



Para ayudarnos a brindarle la mejor atención, en Health Service Alliance (HSA) necesitamos conocerlo y pedirle que complete este formulario lo mejor que pueda. Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor pida ayuda a nuestro personal.

Sr. La Sra. Sra. _____
Apellido Nombre Primer Nombre Nombre Preferido

Dirección postal/ Ciudad / Estado/ de código postal Correo electrónico

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: Hombre Mujer Transgénero Otros: _____

Información de contacto: Casa / Teléfono celular: _____ Otro teléfono: _____
Aceptar texto / correo de voz / correo electrónico: Sí No

Seguridad Social # _____ Marital : Soltero Casados Separados Divorciados Viudos
Separados ____ Otros: _____

Identificación racial/étnica : Hispano/Latino Asiático Isleño del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska
Negro/Afroamericano Blanco/Caucásico Otro: _____

Idioma preferido: Inglés español cantonés Mandarín Tagalog vietnamita Otro: _____

Persona para contactar en caso de una emergencia: Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono#: _____ Correo electrónico: _____

Ingreso mensual total: _____ Número total de personas en su hogar: _____

Seguro de salud: Ninguno; Seguro Primario: _____ Seguro Secundario: _____

Razón para buscar atención: Salud médica conductual Otros: _____

Preferido Farmacia: _____

Hospital preferido/Fecha de la estancia hospital reciente: _____

Historia social- Por favor, marque todas las casillas que se aplican. Si no se siente cómodo respondiendo, vaya a la siguiente sección.

Historial de salud conductual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No; en caso afirmativo ¿Alguna vez ha experimentado/buscado tratamiento para: <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias Los demás: _____	Highest nivel de la escuela que completó: <input type="checkbox"/> Menos de grado 12 Diploma de escuela secundaria / GED <input type="checkbox"/> universidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Certificación profesional <input type="checkbox"/> Otros: _____
Dificultad para abordar las necesidades básicas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> finanzas alimentarias vivienda Transporte <input type="checkbox"/>	Historial de encarcelamiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Actualmente en libertad condicional <input type="checkbox"/> Actualmente en libertad condicional <input type="checkbox"/> Descargado

<input type="checkbox"/> Utilidades <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Discapacidad/Asistencia Necesaria: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Necesita ayuda con las rutinas diarias <input type="checkbox"/> Necesita ayuda con la movilidad Necesita ayuda con la lectura / <input type="checkbox"/> escritura <input type="checkbox"/> Los demás: _____	Empleo: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado Otros: _____ Servicio militar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> dado de alta
Violencia doméstica/víctima de delito: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Preocupaciones de seguridad con el entorno de vida actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Sí No- Me gustaría hablar con el personal de HSA sobre posibles recursos para cualquiera de las inquietudes anteriores.

Acuse de recibo- Por favor, marque la casilla correspondiente:

- He llenado este formulario lo mejor que he podido y no tengo preguntas sobre este formulario, o
- He llenado este formulario lo mejor que he podido, pero necesito ayuda para entender algunas de las palabras o preguntas en este formulario. Seguiré con el personal de la HSA y/o el médico tratante para obtener respuestas a mis preguntas.

Nombre del paciente: Imprimir Nombre: _____ Firma: _____
Fecha: _____

El paciente no puede dar su consentimiento al tratamiento debido a:

El paciente es un adulto, pero carece de capacidad para dar su consentimiento; el consentimiento será firmado por el responsable designado de la toma de decisiones según lo indicado por el paciente, el poder notarial del paciente / instrucciones anticipadas o el curador designado por el tribunal. Se solicitará una copia del poder notarial /instrucciones anticipadas o curatela y se colocará en el registro del paciente.

El paciente es menor de edad y *no* cumple con ninguna de las siguientes categorías legales para hacer su propio consentimiento:

- El paciente no está emancipado por orden judicial
- El paciente no tiene 15 años o más y no puede demostrar autosuficiencia
- El paciente no es militar activo
- El paciente nunca se ha casado
- El paciente no tiene 12 años o más y busca atención para la atención de pregnancy o la interrupción del embarazo, enfermedades ommunicable, sasalto exual / violación, mental health, o drug/aabuso delcohol.

Si el paciente no puede firmar este formulario o no toma sus propias decisiones, escriba el nombre de la persona que actúa en nombre del paciente y firme a continuación.

Nombre de la persona que actúa en nombre del paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: Fecha: _____

Solo para el personal:

1. Si el paciente ha marcado alguna casilla en la historia social, por favor verifique con el paciente si desea speak con el personal sobre los recursos de la comunidad y consulte la gestión de casos según corresponda.
2. Si el paciente no puede dar su consentimiento, por favor pida una copia del documento de poder notarial de atención médica si se completa o una copia de la orden de la corte si el paciente tiene un curador.
3. Si el paciente es menor de edad y puede dar su consentimiento bajo los requisitos legales para la emancipación, por favor solicite una copia de la orden judicial u otra documentación.
4. Si el paciente es menor de edad y puede dar su consentimiento bajo los requisitos legales para la autosuficiencia, por favor haga que el mini complete y firme el formulario para "Menor autosuficiente" (disponible en formularios de HSA o en el Manual de Consentimiento de la Asociación de Hospitales de California).