

# Bienvenido to Health Service Alliance

Para ayudarnos a darle la mejor atención, en Health Service Alliance (HSA) necesitamos conocerlo. Tenemos cuatro partes en este formulario de admisión: **Sección 1** por favor, cuéntenos sobre usted; **Sección 2** por favor díganos su (s) razón (es) para buscar ayuda; **Sección 3** por favor cuéntenos sobre sus inquietudes y fortalezas; y **Sección 4** por favor cuéntenos sobre su historial de salud.

Si no entiendes una pregunta o necesitas ayuda para llenar este formulario, por favor, pídanos ayuda.

## SECCION 1: Por Favor, Cuéntenos Sobre Usted

### 1.A. Por favor, díganos cómo ponerse en contacto con usted:

Apellido	Primer Nombre	Nombre Preferido	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Señora <input type="checkbox"/> Sra. Prefijo preferido
Dirección			
Ciudad	Estado	Codigo Postal	Lllamar   Mensaje de Voz   Texto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dirección de correo electrónico			
/ /	- -		
Fecha de nacimiento	Edad	Seguro Social	Telefono de Casa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Telefono de Trabajo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### 1.B. Por favor, cuéntenos sobre su género:

Tenga en cuenta que mientras HSA reconoce la existencia de múltiples identidades de género, desafortunadamente los seguros y otras entidades jurídicas no lo hacen. Tenga en cuenta que el nombre y el sexo que aparecen en su tarjeta de seguro deben usarse en cualquier papeleo relacionado con el seguro, la facturación y la correspondencia. Si su nombre preferido, pronombre o prefijo (p. ej., Sr., Sra., etc.) es diferente de lo que aparece en su tarjeta de seguro, por favor déjenos saber.

Se autoidentifican como:    Heterosexual    Lesbianas/Gays    Bisexuales    Inseguro    Otro: \_\_\_\_\_

---

	Masculino	Mujer	Intersexualidad	Transgénero	Fluido/GNC	Otro
Cuál es su género?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Cuál es su sexo legal actual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Cuál fue tu sexo al nacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

---

Cuál es tu pronombre preferido?    él    Ella    Ellos    Otro \_\_\_\_\_

### 1.C. Por favor, cuéntenos sobre su estado de relación actual:

Soltero    Casado    Asociado    Separados    Divorciado    Viuda    Otro: \_\_\_\_\_

### 1.D. Por favor, cuéntenos sobre su antecedentes raciales: (Por favor marque todas las que correspondan)

Hispanos/Latinos   *(e.g., Mexicano-Americano, Latinoamericano, Centroamericano, Sudamericano, Hispano-Amer., etc.)*  
 Asiático   *(e.g., Filipino, Japonés, Camboyano, Chino, Coreano, Taiwanés, Sudeste Asiático/Indio, etc.)*  
 Islas del Pacífico   *(e.g., Nativo Hawaiano, Guamanian, Samoano, Tongano, etc.)*  
 Indio Americano/Nativo de Alaska    Negro/Afro Americano    Blanco/Caucásico

### 1.E. Por favor, díganos qué idioma (s) se siente más cómodo con:

	Inglés	Español	Cantonés	Mandarín	Tagalo	Vietnamita	Otro: _____
Hablando:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lectura:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escritura:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# HSA Intake Form

**1.O. Por favor, cuéntenos sobre su seguro médico:**

No tengo seguro

Nombre del seguro \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre del seguro \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

**1.P. Por favor, díganos cómo se toman sus decisiones médicas:**

Soy un adulto (18 años o más) y:

- Hago mis propias decisiones.
- Hago mis propias decisiones y tengo una forma escrita que dice quién puede tomar mis decisiones si no puede; Tengo una copia o llevaré una copia de este formulario.
- Soy capaz de tomar decisiones, pero permito que mi familia ayude con las decisiones:  
Nombre: \_\_\_\_\_
- No puedo tomar decisiones y el Tribunal ha nombrado a alguien para tomar mis decisiones:  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Numero de Telefono: \_\_\_\_\_
- El creador de decisiones se desconoce en este momento.

Soy un niño (17 años o menos) y:

Soy capaz de tomar mis propias decisiones porque:

- Tengo una orden judicial y/o identificación de California que indica que estoy emancipado y proporcionaré una copia de este pedido o identificación.
- Tengo 15 años o más, no vivo con mi familia, y proveer para mis propias necesidades (auto-suficiente menor).
- Soy militar activo
- Estoy casado o he estado casado
- Tengo 12 años o más y busco tratamiento para uno o más de los siguientes:
  - La atención o terminación del embarazo
  - Las enfermedades transmisibles
  - Agresión sexual/violación
  - Salud mental
  - Abuso de drogas/alcohol

No puedo tomar decisiones. Una de las siguientes personas toma mis decisiones:

