



Lower Lights

Christian Health Center

Estimado paciente,

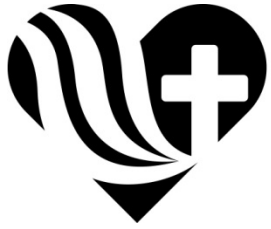
¡Bienvenido! Es un placer tenerte como parte de Lower Lights Christian Health Center (LLCHC)– que como un paciente que recibe tratamiento médico y también como socio haciendo de este una mejor organización. Es nuestro privilegio de servirle. Nuestro personal y proveedores quieren servirle con el mayor nivel de atención. Para ayudarnos a hacer esto le pedimos lo siguiente:

1. Traer los siguientes a CADA visita :
 - A. Comprobante de ingresos
 - B. Identificación con foto
 - C. Tarjeta de seguro
 - D. Todos los medicamentos está tomando actualmente o una lista que incluye todos los medicamentos (recetados por los proveedores de LLCHC u otros localidades)
**Esto es importante para que podamos documentar exactamente esto en nuestro sistema de expedientes electrónico (EMR, por sus siglas en ingles) y facilitar recetas médicas electrónicamente.*
2. Venga preparado con su copago cada visita. Copagos se requieren para cada proveedor de servicios en LLCHC; es decir, pago separado por cada visita médica, psiquiátrico y dietista individualmente.
3. Participar activamente en su cuidado haciendo preguntas y siguiendo los planes de tratamiento.

Siguiendo estas expectativas permitirá a nuestro personal de mejorar la calidad de la atención. Nuevamente, estamos emocionados y es un privilegio de colaborar con usted en el cuidado de su salud. Esperamos verle pronto.

Atentamente,

Los proveedores médicos y personal administrativo de
Lower Lights Christian Health Center



Lower Lights

Christian Health Center

Medicamento de Sustancia Controlada

Bienvenidos a Lower Lights Christian Health Center,

Somos una clínica de atención primaria donde evaluamos y tratamos diversos estados de salud. En nuestra clínica realizamos una valoración detallada de todos los pacientes, antes de continuar con el tratamiento o cambiarles medicamentos recetados. Muchos de los medicamentos que generalmente se usan para tratar dolencias crónicas y ansiedad están altamente reglamentados (a tales medicamentos se les llama receta de “sustancias controladas”) y los proveedores médicos deben seguir ciertos reglamentos para poder recetar estos fármacos o medicamentos de manera segura. Estas medidas se aplican debido a que los medicamentos, antes mencionados, representan un riesgo adicional a su salud y de la comunidad en general, si se recetan de manera incorrecta o si se toman no según las recomendaciones. Algunos de los medicamentos controlados comunes son:

Los medicamentos opioides contra el dolor, incluidos son:

- Productos que contienen codeína, tales como el Tylenol #3 y #4
- Productos que contienen hidrocodona, tales como vicodina, Lortab y Norco
- Productos que contienen oxicodona, tales como Percocet, Roxicet, Tylox y OxiContin
- Productos que contienen morfina, tales como Roxanol, Kadian y MSContin
- Metadona y fentanilo, Duragesic, entre otros
- Tramadol

Los medicamentos contra el insomnio y la ansiedad, incluidos son:

Las benzodiacepinas, tales como diazepam (*Valium*), lorazepam (*Ativan*), alprazolam (*Xanax*), clonazepam, Ambien, Zolpidem, Restoril, entre otros.

Los medicamentos contra el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD), por sus siglas en inglés, incluidos son: *Ritalin* y *Adderall*

Si usted tiene un historial clínico que le haga requerir medicamentos controlados, nuestro equipo médico evaluará su caso para determinar si es seguro y beneficioso para su salud continuar con tales medicamentos, antes de recetárselos.

Antes de que nuestros proveedores médicos consideren recetarle estos medicamentos, revisaremos su historia clínica, sus exámenes físicos, su expediente médico, su registro farmacéutico de medicamentos y resultados de exámenes. Para acelerar la evaluación, debe presentar el expediente médico y el registro farmacéutico de medicamentos recetados por proveedores médicos anteriores.

