**

#### POLÍTICA DE REABASTECIMIENTO DE RECETAS

**Entiendo la política de resurtido de mi médico:**

1. Los resurtidos de recetas DEBEN solicitarse a través de su farmacia.
2. Las recargas NO se dan por la noche ni los fines de semana.
3. Los resurtidos son proporcionados solo por mi médico. No pediré resurtidos a otros médicos.
4. NO se dan resurtidos por medicamentos perdidos, robados, derramados, extraviados o "agotados temprano".

**NO HAY RECARGAS DE EMERGENCIA.**

5. Algunos seguros pueden tardar de 7 a 10 días en completarse la autorización previa.

**Paciente Initials**

#### AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE (CONSENTIMIENTO DE HIPAA)

Autorizo a Woodlands Medical Specialists a divulgar mi información de atención médica, facturación y medicamentos/recetas a aquellos que yo designe. Además, autorizo a estas personas a recoger recetas y/o medicamentos en mi nombre.

Name \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Paciente Initials**

#### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Tengo derecho a revisar el "Aviso de prácticas", antes de firmar este consentimiento y estoy de acuerdo con estas políticas de privacidad.

**Paciente Initials**

#### POLÍTICA FINANCIERA

Por la presente autorizo a Woodlands Medical Specialists a divulgar cualquier información médica requerida durante el curso de mi examen y tratamiento a mi compañía de seguros, y permito el pago a Woodlands Medical Specialists de mi seguro por cualquier beneficio debido por sus servicios prestados. Reconozco y acepto la responsabilidad por los servicios prestados independientemente de la cobertura del seguro. Esto incluye, entre otros, coseguro, copago, deducible y servicios no cubiertos. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos independientemente del estado del seguro. Acepto pagar los servicios incurridos después de que se le haya cobrado al paciente por la visita al consultorio, como laboratorios, radiología, suministros médicos, etc. Acepto pagar mi factura en su totalidad por los servicios prestados por Woodlands Medical Specialists.

**Paciente Initials**

**Firma del paciente o representante legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

#### DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN DE DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS EMPLEADOS

Al firmar este documento, reconozco que he seguido el proceso de Woodlands Medical Specialists para verificar y actualizar con precisión los datos demográficos de este paciente, incluido el nombre completo, la fecha de nacimiento, la dirección completa, los números de teléfono, la dirección de correo electrónico y la información del seguro, en el sistema de gestión de la práctica.

**Firma del empleado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



4724 Autopista North Davis

Pensacola, FL 32503

Teléfono: 850-696-4000 / Fax 850-434-2647

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del paciente:** \_\_\_\_\_

### LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR: (Indique el nombre del proveedor o instalación)

Persona/Centro: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

### LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA A:

Persona/Instalación: **Especialistas médicos de Woodlands** Nombre del proveedor/departamento: \_\_\_\_\_

### MÉTODO DE DIVULGACIÓN:

\_\_\_\_\_ Paciente lo recogerá de la clínica / instalación (el paciente recogerá y llevará personalmente sus registros a Woodlands Medical Specialists).

\_\_\_\_\_ Correo a la dirección: \_\_\_\_\_

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

### INFORMACIÓN A DIVULGAR:

- Autorizo a la persona/centro con el nombre anterior a divulgar mi información de atención médica y facturación a Woodlands Medical Specialists.
- Proporciono autorización a Woodlands Medical Specialists para solicitar todos y cada uno de los registros médicos que mi proveedor considere necesarios para una atención adecuada y completa.

### Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con: (selección inicial)

\_\_\_\_\_ Psiquiátrica, notas psicológicas o psicoterapéuticas (u otra información sobre mi tratamiento y/u hospitalizaciones por deterioro psicológico o psiquiátrico, abuso de drogas y/o alcoholismo o anemia de células falciformes).

\_\_\_\_\_ Pruebas de laboratorio específicas de la infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana, el agente causante del SIDA).

\_\_\_\_\_ El diagnóstico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o afecciones relacionadas con el SIDA.

### PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

\_\_\_\_\_ Continuidad de la atención \_\_\_\_\_ uso personal \_\_\_\_\_ otros (especifique) \_\_\_\_\_

**FECHA DE CADUCIDAD:** Esta autorización caducará (insertar fecha o evento) \_\_\_\_\_. Entiendo que si no especifico una fecha o evento de vencimiento, esta autorización vencerá doce (12) meses a partir de la fecha en que se firmó.

**REDIVULGACIÓN:** Entiendo que una vez que se divulga la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.

**CONDICIONAMIENTO:** Entiendo que completar este formulario de autorización es voluntario. Me doy cuenta de que no se me negará el tratamiento si me niego a firmar este formulario.

**REVOCACIÓN:** Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, entiendo que debo hacerlo por escrito y que debo presentar mi revocación al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Relación del representante legal con el paciente

Si usted es un representante legal de la persona cuya información está solicitando, debe proporcionar documentación que demuestre su autoridad legal para la solicitud de esta información (por ejemplo, poder notarial, formulario de sustituto de atención médica, orden, nombramiento de una tutela, orden de nombramiento de representante personal, cartas de administración).



## Formularios de historial de salud de pacientes nuevos

|                                                                                                                                             |                                                                  |                                                         |                                                              |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre del paciente:</b>                                                                                                                 |                                                                  |                                                         | <b>Fecha de nacimiento:</b>                                  |                                                            |
| <b>PROBLEMAS MÉDICOS ACTUALES</b><br>Por favor, marque todo lo que corresponda.                                                             |                                                                  |                                                         |                                                              |                                                            |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Cálculos renales                        | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA                     | <input type="checkbox"/> Insomnio                            | <input type="checkbox"/> Hipogonadismo (bajo testosterona) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Agrandamiento De la próstata            | <input type="checkbox"/> Hepatitis C                    | <input type="checkbox"/> Depresión                           | <input type="checkbox"/> Cáncer de vejiga                  |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Urinario incontinencia                  | <input type="checkbox"/> Cirrosis                       | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                        | <input type="checkbox"/> Cáncer de riñón                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca                                                                                                | <input type="checkbox"/> Dolor crónico                           | <input type="checkbox"/> Úlcera stomacal                | <input type="checkbox"/> Osteopenia                          | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata                |
| <input type="checkbox"/> Infarto                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Artritis degenerativo                   | <input type="checkbox"/> ERGE / reflujo                 | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre (piernas/pulmón) | <input type="checkbox"/> Cáncer (Especificar)              |
| <input type="checkbox"/> Corazón anormal válvula                                                                                            | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide                     | <input type="checkbox"/> Intestino irritable enfermedad | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn                 | <input type="checkbox"/> Cáncer (Especificar)              |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca                                                                                             | <input type="checkbox"/> Artritis, gota                          | <input type="checkbox"/> Convulsiones                   | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa                    | <input type="checkbox"/> Cáncer (Especificar)              |
| <input type="checkbox"/> Golpe                                                                                                              | <input type="checkbox"/> EPOC                                    | <input type="checkbox"/> Migraña cefaleas               | <input type="checkbox"/> UTI                                 | <input type="checkbox"/> Otro (especificar)                |
| <input type="checkbox"/> Nefropatía                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Asma                                    | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño                | <input type="checkbox"/> Eréctil Disfunción                  | <input type="checkbox"/> Otro (especificar)                |
| <input type="checkbox"/> Tiroides Problemas                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Glaucoma                                | <input type="checkbox"/> Ansiedad                       | <input type="checkbox"/> Embarazada # _____ times            | <input type="checkbox"/> Corazón congestivo Fracaso        |
| Exposición a: <input type="checkbox"/> Asbesto <input type="checkbox"/> Productos químicos <input type="checkbox"/> Radiación ionizante     |                                                                  |                                                         |                                                              |                                                            |
| <b>CONTINÚAN LOS PROBLEMAS MÉDICOS ACTUALES</b><br>Enumere cualquier inquietud / problema adicional que le gustaría discutir con su médico. |                                                                  |                                                         |                                                              |                                                            |
