



Lower Lights Health es un Centro de Salud Calificado a Nivel Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC) y estamos obligados a realizar un seguimiento y reportar los datos demográficos de nuestra base de pacientes. Toda la información se mantiene estrictamente confidencial, así que complete esta página en su totalidad. ¡Gracias!

## Información demográfica del paciente

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |                               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         | <input type="text"/>          |  |
| Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         | Nombre                        |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>    | <input type="text"/>          |  |
| Fecha de nacimiento                                                                                                                                                                                                                                                                         | Número de Seguro Social | Correo electrónico            |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         | <input type="text"/>          |  |
| Dirección                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         | Ciudad, estado, código postal |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>    | <input type="text"/>          |  |
| Condado                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Teléfono particular     | Teléfono celular/del trabajo  |  |
| <b>Legal Sex:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario                                                                                                                                                                  |                         |                               |  |
| <b>Gender Identity:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Género fluido <input type="checkbox"/> Transgénero-M <input type="checkbox"/> Transgénero-M <input type="checkbox"/> Género queer |                         |                               |  |
| <b>Sex Assigned at Birth:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersexual                                                                                                                                                     |                         |                               |  |
| <b>Sexual Orientation:</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Asexual                                                           |                         |                               |  |
| <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Eijo no revelar                                                                                                                                                                            |                         |                               |  |
| <b>Marital Status:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado                                                                                                |                         |                               |  |

## Información adicional

**Situación laboral:** ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Niño(a) ☐ Estudiante ☐ Empleado independiente ☐ Jubilado

|                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                            |  | <input type="text"/>                                                                                                                                                                              |  |
| Idioma hablado                                                                                                                                                                                                                                  |  | Idioma escrito                                                                                                                                                                                    |  |
| <b>Necesidad de intérprete:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                         |  | <b>Sin hogar:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Transicional                                                                                   |  |
| <b>Trabajador migrante:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                             |  | <b>Trabajador estacional:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                             |  |
| <b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Nativo americano                  |  | <input type="checkbox"/> Medio Oriente/Norte de África <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro grupo origen asiático <input type="checkbox"/> Otro: _____ |  |
| <b>Ethnicity:</b> <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano o chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> No hispano(a)/latino(a)                                                                               |  | <input type="checkbox"/> Hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Puertorriqueño                                                                                                        |  |
| <b>Condición de veterano/militar:</b> <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Servicio inactivo <input type="checkbox"/> Reservista <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Sin experiencia previa |  |                                                                                                                                                                                                   |  |

## Información sobre tutor Legal (para niños menores de 18 años)

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Apellido             | Número de teléfono   |

## Contacto de emergencia

|                      |                                                                             |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                        |
| Apellido             | Nombre                                                                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                        |
| Fecha de nacimiento  | Número de teléfono                                                          |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                        |
| Firma del paciente   | Relación con el paciente                                                    |
|                      | Autorización de comunicación conforme a HIPAA/Persona autorizada designada: |
|                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                     |



Nombre Apellido

DD/MM/AAAA

No deseo solicitar Asistencia Financiera.

☐

Dirección

Deseo solicitar Medicaid y/o el descuento según la escala móvil.

☐

Teléfono particular

Teléfono celular/del trabajo

Para mantener nuestro financiamiento, estamos obligados a recopilar la siguiente información. Esto NO lo afecta a usted ni a los miembros de su hogar de ninguna manera si no está solicitando asistencia financiera.

Ingreso mensual del hogar : \$ \_\_\_\_\_

Promedio de horas trabajadas por semana: \_\_\_\_\_

Tamaño de la familia (número de personas en el hogar): \_\_\_\_\_

| Miembros del hogar (coloquea todos los que viven en el hogar que son financieramente dependientes de usted) | Parentesco del miembro del hogar   | Fecha de nacimiento |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------|
|                                                                                                             | Yo                                 |                     |
|                                                                                                             | Esposa/o Pareja Padres Hija/o Otro |                     |
|                                                                                                             | Esposa/o Pareja Padres Hija/o Otro |                     |
|                                                                                                             | Esposa/o Pareja Padres Hija/o Otro |                     |
|                                                                                                             | Esposa/o Pareja Padres Hija/o Otro |                     |
|                                                                                                             | Esposa/o Pareja Padres Hija/o Otro |                     |
|                                                                                                             | Esposa/o Pareja Padres Hija/o Otro |                     |
|                                                                                                             | Esposa/o Pareja Padres Hija/o Otro |                     |
|                                                                                                             | Esposa/o Pareja Padres Hija/o Otro |                     |
|                                                                                                             | Esposa/o Pareja Padres Hija/o Otro |                     |

Vive en Ohio: Sí / No

Ciudadano estadounidense: Sí / No

Embarazada: Sí (Fecha de parto: \_\_\_\_\_) No No aplica

*Al firmar, entiendo y acepto lo siguiente:*

- Lower Lights Health puede utilizar esta información para determinar mi nivel de pobreza.
- Debo notificar a Lower Lights Health cualquier cambio en los ingresos, en el tamaño de mi hogar o en el estado del seguro.
- Si solicito un descuento según la escala móvil, debo realizar el pago al momento del servicio.
- Doy fe de que toda la información proporcionada es veraz y precisa a mi leal saber y entender.