- Padre (si divorciado debe proporcionar orden de custodia)
- Tutor, padre adoptivo o trabajador social del Condado (debe tener una copia de la orden judicial).  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

## SECCION 2: Por favor, díganos su (s) razón (es) para buscar ayuda

**2.A. Qué te hizo venir a HSA en busca de ayuda hoy?**

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

**2.B.Cuál es su objetivo para la atención?**

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

## HSA Intake Form

### 2.C. Cómo aprendiste sobre HSA?

- Evento Comunitario    Paper/Magazine    Radio/TV  
 Internet    Amigo/Pariente    Otro \_\_\_\_\_

Referido, por favor díganos quién le refirió: \_\_\_\_\_

Apellido

Primer Nombre

Numero de Telefono

Relación con usted

## SECCION 3: Por favor, cuéntenos sobre sus inquietudes y fortalezas

### 3.A. Necesidades básicas: en el último año, usted o algún miembro de su familia con el que vive no ha podido obtener cualquiera de los siguientes cuando realmente fue necesario? (Marque todas las que correspondan)

- Víveres    Utilidades    Telefono    Vivienda  
 Ropa    Guardería    Medicina o asistencia sanitaria (e.g., dental, salud mental, visión, etc.)  
 Otro: \_\_\_\_\_  Elijo no contestar

### 3.B. Apoyo: Con qué frecuencia cada semana ves o hablas con personas que te preocupan y te sientes cerca? (e.g., hablando con amigos por teléfono, visitando amigos/familia, ir a las reuniones de la iglesia/Club, etc.)

- Menos de una vez/semana    1-2 veces/semana    3-4 veces/semana    5+ veces/semana    Elijo no contestar

### 3.C. Estrés: El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está preocupada. Cuán estresado estás?

- De nada    Un poco    Algo    Un rato largo    Mucho    Elijo no contestar

### 3.D. Transporte: La falta de transporte lo mantuvo alejado del trabajo, reuniones, citas médicas o artículos necesarios para la vida cotidiana?

- No  
 Sí, me ha alejado de las citas médicas o de recibir mis medicamentos  
 Sí, me ha mantenido alejado de reuniones no médicas, trabajo, citas, o conseguir cosas que necesito

### 3.E. Salud mental: Has tenido tratamiento de salud mental antes de?   Sí   No

Si "Sí" por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Alguna vez ha experimentado alguno de los siguientes?

- Estado de ánimo deprimido/ansioso, tristeza/llanto la mayor parte del día, casi todos los días?    Sí    No  
Menos interés o placer en todas, o casi todas, actividades la mayor parte del día, casi todos los días?    Sí    No  
Un cambio en los patrones de sueño?    Sí    No  
Pensamientos/intentos de herir o matarme a mí mismo o a otros?    Sí    No  
Has oído o visto cosas que otras personas no escuchan o ven?    Sí    No

Si marcó "sí" a cualquiera de estos, ¿Cuándo sucedió y qué, en todo caso, hizo al respecto? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apellido, Nombre

## HSA Intake Form

**3.F. Seguridad: Se siente físicamente y emocionalmente seguro donde vive actualmente?**  
 Sí     No     Seguro  Elijo no contestar

**3.G. Abuso: en el último año has tenido miedo de tu pareja o ex pareja?**  
 Sí     No     Seguro     No he tenido un socio en el último año  Elijo no contestar

**3.H. Qué miras como tus fortalezas en este momento de la vida?** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Por favor, comparta cualquier estresores serios o problemas en su historia que pueden ser parte de sus inquietudes hoy:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### SECCION 4: Por favor, cuéntenos sobre su historial de salud

<b>4.A. Por favor, díganos si ha experimentado o le han dicho que tiene alguno de los siguientes:</b>		
Anemia o ictericia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Frecuentes infecciones/Forúnos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Paperas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cambios de apetito/peso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza/migrañas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Entumecimiento/hormigueo/hinchazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis/reumatismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas auditivos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor crónico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Déficit de atención <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Neumonía o pleuresía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Autismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemorroides/sangrado rectal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Polio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de espalda/bursitis, ciática, dolor articular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mala nutrición/hábitos alimenticios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sangrado inusual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol alto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad ósea/articular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta/baja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexualmente activo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de intestino/micción <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bulto en el seno/descarga <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urticaria o eczema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Falta de aliento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Huesos rotos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gripe <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas cutáneos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El uso de cafeína <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lesiones relacionadas con el trabajo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultades para dormir <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer/tumores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Habilidades mentales lentas/retrasadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor torácico/palpitaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Laceraciones/cortes extensos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Los esguinces o dislocaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Varicela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amenaza de vida o enfermedad terminal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de estómago/acidez estomacal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Contusión/lesión en la cabeza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estreñimiento/diarrea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de conciencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Transfusiones de sangre o plasma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tos durante más de 30 días <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de visión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