Debido a que las recetas de medicamentos de sustancias controladas están muy reglamentadas, todo proveedor tiene acceso a los archivos públicos del estado de recetas surtidas de sustancias controladas. Habrá ocasiones en que necesitaremos hablar con su farmacéutico para verificar detalles de su expediente. Favor de proporcionar el nombre y el número telefónico de la farmacia.

Para obtener expedientes de proveedores anteriores, le proporcionaremos un formulario de Autorización Para Divulgar Información para tener su expediente médico enviado a nuestra oficina para revisión.

Es su responsabilidad de firmar el formulario para la divulgación de la información.

Antes de que usted sea elegible para cualquier medicamento de sustancia controlada, nuestro expediente debe contener lo siguiente:

1. Expediente médico de sus médicos anteriores documentando pruebas y consultas hechas antes para evaluar su condición por la cual se está tratando con un medicamento de sustancia controlada.
2. Expediente médico de su médico quien anteriormente le había recetado los medicamentos de sustancias controladas.

3. Nombre y número telefónico de la farmacia donde más recientemente haya surtido estas recetas.
4. Resultados de pruebas de laboratorio como su médico considere apropiado para el tipo de medicamentos que usted está tomando.
5. Si lo pide su nuevo proveedor, usted deber traer consigo sus botellas más recientes de medicamentos recetados, incluyendo cualquier pastilla o parche restante a su próxima cita en el centro de salud.
6. Es necesario aceptar los términos y condiciones que permiten a nuestros proveedores recetar estos medicamentos de modo seguro y vigilar por efectos secundarios y complicaciones. Esto se hace con leyendo y firmando el Acuerdo de Manejo de los Medicamentos de Sustancias Controladas.

Es probable que no se le recete medicamentos de sustancias controladas en sus primeras visitas al centro de salud o cuando se atiende con un nuevo proveedor en el centro de salud debido a que nuestros proveedores necesitaran tiempo para repasar expedientes y resultados de pruebas junto con hacer una evaluación de su caso. Después de que se completa la evaluación, nuestros proveedores determinarán si es en su mejor interés y seguro recetarle medicamentos programados.

Valoramos su salud y estamos deseosos de tener una relación productiva ente paciente y doctor.

El equipo de proveedores LLCHC



Lower Lights

Christian Health Center

Políticas de Privacidad – Consentimiento del Paciente

He leído y comprendido las políticas de privacidad y, por tanto, doy mi autorización para que el centro de salud cristiano *Lower Lights* (LLCHC, por sus siglas en inglés) haga uso de mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para los siguientes propósitos:

Consentimiento para el tratamiento: Yo autorizo a las doctoras de LLCHC y a cualquier empleado que trabaje bajo su dirección para que nos brinden atención médica a mí o al paciente que está bajo mi protección o tutela. Tal atención médica puede incluir servicios y suministros relacionados con mi salud, entre ellos: cuidados preventivos, diagnóstico, terapia, manejo de cuidado médico, cuidados paliativos, psicoterapia, valoración del estado físico o mental, y la venta o despacho de medicamentos, aparatos médicos, equipo y otros artículos necesarios y de prescripción médica. Este consentimiento le permite a LLCHC establecer contacto y conversaciones con otros profesionales en salud para su cuidado y tratamiento. Entiendo que LLCHC participa de uno o más *intercambios de información médica* (HIE, por sus siglas en inglés) y que puede hacer uso de tales intercambios para buscar u obtener información y ofrecer atención médica de mejor calidad. Entiendo que al firmar este documento doy mi consentimiento para que LLCHC y otros profesionales de la salud puedan buscar, compartir y tener acceso a mi información médica.