Firma

Fecha



**Cobertura del  
paciente:**

- ☐ Medicaid  
☐ Medicare  
☐ Seguro Comercial  
☐ Sin cobertura

- ☐ Ingresos verificados  
☐ Sin ingresos verificados

\_\_\_\_\_  
Initials

| <i>Determinación financiera:</i> | <input type="checkbox"/> Nivel 1 | <input type="checkbox"/> Nivel 2 | <input type="checkbox"/> Nivel 3 | <input type="checkbox"/> Más del 200 % del nivel de pobreza |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Médico/Optometría:               | \$25                             | \$35                             | \$55                             | \$80                                                        |
| Salud mental/Nutrición:          | \$15                             | \$20                             | \$25                             | \$45                                                        |
| Dental:                          | \$40                             | \$60                             | \$80                             | \$95                                                        |
| Prenatal/Obstetricia:            | \$15                             | \$20                             | \$25                             | \$30                                                        |
| Depo-Provera:                    | \$10                             | \$15                             | \$20                             | \$30                                                        |
| DIU-Liletta:                     | \$50                             | \$70                             | \$90                             | N/A                                                         |
| Farmacia:                        | \$10                             | \$15                             | \$20                             | Precio de venta al público                                  |

**Fechas de vigencia:** \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Adjunta comprobante de ingresos:** ☐ Sí ☐ No

Si no lo adjunta, explique el motivo.

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

**Completado por:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



# Sin verificación de ingresos

Yo, (su nombre en letra clara) \_\_\_\_\_,  
declaro que actualmente estoy desempleado y que mi hogar  
no recibe ingresos de ninguna fuente, incluyendo:

- Seguro de desempleo
- Discapacidad
- Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)
- Pensión
- Otros ingresos familiares/del hogar

Acepto que, si mi situación de ingresos cambia de cualquier forma, notificaré a Lower Lights Health de inmediato, momento en el que deberé completar una nueva solicitud de descuento según la escala móvil y proporcionar evidencia de los ingresos de mi hogar.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente:

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

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado:

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

\_\_\_\_\_  
Cargo:

Fecha

Nombre

Fecha de nacimiento

Altura

Peso

Teléfono particular

Teléfono celular/del trabajo

Medicamentos actuales (frecuencia/días)

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes afecciones? Encierre con un círculo "Sí" o "No"; déjelo en blanco si no está seguro.

|                                              |       |                                         |       |                                           |       |
|----------------------------------------------|-------|-----------------------------------------|-------|-------------------------------------------|-------|
| <b>SIDA o VIH</b>                            | Sí/No | <b>Diabetes</b>                         | Sí/No | <b>Enfermedad inflamatoria intestinal</b> | Sí/No |
| <b>Anemia</b>                                | Sí/No | <b>Agrandamiento de la próstata</b>     | Sí/No | <b>Síndrome del intestino irritable</b>   | Sí/No |
| <b>Angina de pecho</b>                       | Sí/No | <b>Epilepsia</b>                        | Sí/No | <b>Enfermedad renal</b>                   | Sí/No |
| <b>Fibrilación auricular</b>                 | Sí/No | <b>Enfermedad de la vesícula biliar</b> | Sí/No | <b>Migrañas</b>                           | Sí/No |
| <b>Asma</b>                                  | Sí/No | <b>Enfermedad cardíaca</b>              | Sí/No | <b>Neumonía</b>                           | Sí/No |
| <b>Coágulos sanguíneos</b>                   | Sí/No | <b>Ataque al corazón</b>                | Sí/No | <b>Poliomielitis</b>                      | Sí/No |
| <b>Enfermedad de Crohn</b>                   | Sí/No | <b>Hepatitis Tipo:</b>                  | Sí/No | <b>Fiebre reumática</b>                   | Sí/No |
| <b>Enfermedad de las arterias coronarias</b> | Sí/No | <b>Presión arterial alta</b>            | Sí/No | <b>Accidente cerebrovascula</b>           | Sí/No |
| <b>EPOC</b>                                  | Sí/No | <b>Colesterol alto</b>                  | Sí/No | <b>Enfermedad tiroidea</b>                | Sí/No |
| <b>Cáncer Tipo:</b>                          | Sí/No | <b>Otro:</b>                            |       |                                           |       |

Enumere cualquier otro problema de salud que haya tenido

Antecedentes quirúrgicos:



¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes cirugías? Indique el año en que se la realizaron o deje el espacio en blanco si no aplica.

| Procedimiento                 | Año | Procedimiento        | Año | Procedimiento              | Año |
|-------------------------------|-----|----------------------|-----|----------------------------|-----|
| Apendicectomía                |     | Bypass gástrico      |     | Mastectomía                |     |
| Angioplastia                  |     | Reparación de hernia |     | Cirugía de vesícula biliar |     |
| Stent cardíaco                |     | Reemplazo de cadera  |     | Extirpación de ovarios     |     |
| Artroscopia de rodilla        |     | Reemplazo de rodilla |     | Cirugía de mama            |     |
| Cirugía de espalda            |     | LASIK                |     | Resección intestinal       |     |
| Transfusión de sangre         |     | Biopsia de hígado    |     | Ligadura de trompas        |     |
| Liberación del túnel carpiano |     | Marcapasos           |     | Cirugía de fibromas        |     |
| Bypass coronario              |     | Cirugía de tiroides  |     | RAFI                       |     |
| Extracción de cataratas       |     | Amigdalectomía       |     | Colostomía                 |     |
| Colectomía                    |     | Cesárea              |     | Otro                       |     |
| Legrado uterino               |     | Histerectomía        |     |                            |     |

Hospitalizaciones: si ha tenido al menos una noche de internación, indique el año, la enfermedad o la operación (no incluya embarazos sin complicaciones).

---

---

## Antecedentes familiares:

Debe completarlo el paciente. Escriba con letra de imprenta.

¿Algún pariente consanguíneo ha tenido alguna de las siguientes afecciones? (Encierre en un círculo "Sí" o "No"; déjelo en blanco si no está seguro)

| Enfermedad                                   | Parentesco | Enfermedad                     | Parentesco |
|----------------------------------------------|------------|--------------------------------|------------|
| Trastorno por déficit de atención (TDA/TDAH) |            | Intestino irritable            |            |
| Abuso del alcohol                            |            | Dificultad de aprendizaje      |            |
| Alergias                                     |            | Enfermedad vascular periférica |            |
| Alzheimer                                    |            | Enfermedad renal               |            |
| Trastorno sanguíneo                          |            | Migrañas                       |            |
| Depresión                                    |            | Enfermedad mental              |            |
| Demencia                                     |            | Obesidad                       |            |
| Eccema                                       |            | Osteoporosis                   |            |
| Colesterol alto                              |            | Epilepsia                      |            |
| Hipertensión                                 |            | Trastorno tiroideo             |            |
| Retraso en el desarrollo                     |            | Enfermedad genética            |            |
| Cáncer (mencione tipo y parentesco)          |            |                                |            |

Para las siguientes enfermedades, indique el parentesco y la edad de inicio, o si fue la causa de muerte:

| Enfermedad                            | Edad | Parentesco | Causa de muerte |
|---------------------------------------|------|------------|-----------------|
| Diabetes                              |      |            | Sí/No           |
| Accidente cerebrovascular             |      |            | Sí/No           |
| Ataque al corazón                     |      |            | Sí/No           |
| Enfermedad de las arterias coronarias |      |            | Sí/No           |

**Antecedentes sociales:**

|               |       |                  |  |                 |  |
|---------------|-------|------------------|--|-----------------|--|
| Tabaco        | Sí/No | Paquetes por día |  | Packs per year: |  |
| Alcohol       | Sí/No | Vasos por semana |  | Tipo:           |  |
| Caffine       | Sí/No | Tazas al día     |  | Tipo:           |  |
| Illegal Drugs | Sí/No | Tipos:           |  |                 |  |

**Vacunas. La última vez que se realizó o recibió lo siguiente (anote el año):**

| Vacuna o Prueba:                 | Año | Vacuna o Prueba:                    | Year | Vacuna o Prueba:           | Year |
|----------------------------------|-----|-------------------------------------|------|----------------------------|------|
| Vacuna contra la gripe           |     | Vacuna contra el tétanos            |      | Vacuna contra la hepatitis |      |
| Vacuna contra la neumonía        |     | Prueba de detección de tuberculosis |      | Vacuna contra la rubéola   |      |
| Prueba de sangre oculta en heces |     | Mamografía                          |      | Colonoscopia               |      |
| Examen oftalmológico             |     | Papanicolaou                        |      |                            |      |

**Solo para mujeres:**

|                                  |       |                                  |  |
|----------------------------------|-------|----------------------------------|--|
| Edad de la primera menstruación: |       | Fecha de la última menstruación: |  |
| Uso de métodos anticonceptivos:  | Sí/No | Tipo:                            |  |
| Número de embarazos:             |       | Número de nacidos vivos:         |  |
| Número de embarazos a término:   |       | Número de abortos:               |  |
| Número de embarazos prematuros:  |       | Número de abortos espontáneos:   |  |