\_\_\_\_\_ Apellido, Nombre \_\_\_\_\_

## HSA Intake Form

<b>4.A. ( Continuó )</b>		
Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sarampión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La tos ferina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Coughs/resfriados frecuentes/dolores de garganta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Meningitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Por favor, díganos más si marcó "sí" para cualquier enfermedad o problema de salud anterior:</b>		

**4.B. Si ha tenido alguno de los siguientes tratamientos, por favor díganos la fecha (s) más reciente:**

Vacuna contra la hepatitis A: ___/___/___	Refuerzo del tétanos: ___/___/___	Prueba del HIV: ___/___/___
Vacuna contra la hepatitis B: ___/___/___	Prueba de sífilis-RPR: ___/___/___	Colonoscopia: ___/___/___
Vacuna contra la neumonía: ___/___/___	Examen ocular: ___/___/___	Pneumovax: ___/___/___
Vacuna contra la gripe: ___/___/___	Examen Dental: ___/___/___	PSA: ___/___/___
Vacuna contra la varicela: ___/___/___	Mamografía: ___/___/___	Papanicolau: ___/___/___
Vacuna contra la poliomielitis: ___/___/___	Vacuna contra el VPH: ___/___/___	
Prueba cutánea de la tuberculosis: ___/___/___		
Difteria, tos ferina, tétanos (DPT): ___/___/___	Sarampión, paperas, rubéola (MMR): ___/___/___	

**4.C. Por favor, cuéntenos acerca de su uso de sustancias ahora y en el pasado:**

**Utilizas actualmente tabaco en cualquier forma?**  Sí  No  
 Si "sí" Qué tipo (s)?  Cigarrillos  Cigarros/pipas  Cigarrillos electrónicos/Vapos  Smokeless/Chew  
 Con qué frecuencia cada día? \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo ha usado el tabaco? \_\_\_\_\_

**Ha utilizado anteriormente tabaco?**  Sí  No  
 Si "sí" con qué frecuencia cada día? \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo utilizaste? \_\_\_\_\_ Cuándo dejaste? \_\_\_\_\_

---

**Actualmente bebes alcohol?**  Sí  No  
 Si "sí" con qué frecuencia cada semana? \_\_\_\_\_

**Ha utilizado previamente alcohol?**  Sí  No  
 Si "sí" con qué frecuencia cada semana? \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo utilizaste? \_\_\_\_\_ Cuándo dejaste? \_\_\_\_\_

---

**Utilizas actualmente marihuana en cualquier forma?**  Sí  No  
 Si "sí" con qué frecuencia cada semana? \_\_\_\_\_

**Has usado anteriormente marihuana?**  Sí  No  
 Si "sí" con qué frecuencia cada semana? \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo utilizaste? \_\_\_\_\_ Cuándo dejaste? \_\_\_\_\_

---

**Utilizas actualmente otras sustancias?**  Sí  No  
 Si "sí" ¿Qué tipos y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**Ha utilizado otras sustancias en el pasado?**  Sí  No  
 Si "sí" Qué tipos, Cuándo y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**Hay algo más que debemos saber?** \_\_\_\_\_

**4.D. Por favor, díganos si es alérgico a alguno de los siguientes:**

<input type="checkbox"/> Antibióticos/Mycins	<input type="checkbox"/> Aspirina/codeína/morfina	<input type="checkbox"/> Cosméticos	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Víveres	<input type="checkbox"/> Látex/cinta	<input type="checkbox"/> Penicilina/sulfa	<input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Tétanos
<input type="checkbox"/> Otro ( <i>Sírvase especificar</i> ): _____			



# HSA Intake Form

## RECONOCIMIENTO

**Por favor, seleccione un elemento a continuación:**

- He llenado este formulario a lo mejor de mi capacidad y no tengo preguntas sobre este formulario.
- He llenado este formulario a lo mejor de mi capacidad, pero necesito ayuda para entender algunas de las palabras o preguntas en este formulario. Voy a seguir con el personal de HSA y/o el médico de tratamiento para obtener mis preguntas respondidas.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si el paciente no puede firmar este formulario o no tomar decisiones propias, por favor escriba su nombre y firme a continuación.**

Nombre de la persona que actúa en nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

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

**El médico tratante debe completar lo siguiente y revisarlo con el representante del paciente/paciente:**

Como médico tratante, he revisado la información proporcionada por el representante del paciente/paciente y he respondido a las preguntas del representante del paciente/paciente. Sobre la base de esta información proporcionada, he discutido el plan inicial y las siguientes recomendaciones con el representante del paciente/paciente.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> El trabajo médico y la gestión                   | <input type="checkbox"/> Evaluación y seguimiento de la salud conductual |
| <input type="checkbox"/> Evaluación del abuso de sustancias y seguimiento | <input type="checkbox"/> Administración de casos                         |
| <input type="checkbox"/> Cuidados paliativos/gestión de síntomas          | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                     |

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

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