Consentimiento para la divulgación de información médica para pagos, transacciones y asignación de beneficios: Yo autorizo, además, a LLCHC para que suministre mi información médica a la compañía de seguros correspondiente, para facturar y recolectar el pago de cualquier servicio brindado. Asimismo, consiento en ceder todos los pagos por los servicios recibidos. Entiendo que tengo la responsabilidad de abonar todos los copagos, cantidades referidas a las franquicias o deducibles y a otras sumas de dinero que fuentes pagadoras consideren de mi responsabilidad, como lo exigen el contrato del seguro médico que me respalda y las leyes del estado. Es mi responsabilidad obtener toda la información relacionada con mi plan de salud, en lo que respecta a cobertura por servicios médicos. Asimismo, si decidiera buscar atención médica fuera del contrato de seguro, asumiré la responsabilidad de todos los cargos en que incurra. Entiendo que mis datos personales o médicos también podrían ser usados para cualquier transacción o necesidad operativa, según lo estipulado en las políticas de privacidad.

Consentimiento a la notificación sobre las políticas de privacidad: Reconozco que tuve la oportunidad de leer la notificación sobre las políticas de privacidad durante el proceso de registro. Asimismo, entiendo que los términos expresados en las políticas de privacidad pueden variar y que puedo solicitar en cualquier momento, ya sea por teléfono o por escrito, una copia de tales políticas. Entiendo que tengo derecho a saber sobre el uso que se le está dando a mi información médica y, de igual manera, tengo derecho a restringir la forma en que se divulgue o comparta tal información, sin embargo; LLCHC no está obligada a aceptar los límites o restricciones que yo imponga. Por otro lado, si se llegase a un acuerdo entre las partes, LLCHC quedaría obligada a respetar los términos del acuerdo.

Entiendo que LLCHC puede negarse a ofrecerme atención médica si me niego a aceptar estas condiciones. Entiendo, asimismo, que en cualquier momento que lo desee puedo anular o dejar sin efecto este consentimiento, no obstante; en el momento en que así lo hiciere, LLCHC podría no ofrecerme más servicios médicos. Por otro lado, si anulo esta autorización, tal revocación quedaría sin efecto hasta que LLCHC la reciba por escrito.

Firma del paciente / tutor legal _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Parentesco (en caso de no ser el paciente) _____

El paciente no está en capacidad de firmar debido a _____

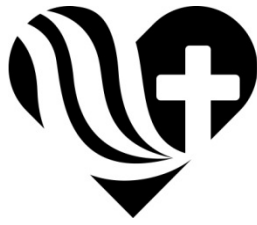
REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO: Por la presente revoco la autorización otorgada anteriormente.

Firma del paciente / tutor legal _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Parentesco (en caso de no ser el paciente) _____

Patent Name: _____ DOB: _____



Lower Lights

Christian Health Center

Formulario del Registro del Paciente

Debido a que Lower Lights Christian Health Center es un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC, por sus siglas en ingles), es mandatorio que registremos y reportemos los datos demográficos de nuestros pacientes. Toda la información que usted nos dé será confidencial. Le agradecemos que llene este cuestionario en su totalidad. ¡Gracias!

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ N° de seguro social: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Condado: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Estado civil (*encierre en círculo*): Casado Soltero Divorciado Pareja Separado Viudo Otro

Identidad de género (*encierre en círculo*): Hombres, mujeres, transexuales - macho/hembra a macho, transgénero - hembra/macho a hembra, otra, elija no revelar

La orientación sexual (*encierre en círculo*): Lesbiana u homosexual, heterosexual, bisexual, algo más, no sé, puede elegir no revelar

Idioma distinto al Ingles _____

Raza (*encierre en círculo*):

Raza negra/Afroamericano Blanco/Caucásico Nativo hawaiano Asiático Nativo americano De Oceanía o de la Polinesia Indígena de la América anglosajona Mas de una raza

Etnia (*encierre en círculo*): Hispano o Latino Otras

¿Carece usted de vivienda propia o domicilio estable? (*encierre en círculo*): Sí o No

¿Si esta sin hogar, donde esta hospedado? En casa de alguien En un refugio En la calle En diferentes lugares Se desconoce

¿Es usted trabajador(a) migrante? (*encierre en círculo*): Sí o No **¿Es usted trabajador(a) temporero?** Sí o No

Educación (completada) (*encierre en círculo*):

Preparatoria Algunos estudios universitarios Bachillerato/Licenciatura Maestría/Doctorado

Preferencia religiosa: _____

Situación laboral (*encierre en círculo*):