|                                                                                                                                             |                                                                  |                                                         |                                                              |                                                            |
|                                                                                                                                             |                                                                  |                                                         |                                                              |                                                            |
|                                                                                                                                             |                                                                  |                                                         |                                                              |                                                            |
|                                                                                                                                             |                                                                  |                                                         |                                                              |                                                            |
|                                                                                                                                             |                                                                  |                                                         |                                                              |                                                            |
| <b>VACUNAS - Si está marcado, proporcione la(s) fecha(s).</b>                                                                               |                                                                  |                                                         |                                                              |                                                            |
| <input type="checkbox"/> Influenza                                                                                                          | <input type="checkbox"/> MMR Sarampión, paperas, rubéola         |                                                         | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                         |                                                            |
| <input type="checkbox"/> Neumonía                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Tdap Tétanos, difteria, tos ferina      |                                                         | <input type="checkbox"/> Herpes zóster / Zoster              |                                                            |
| Vacuna COVID: <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson                   |                                                                  |                                                         |                                                              |                                                            |
| Fecha de la 1ª dosis: _____, Fecha de la 2ª dosis: _____, Fecha del 1º refuerzo: _____, Fecha del 2º refuerzo: _____                        |                                                                  |                                                         |                                                              |                                                            |
| <b>PRUEBAS DE DETECCIÓN DE SALUD</b>                                                                                                        |                                                                  |                                                         |                                                              |                                                            |
| <b>Mamografía</b>                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Fecha:                                                  | Proveedor:                                                   |                                                            |
| <b>Colonoscopia</b>                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Fecha:                                                  | Proveedor:                                                   |                                                            |
| <b>Sangre oculta en heces</b>                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Fecha:                                                  | Proveedor:                                                   |                                                            |
| <b>Prueba de Papanicolaou</b>                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Fecha:                                                  | Proveedor:                                                   |                                                            |
| <b>Densidad ósea (DEXA)</b>                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Fecha:                                                  | Proveedor:                                                   |                                                            |
| <b>Antígeno prostático específico (PSA)</b>                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Fecha:                                                  | Proveedor:                                                   |                                                            |
| <b>Perfil lipídico (colesterol)</b>                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Fecha:                                                  | Proveedor:                                                   |                                                            |
| <b>Electrocardiograma (ECG)</b>                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Fecha:                                                  | Proveedor:                                                   |                                                            |
| <b>Prueba de esfuerzo cardíaco</b>                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | Fecha:                                                  | Proveedor:                                                   |                                                            |



