



Nombre del Paciente: (imprima)

Primer (Completo) Segundo nombre Apellido

Dirección:

Numero de Calle Nombre de Calle Número de Apartamento Ciudad Condado Estado/ Código Postal

Número de Teléfono: Fecha de Nacimiento: Edad: Número de Seguro Social:

Sexo: Hombre Mujer Deseo no contestar Transgénero (Hombre a Mujer) Transgénero (Mujer a Hombre) Otro
Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual/Lesbiana Bisexual Deseo no contestar Algo mas/Otro Desconozco

Número de miembros de familia inmediata, incluyéndolo a usted, que usted sea financieramente responsable:

Ha vivido en un refugio, en las calles, o estado sin hogar en el último año? Si No
Está viviendo con alguien, pero prefiere vivir solo? Si No

¿Tiene preguntas o le gustaría solicitar seguro médico por el estado, mercado de seguros o Cuotas de alimentos? Si No

VIVIENDA ACTUAL
Refugio Transición
Apartamento Casa
En la Calle Asistencia de Vivienda /Titulo 8
Viviendo con alguien pero prefiere vivir solo

SEGURO MEDICO
Medicaid Medicare
Seguro VA Ninguno
Seguro Privado

ESTADO CIVIL
Casado Soltero
Divorciado Menor de edad
Separado
Viudo/ Viuda

Table with 3 columns: RAZA, NO-HISPANO/LATINO, HISPANO/LATINO. Rows include Americano, Negro/Afroamericano, Asiático, Islas del Pacífico, Hawaiano, Indio Americano, Más de una raza, Otro, No quiero responder.

ESTADO DE EMPLEO
Tiempo Completo Dependiente
Medio Tiempo De Temporada/Temporario
Trabajador Independiente Jubilado/Retirado
Desempleado Discapacitado
Servicio Militar / Historia de Servicio Militar/Veterano

IDIOMA PREFERIDO (Por favor marque uno)
Inglés Español
Hmong Otro:

ESTADO DE INGRESO ACTUAL (por favor [X] Si o No)

Usted o sus familiares reciben lo siguiente? Si es así, escriba la cantidad y con qué frecuencia la recibe.

Table with 5 columns: Item, Si, No, Horas Salario x O cantidad antes de impuestos, Semanal, Quincena, Mensual, Anualmente. Rows include Salario de Nomina, Trabajo por cuenta propia, Ayuda para niños dependiente, etc.

Capacidad de pago: Ingreso Anual:

DECLARACION DE CERTIFICACION

Yo certifico que la información que le di es verdadera y ha sido completado lo mejor posible con respecto a mi conocimiento. Por este medio autorizo la entrega de cualquier información médica o financiera a (o por) la N.E.W Clínica de la Comunidad, Ltd. Necesario para la verificación de los servicios y la coordinación de mi cuidado bajo la atención en sus programas.

X Firma de Autorización Fecha



CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

En las últimas 2 semanas que tan seguido le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

(usa "☒" para indicar su respuesta)

	Nunca (0)	Varios Días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi Diario (3)
Ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido desanimado (a),deprimido(a), o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si su respuesta a las dos preguntas anteriores se iguala a 3 o más por favor continúe respondiendo a todas las preguntas debajo!!!				
Ha tenido problemas para dormir o mantenerse dormido(a) o con dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido poco apetito o ha comido demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido mal acerca de usted mismo, o piensa que usted es un perdedor, o que ha fracasado con usted mismo o con su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido dificultad para concentrarse como ver la televisión, o leer el periódico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha movido o hablado tan lento que otras personas lo han notado, O lo contrario: ha estado tan inquieto y moviéndose más de lo usual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido pensamientos que sería mejor estar muerto o de hacerse daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si marco alguno de los problemas de este cuestionario cuán difícil se la ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas				
Por favor ☒ una : <input type="checkbox"/> No se me hizo difícil <input type="checkbox"/> Algo Difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Extremadamente Difícil				

Puntación: _____

CAGE CUESTIONARIO-

Incluya el consumo de alcohol, el uso de drogas ilegales, y el uso de drogas recetadas que no son para usted.

	SI	NO
Ha sentido alguna vez que debería de reducir su consume de alcohol o de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le molesta cuando las personas le critican por su consume de alcohol o de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su consume de alcohol o de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tomado alcohol o usado drogas a primera hora de la mañana para calmar los nervios o para quitarse la cruda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FUNCIONAMIENTO SOCIAL

	SI	NO
Arreglos de vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vive con su esposo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vive con su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vives con su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vive en albergue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vive Solo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vive con amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>