Servicio militar activo Hijo (a) Discapacitado Empleado turno completo Empleado medio turno Ama de casa No empleado
Jubilado Autónomo Estudiante de turno completo Estudiante de medio turno **Veterano:** Sí o No

Nombre de su empleador: _____ Profesión: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

¿Como se enteró de Lower Lights Christian Health Center? Favor de elegir uno:

Referido por un familiar/amistad Referido por un hospital o proveedor de cuidado médico Presentarse en el centro Búsqueda en el internet Otro (favor de apuntar como se enteró) _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Patent Name: _____ DOB: _____

PERSONA RESPONSIBLE DE PAGAR/FIADOR (SI ES DIFERENTE DEL PACIENTE)

Nombre del fiador: _____ Fecha de nacimiento: _____ N° de seguro social: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Estado civil (*encierre en círculo*): Casado Soltero Divorciado Pareja Separado Viudo Otro

Relación al paciente (*encierre en círculo*): Si mismo (*Si es así, pase a la siguiente sección*) Cónyuge Padres Otro

Situación laboral (*encierre en círculo*):

Servicio militar activo Discapacitado Empleado turno completo Empleado medio turno Ama de casa No empleado Jubilado Autónomo
Estudiante de turno completo Estudiante de medio turno **Veterano:** Sí o No

Nombre de su empleador: _____ Profesión: _____ Teléfono del trabajo _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA/ PARIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial de medio nombre: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

¿Podemos dejar mensajes en su casa con la persona que conteste? Sí o No

¿Podemos dejar mensajes en el buzón de voz o contestador de su teléfono? Sí o No

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD

MÉDICO

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

N° seguro social del titular: _____

Seguro primario: _____ N° de identificación: _____ N° del grupo: _____

Seguro secundario: _____ N° de identificación: _____ N° del grupo: _____

Accidente: Sí o No *Si es así*, que tipo: Auto Casa Deporte Trabajo Otro Fecha del accidente: _____

DENTAL

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

N° seguro social del titular: _____

Seguro primario: _____ N° de identificación: _____ N° del grupo: _____

Seguro secundario: _____ N° de identificación: _____ N° del grupo: _____

Accidente: Sí o No *Si es así*, que tipo: Auto Casa Deporte Trabajo Otro Fecha del accidente: _____

VISIÓN

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

N° seguro social del titular: _____

Seguro primario: _____ N° de identificación: _____ N° del grupo: _____

Seguro secundario: _____ N° de identificación: _____ N° del grupo: _____

Accidente: Sí o No *Si es así*, que tipo: Auto Casa Deporte Trabajo Otro Fecha del accidente: _____

MEDICARE

Parte A (Hospital) **Parte B** (Medico) **Parte D** (Prescripción) **Parte C** (Advantage Plan, combinación de partes A, B y D)

Medicare original (**A y B, A solamente o B solamente**) Nombre del titular de póliza: _____

N.º de identificación de Medicare: _____

Nombre del titular de póliza de prescripción (**D**) _____ N° de identificación: _____

Nombre del titular de póliza de Advantage Plan (**C**): _____ N° de identificación: _____

Patent Name: _____ DOB: _____

INFORMACIÓN DE INGRESOS (DEBE SER COMPLETADA POR TODOS LOS PACIENTES, INDEPENDIEMENTE DE QUE TENGAN O NO INGRESOS O SEGURO MÉDICO).

Salario antes de impuestos: \$ _____ por: Hora Semanal Quincenal Mensual Anual

Tipo de ingreso: (*encierra en círculo*): Trabajo Jubilación Discapacidad OWF/TANF Ingreso suplementario Ninguno

Otro ingreso declarable: \$ _____

Número de personas en el hogar: _____

Edades de los dependientes: _____

Hay que reportar TODO el ingreso familiar para poder calificar para Medicaid o para los programas de La Escala Proporcional de Cuotas.

***MEDICAID:** Si usted no tiene Seguro y quisiera la asistencia de nuestro personal en solicitar el Medicaid, favor de leer lo siguiente y firmar al final.

