



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

## 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 atienda 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

### Prácticas de privacidad – Consentimiento del paciente

He leído y entiendo las prácticas de privacidad que me entregaron y doy mi autorización para que LLCHC use mi información de salud

protegida (PHI, por sus siglas en inglés) con los siguientes fines:

**Consentimiento para recibir tratamiento:** Doy mi autorización para que los médicos de LLCHC y los empleados que trabajen bajo las órdenes del médico me proporcionen atención médica o se la proporcionen al paciente de quien soy el tutor legal. Esto puede incluir servicios e insumos relacionados con mi salud y puede incluir (entre otros) atención de diagnóstico, terapéutica, de mantenimiento, paliativa, asesoramiento, evaluación o revisión del estado/la función física o mental, y la venta o el expendio de medicamentos, dispositivos, equipos u otros elementos requeridos y de acuerdo con una receta. Este consentimiento es válido para consultas en persona y de telesalud. Este consentimiento incluye el contacto y la conversación con otros profesionales de atención médica. Entiendo que LLCHC participa en uno o más Intercambios de información de salud (Health Information Exchanges) y puede usarlos para buscar o acceder a información de salud a fin de brindar una atención de mejor calidad. Entiendo que, si firmo este formulario acepto que LLCHC, y otros proveedores de atención médica, puedan buscar, acceder y compartir mi información de salud.

**Consentimiento de divulgación de información para pago/operaciones y asignación de beneficios:** También acepto que LLCHC envíe mi información a la compañía aseguradora de salud identificada para cualquier actividad de pago. Doy mi consentimiento para asignar todos los pagos por servicios prestados. Entiendo que soy responsable de todos los copagos, importes aplicados a los deducibles y otros importes que las fuentes del pagador puedan considerar mi responsabilidad, de acuerdo con el contrato de mi plan de seguros y las normas estatales. Es mi responsabilidad obtener toda la información de mi plan de salud acerca de la cobertura de servicios y, si busco atención fuera del contrato, soy responsable de todos los gastos en los que se haya incurrido. Entiendo que mi información también se puede usar por necesidades operativas según se describe en el Aviso de prácticas de privacidad.

**Consentimiento para el Aviso de prácticas de privacidad:** Acepto que durante el proceso de inscripción tuve oportunidad de leer el Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que estos términos pueden cambiar y que puedo solicitar una copia de estas prácticas por teléfono o por escrito en cualquier momento. Entiendo que tengo derecho a saber cómo se usa mi información y también a restringir cómo se comparte. LLCHC no tiene obligación de aceptar mis restricciones, pero si se llega a un acuerdo, LLCHC está sujeto al acuerdo.

Lower Lights Christian Health Center forma parte de un convenio de atención médica organizado que incluye participantes en OCHIN. Hay una lista actualizada de participantes de OCHIN disponible en [www.OCHIN.org](http://www.OCHIN.org). Como socio comercial de Lower

Lights Christian Health Center, OCHIN proporciona tecnología de la información y servicios relacionados a Lower Lights Christian Health Center y a otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de prácticas recomendadas y tener acceso a beneficios clínicos que pueden surgir como consecuencia del uso de sistemas de expedientes médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar de manera colaborativa para mejorar el manejo de las derivaciones internas y externas de los pacientes. Lower Lights Christian Health Center puede compartir su información de salud con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario a los fines de la operación de la atención médica del convenio de atención médica organizado.

**Entiendo que LLCHC puede rehusarse a prestarme servicios si no acepto estas condiciones. Puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento, pero LLCHC puede, en ese caso, rehusarse a prestarme servicios. Si elijo revocar este consentimiento, solo entrará en vigor una vez que LLCHC lo reciba por escrito.**

Paciente/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Relación (si no es el paciente) \_\_\_\_\_

El paciente no puede firmar por \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DEL  
CONSENTIMIENTO:**

**Por el presente documento, revoco el consentimiento otorgado  
anteriormente.**

Paciente/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Relación (si no es el paciente) \_\_\_\_\_

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

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: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



# Lower Lights

Christian Health Center

## 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** (*encierra en círculo*):  Casado  Soltero  Divorciado  Pareja  Separado  Viudo  Otro

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

### Situación laboral (*encierra 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: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**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



Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**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.)*

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Lower Lights

Christian Health Center

## 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 _____	Si <i>Yes</i>	No <i>No</i>	Bebidas a la semana: _____ <i>drinks per week</i>	Tipo de bebida: _____ <i>Type</i>
Cafeína _____	Si <i>Yes</i>	No <i>No</i>	Cantidad por día: _____ <i>Cups Per Day:</i>	Tipo de bebida: _____ <i>Type:</i>
Drogas ilegales _____	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 Rubeola _____
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 \_\_\_\_\_