## HOSPITALIZACIONES PASADAS

[illegible]

## HISTORIA QUIRÚRGICA

[illegible]

## ALERGIAS A MEDICAMENTOS

| Nombre del medicamento | Reacción que tuviste |
|------------------------|----------------------|
|                        |                      |
|                        |                      |
|                        |                      |
|                        |                      |
|                        |                      |

## MEDICAMENTOS

**Enumere sus medicamentos recetados y medicamentos de venta libre, como vitaminas e inhaladores.**

**\*Proporcione el nombre y el teléfono de su farmacia local:** \_\_\_\_\_

[illegible]



| HISTORIA SOCIAL                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                        |                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Lugar de nacimiento:</b>                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                        |                                                         |
| <b>Ocupación:</b>                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                        |                                                         |
| <b>Viajar fuera de EE. UU.:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                        |                                                         |
| <b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Pareja soltera <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                        |                                                         |
| <b>Alcohol</b>                                                                                                                                                                                                             | ¿Bebes alcohol?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                            | En caso afirmativo, ¿de qué tipo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                           |                                        |                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                            | ¿Cuántas bebidas hay por semana?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                                        |                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                            | ¿Le preocupa la cantidad que bebe?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                           |                                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <b>Tabaco</b>                                                                                                                                                                                                              | ¿Consumes o has consumido tabaco?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                           |                                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Paquetes de cigarrillos/día -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Masticar/día -   | <input type="checkbox"/> Tubería/día - | <input type="checkbox"/> Puros/día -                    |
|                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> # de años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> O dejar de fumar |                                        |                                                         |
| <b>Vapeo</b>                                                                                                                                                                                                               | ¿Usas o has vapeado alguna vez?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> # de años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> O dejar de fumar |                                        |                                                         |
| <b>Sexo</b>                                                                                                                                                                                                                | ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en los últimos seis meses? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |                                        |                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                            | Las enfermedades relacionadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), como el SIDA, se han convertido en un importante problema de salud pública. Los factores de riesgo para esta enfermedad incluyen el uso de drogas intravenosas y las relaciones sexuales sin protección. ¿Le gustaría hablar con su proveedor sobre su riesgo de esta enfermedad u otras enfermedades de transmisión sexual? |                                           |                                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <b>Seguridad personal</b>                                                                                                                                                                                                  | ¿Vives solo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |                                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                            | ¿Tiene caídas frecuentes?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                           |                                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                            | ¿Tiene pérdida de visión o audición?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                           |                                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                            | ¿Tiene una directiva anticipada o un testamento vital?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           |                                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                            | ¿Desea información sobre la preparación de estos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                           |                                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <b>Depresión</b>                                                                                                                                                                                                           | ¿En las últimas dos semanas se ha sentido deprimido, deprimido o desesperado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                            | ¿En las últimas dos semanas has sentido poco interés o placer en hacer cosas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <b>Ejercicio</b>                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sedentario (sin ejercicio)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                                        |                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Ejercicio leve (es decir, subir escaleras, caminar 3 cuadras, jugar al golf)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |                                        |                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Ejercicio vigoroso ocasional (es decir, trabajo o recreación, menos de cuatro veces por semana durante 30 minutos).                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |                                        |                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Ejercicio vigoroso regular (es decir, trabajo o recreación cuatro veces por semana durante 30 minutos)                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                        |                                                         |
| <b>Violencia doméstica</b>                                                                                                                                                                                                 | En los últimos 12 meses, ¿alguien cercano a usted lo ha lastimado, golpeado o amenazado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |                                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <b>Drogas</b>                                                                                                                                                                                                              | ¿Actualmente consume drogas recreativas o ilícitas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                            | ¿Alguna vez te has dado drogas ilegales con una aguja?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           |                                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

| ANTECEDENTES FAMILIARES                                                                                          |                                              |                                                                                                                                                            |                                                                         |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| PARIENTE                                                                                                         | EDAD (ACTUAL O EN LA FECHA DE FALLECIMIENTO) | ATAQUE CARDÍACO O ACCIDENTE CEREBROVASCULAR                                                                                                                | CÁNCER                                                                  | OTROS PROBLEMAS DE SALUD |
| Madre                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Difunto             | Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____<br>Golpe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____ | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____ |                          |
| Padre                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Difunto             | Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____<br>Golpe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____ | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____ |                          |
| Hermano <input type="checkbox"/> Difunto<br><input type="checkbox"/> Hermano<br><input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Difunto             | Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____<br>Golpe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____ | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____ |                          |
| Hermano <input type="checkbox"/> Difunto<br><input type="checkbox"/> Hermano<br><input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Difunto             | Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____<br>Golpe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____ | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____ |                          |
| Hermano <input type="checkbox"/> Difunto<br><input type="checkbox"/> Hermano<br><input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Difunto             | Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____<br>Golpe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____ | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____ |                          |
| Hermano <input type="checkbox"/> Difunto<br><input type="checkbox"/> Hermano<br><input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Difunto             | Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____<br>Golpe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____ | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____ |                          |
| Hermano <input type="checkbox"/> Difunto<br><input type="checkbox"/> Hermano<br><input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Difunto             | Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____<br>Golpe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____ | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____ |                          |
| Abuela <i>Materno</i> <input type="checkbox"/> Difunto                                                           | <input type="checkbox"/> Difunto             | Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____<br>Golpe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____ | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____ |                          |
| Abuelo <i>Materno</i> <input type="checkbox"/> Difunto                                                           | <input type="checkbox"/> Difunto             | Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____<br>Golpe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____ | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____ |                          |
| Abuela <i>Paternal</i> <input type="checkbox"/> Difunto                                                          | <input type="checkbox"/> Difunto             | Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____<br>Golpe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____ | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____ |                          |
| Abuelo <i>Paternal</i> <input type="checkbox"/> Difunto                                                          | <input type="checkbox"/> Difunto             | Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____<br>Golpe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, edad: _____ | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____ |                          |