Autorizo a Lower Lights Christian Health Center de solicitar para Medicaid en mi nombre. He proveído la información al siguiente por voluntad propia, cual es completo y verdadero conforme a mi leal saber y entender.

Nombre del miembro de la familia	Parentesco de cada miembro del hogar	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Fuente de Ingreso	Horas trabajadas por semana	¿Con qué frecuencia recibe ese ingreso?	Cantidad del Ingreso Mensual (Antes de los impuestos)

***** Fuente de ingresos: Sueldo, SSD/SSI/SSA, Jubilación, Otra Discapacidad, Desempleo, Manutención de niños, etc.**

*Residente de Ohio: Sí o No *Ciudadano de los Estados Unidos: Sí o No

*Embarazada: Sí (Fecha estimada para dar a luz: _____) No No se aplica

Reconozco lo antes mencionado con proveer mi firma y la fecha en que se firmó.

_____ Firma

_____ Fecha

Patent Name: _____ DOB: _____



Lower Lights Christian Health Center

CUESTIONARIO DE SALUD

Debe ser completado por el paciente. Por favor, use letra redonda (o de imprenta).

(To be completed by the patient- Please Print)

Fecha _____
(Today's Date)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
(Name) (Date of Birth)

Estatura _____ Peso _____
(Height) (Weight)

¿Es alérgico a alguna medicina? _____
(Drug Allergies)

Por favor, escriba en orden de importancia los síntomas o problemas de salud que le están aquejando:
(Please list in order of importance the present health concerns, symptoms or problems you are experiencing)

¿Ha tenido usted alguno de los siguientes diagnósticos? Encierre en un círculo la respuesta correcta (Sí o No) o déjela en blanco, en caso de no estar seguro.

(Have you ever had the following, circle yes or no; leave blank if uncertain.)

SIDA o VIH <i>(AID or HIV)</i>	Sí (Y) / N	Diabetes <i>Diabetes</i>	Sí (Y) / N	Enfermedad inflamatoria intestinal <i>Inflammatory Bowel Disease</i>	Sí (Y) / N
Anemia <i>(Anemia)</i>	Sí (Y) / N	Hipertrofia prostática <i>Enlarged Prostate</i>	Sí (Y) / N	Síndrome del colon irritable <i>Irritable Bowel Disease</i>	Sí (Y) / N
Angina <i>Angina</i>	Sí (Y) / N	Epilepsia <i>Epilepsy</i>	Sí (Y) / N	Enfermedad del riñón <i>Kidney Disease</i>	Sí (Y) / N
Fibrilación auricular <i>Atrial Fibrillation</i>	Sí (Y) / N	Enfermedad de la vesícula biliar <i>Gall Bladder Disease</i>	Sí (Y) / N	Migrañas <i>Migraines</i>	Sí (Y) / N
Asma <i>Asthma</i>	Sí (Y) / N	Enfermedad de corazón <i>Heart Disease</i>	Sí (Y) / N	Neumonía <i>Pneumonia</i>	Sí (Y) / N
Coágulos de sangre <i>Blood Clots</i>	Sí (Y) / N	Ataque cardíaco <i>Heart Attack</i>	Sí (Y) / N	Polio <i>Polio</i>	Sí (Y) / N
Cáncer <i>Cancer</i>	Sí (Y) / N	Hepatitis C <i>Hepatitis C</i>	Sí (Y) / N	Fiebre Reumática <i>Rheumatic Fever</i>	Sí (Y) / N
Arteria Coronaria <i>Coronary Artery</i>	Sí (Y) / N	Otra hepatitis <i>Other Hepatitis</i>	Sí (Y) / N	Derrame Cerebral <i>Stroke</i>	Sí (Y) / N
Enfermedad pulmonaria obstructiva crónica <i>COPD</i>	Sí (Y) / N	Presión arterial alta <i>High Blood Pressure</i>	Sí (Y) / N	Enfermedad Tiroidea <i>Thyroid Disease</i>	Sí (Y) / N
Enfermedad de Crohn's <i>Crohn's Disease</i>	Sí (Y) / N	Colesterol alto <i>High Cholesterol</i>	Sí (Y) / N	Otra <i>Other</i>	Sí (Y) / N

Por favor, enumere cualquier otro problema de salud que haya tenido:
 (Please list any other health problems you have had)

Historial Quirúrgico

(Surgical History:)

¿Cuál o cuáles de las siguientes operaciones le han hecho? Encierre en un círculo la operación que le hayan hecho (si aplica) y escriba sobre la línea el año en que se la hicieron.

(Have you ever had the following surgeries? Please circle the surgery and list the year :)

Enfermedad	Año	Enfermedad	Año	Enfermedad	Año
Apendectomía <i>Appendectomy</i>		Derivación gástrica <i>Gastric Bypass</i>		Cesárea <i>C-Section</i>	
Angioplastia <i>Angioplasty</i>		Reparación de hernia <i>Hernia Repair</i>		Histerectomía <i>Hysterectomy</i>	
Endoprótesis vascular <i>Heart Stent</i>		Artroplastia de cadera <i>Hip Replacement</i>		Mastectomía <i>Mastectomy</i>	
Artroscopia de rodilla <i>Arthroscopy knee</i>		Artroplastia de rodilla <i>Knee Replacement</i>		Colecistectomía <i>Gall Bladder Surgery</i>	
Cirugía de la columna vertebral <i>Back Surgery</i>		Cirugía ocular con rayos láser <i>LASIK</i>		Ooforectomía <i>Ovary Removal</i>	
Transfusión sanguínea <i>Blood Transfusion</i>		Biopsia hepática <i>Liver Biopsy</i>		Cirugía de la mama <i>Breast Surgery</i>	
Síndrome del túnel carpiano <i>Carpal Tunnel Release</i>		Marcapaso <i>Pacemaker</i>		Resección intestinal <i>Bowel Resection</i>	
Derivación de la arteria coronaria <i>Coronary Bypass</i>		Tiroidectomía <i>Thyroid Surgery</i>		Ligadura de trompas <i>Tubal Ligation</i>	
Catarata <i>Cataract Extraction</i>		Amigdalectomía <i>Tonsillectomy</i>		Cirugía de fibromas <i>Fibroid Surgery</i>	
Colectomía <i>Colectomy</i>				ORIF <i>ORIF</i>	
Dilatación y legrado <i>D and C</i>				Colostomía <i>Colostomy</i>	

Otro: _____

Hospitalizaciones: Si usted ha tenido que pasar una noche o más en el hospital por alguna otra intervención quirúrgica, especifique el tipo de operación y el año en que fue operado (no incluya embarazos normales).

(Hospitalizations: If you have been in the hospital overnight state the year, illness/operation (do not include normal pregnancies).)

Historial Médico Familiar

¿Ha tenido algún pariente inmediato (abuelos, padres o hermanos) alguno de las enfermedades que a continuación se enumeran? Encierre en un círculo el nombre de la enfermedad o déjelo en blanco, en caso de no estar seguro.
 (Has any blood relative had any of the following, circle yes or no-leave blank if uncertain.)

Enfermedad <i>(disease)</i>	Parentesco <i>(relationship)</i>	Enfermedad <i>(disease)</i>	Parentesco <i>(relationship)</i>
Trastorno por déficit con hiperactividad <i>ADD/ADHD</i>		Síndrome del intestino irritable <i>Irritable Bowel</i>	
Alcoholismo <i>Alcohol Abuse</i>		Problemas de aprendizaje <i>Learning Disability</i>	
Alergias <i>Allergies</i>		Enfermedad arterial periférica <i>Peripheral Vascular Disease</i>	
Enfermedad de Alzheimer <i>Alzheimer's</i>		Enfermedad de los riñones <i>Kidney Disease</i>	
Asma <i>Asthma</i>		Migrañas <i>Migraines</i>	
Trastornos hematológicos <i>Blood Disorder</i>		Enfermedad mental <i>Mental Illness</i>	
Depresión <i>Depression</i>		Obesidad <i>Obesity</i>	
Dermatitis atópica (o eczema) <i>Eczema</i>		Osteoporosis <i>Osteoporosis</i>	
Colesterol alto <i>High Cholesterol</i>		Epilepsia <i>Epilepsy</i>	
Presión arterial alta <i>High blood pressure</i>		Enfermedad tiroidea <i>Thyroid Disorder</i>	
Retraso del desarrollo <i>Developmental Delay</i>		Enfermedad genética <i>Genetic Disease</i>	
Cáncer: (indique el tipo y parentesco) Tipo <i>Cancer</i> <i>(List Type and Relationship)</i>			

Para las enfermedades que se enumeran a continuación, escriba la edad que tenía el pariente suyo cuando empezó a padecer de esa enfermedad, el parentesco con usted y si tal enfermedad le causó la muerte.
 (For the following diseases, list the relationship and the age of onset, or whether it was the cause of death)

Enfermedad <i>(disease)</i>	Edad <i>(age)</i>	Parentesco <i>(relationship)</i>	¿Le causó la muerte? <i>(cause of death)</i>	Si <i>(Yes)</i>	No <i>(No)</i>
Diabetes <i>Diabetes</i>					
Derrame cerebral <i>Stroke</i>					
Ataque al corazón <i>Heart Attack</i>					
Enfermedad de las arterias coronarias <i>Coronary Artery Disease</i>					

Escriba una lista de los medicamentos que toma actualmente y las veces que toma cada uno de ellos por día.
 (List your medications: Times/Day :)

Veces al día _____

Historial Social

(Social History)

Tabaco <i>Tobacco</i>	Si <i>Yes</i>	No <i>No</i>	Paquetes al día: _____ <i>packs per day</i>	por _____ años <i>for years</i>
Alcohol <i>Alcohol</i>	Si <i>Yes</i>	No <i>No</i>	Bebidas a la semana: _____ <i>drinks per week</i>	Tipo de bebida: _____ <i>Type</i>
Cafeína <i>Caffeine</i>	Si <i>Yes</i>	No <i>No</i>	Cantidad por día: _____ <i>Cups Per Day:</i>	Tipo de bebida: _____ <i>Type:</i>
Drogas ilegales <i>Illegal Drugs</i>	Si <i>Yes</i>	No <i>No</i>	Tipo de droga: _____ <i>Type</i>	

Vacuna(s)

(Vaccines)

Indique cuando fue la última vez que le aplicaron lo siguiente (escribe el año):

(The last time you had a (list year):

Vacuna contra la influenza _____	Vacuna contra el tétano _____	Vacuna contra el Hepatitis _____
Vacuna contra la neumonía _____	Examen de tuberculosis _____	Vacuna contra la Rubéola _____
Prueba de sangre en las heces _____	Mamografía _____	Colonoscopia _____
Examen de la vista _____	Papanicolau _____	

Solo para mujeres

(For women only)

Edad a la que tuvo su primera menstruación: _____ Fecha de su última menstruación: _____

¿Utiliza algún método anticonceptivo?: Y N Tipo: _____

Número de embarazos _____ Número de hijos nacidos vivos _____ Número de nacimientos prematuros _____

Número de embarazos a término _____ Número de abortos provocados _____ Número de abortos espontáneos _____



Lower Lights

Christian Health Center

Cuestionario de Obstétrica (OB Questionnaire)

Nombre: _____ Fecha: _____
(Name) (Date)

Nombre del padre del bebe: _____ Número telefónico para emergencias: _____
(Father of the baby) (Emergency Phone Number)

Primer día del último periodo menstrual: _____
(Date of last menstrual period)

¿Está segura de esta fecha? Si (Y) / No
(Are you sure of the date?)

¿Fue un periodo normal para usted? Si (Y) / No
(Was this a normal period for you?)

¿Ha tenido una prueba de embarazo? Si (Y) / No
(Have you had a pregnancy test?)

¿Y si es así, cuando y donde? _____
(If yes, when and where?)

Peso antes del embarazo: _____
(Weight before pregnancy)

¿Está inscrito en WIC? Si (Y) / No
(Are you enrolled in WIC?)

¿Quisiera alimentar su bebé con lactancia o biberón? Lactancia / Biberón
(Would you like to breast feed or bottle feed your baby? Breast / Bottle)

¿Conoce su tipo de sangre? Si (Y) / No
(Do you know your blood type?)

¿Y si es así, que tipo es? _____
(If so, what type?)

¿Aceptarías una transfusión de sangre si fuera necesario para salvar su vida? Si (Y) / No
(Would you accept a blood transfusion if it was necessary to save your life?)

¿Cuida usted algún gato? Si (Y) / No
(Do you care for any pet cats?)

¿Utiliza usted un cinturón de seguridad? Si (Y) / No
(Do you wear your seat belt?)

Favor de completar el historial prenatal al siguiente. Si necesita espacio adicional, utilice la parte posterior de esta página. (Please complete the following pregnancy history. Use the back of the form if you need additional space.)

Número de embarazos (Number of pregnancies)	Fecha del parto (Delivery date)	¿Termino completo? ¿Si pre término, cuantas semanas? (Full term? If preterm, how many weeks?)	Horas de labor de parto (Hours in labor)	Tipo de parto- vaginal o cesárea (Type of delivery- vaginal or c-section)	Sexo del bebé (Sex of baby)	Peso del bebé (Weight of baby)	Complicaciones (Complications)

*Complicaciones incluyen labor de parto pre término, pre eclampsia o presión arterial alta, sangrado, infección, desgarro/laceración grave, o depresión postparto. (Complications include pre-term labor, pre-eclampsia or high blood pressure, bleeding, infection, bad tears/laceration, and postpartum depression.)

¿Ha sufrido usted alguna de estos problemas médicos?

(Have you ever had any of these medical problems?)

Trastorno auto inmunológico
(Autoimmune disorder)

Venas varicosas
(Varicose veins)

Problemas del seno
(Breast problems)

Infección del riñón o tracto urinario
(Urinary tract or kidney infection)

Trauma / Violencia
(Trauma/violence)

Historial de Papanicolaou anormal
(History of abnormal pap smear)

Depresión o depresión postparto
(Depression or postpartum depression)

Historial de transfusión de sangre
(History of blood transfusion)

Complicaciones debido a la anestesia
(Complications due to anesthesia)

Alergia al látex
(Latex allergy)

Infertilidad
(Infertility)

¿Alguna vez ha tenido o ha estado expuesto a las siguientes infecciones?

(Have you ever had or been exposed to the following infections?)

Tuberculosis
(Tuberculosis)

Clamidia
(Chlamydia)

Hepatitis B
(Hepatitis B)

Herpes genitales o verrugas genitales
(Genital herpes or genital warts)

Sífilis
(Syphilis)

Hepatitis C
(Hepatitis C)

Gonorrea
(Gonorrhea)

Otras enfermedades transmitidas sexualmente
(Other sexually transmitted diseases)

VIH
(HIV)

¿La madre, el padre, o algún familiar del bebé tiene una historia de problemas genéticos?

(Does the mother, the father, or any relatives of the baby have a history of genetic problems?)

Talasemia
(Thalassemia)

Disautonomía familiar
(Familial dysautonomia)

Retardación mental
(Mental retardation)

Defecto del tubo neural
(Neural tube defect)

Enfermedad o rasgos de anemia drepanocítica
(Sickle cell disease or trait)

Autismo
(Autism)

Defecto Cardíaco Congénito
(Congenital heart defect)

Hemofilia u otro trastorno sanguíneo
(Hemophilia or other blood disorder)

Pérdida recurrente de embarazos o mortinato
(Recurrent pregnancy loss or stillbirth)

Síndrome de Down
(Down's syndrome)

Distrofia muscular
(Muscular dystrophy)

Otros trastornos heredados / genéticos
(Other inherited/genetic disorders)

Enfermedad de Tay-Sachs
(Tay-sach's disease)

Enfermedad de Canavan
(Canavan disease)

Fibrosis Quística
(Cystic fibrosis)

Corea de Huntington
(Huntington's chorea)

¿Quién será el pediatra del bebé? *(Who will be the baby's pediatrician?)* _____

Medicamentos *(Medications):* _____