



**Datos Demográficos de los Pacientes (Spanish)**

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

¿Da su consentimiento para el recordatorio de cita?:    ¿Textos?  Sí  No            ¿Llamadas?  Sí  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Idioma preferido:  Inglés  Español  Otra: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_

¿Cumple con las pautas de ingresos de Grace Clinic que se enumeran a continuación?  Sí  No Inicial: \_\_\_\_\_

¿Le gustaría orar con nuestro equipo de oración después de su visita médica?  Sí  No ¿Preferencia religiosa? \_\_\_\_\_

Si está registrando a un paciente menor de 18 años, complete la siguiente información:

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente:  Madre/Padre  Guardiana  Otras

Dirección del padre/tutor (si es diferente de la del paciente): \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Divulgación de información**

I, \_\_\_\_\_ Por la presente, doy permiso a Grace Clinic para divulgar registros de salud y / o dar información verbal sobre mi salud a todos y cada uno de los proveedores de atención médica de quienes pueda buscar atención o tratamiento adicional que surja de y esté razonablemente relacionado con los servicios proporcionados por Grace Clinic..También doy a todos y cada uno de los proveedores de atención médica de quienes pueda buscar atención o tratamiento adicional y razonablemente relacionados con los servicios proporcionados por Grace Clinic, permiso para obtener copias de los registros de salud y / o para recibir información verbal sobre mi salud. Entiendo que la información divulgada y / u obtenida se utilizará solo con el propósito de brindar atención en Grace Clinic o por otras razones solo después de que se haya firmado una autorización para ese propósito en particular. Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), el padre o tutor es responsable de firmar la liberación.

**Consentimiento para el tratamiento**

Por la presente, doy mi consentimiento para la prestación de atención, diagnóstico y / o tratamiento por parte de Grace Clinics of Ohio, Inc. y por la presente reconozco que dicho consentimiento permanecerá vigente a menos que y hasta que cancele dicho consentimiento por escrito. Por la presente reconozco y confirmo que soy mentalmente capaz de dar mi consentimiento informado para la prestación de la atención, diagnóstico y / o tratamiento y no estoy sujeto a coacción o bajo influencia indebida.

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

**Revisión de los derechos y responsabilidades del paciente**

\_\_\_\_\_ He leído y entiendo los Derechos y responsabilidades del paciente publicados en Grace Clinic Delaware. He tenido la oportunidad de hacer preguntas o solicitar una explicación de un voluntario y / o miembro del personal de Grace Clinic Delaware.

**Revisión de la responsabilidad limitada**

\_\_\_\_\_ He leído y entiendo el aviso de responsabilidad limitada para profesionales voluntarios de atención médica, miembros de la junta, funcionarios, empleados y contratistas independientes de la clínica gratuita publicado en Grace Clinic Delaware. Siendo mentalmente competente y sin coacción o influencia indebida, estoy dando mi consentimiento informado a la inmunidad calificada que se extiende a los proveedores de atención médica de Grace Clinics of Ohio, Inc. que proporcionan diagnóstico, atención o tratamiento siempre y cuando no se reciba o espere una compensación y se proporcione en una clínica gratuita.

**Formulario de consentimiento de telemedicina**

\_\_\_\_\_ He leído y entiendo el Formulario de consentimiento de telemedicina, y autorizo a Grace Clinic a permitirme a mí / al paciente participar en una telemedicina (servicio de video)

**Consentimiento de autorización de fotos**

\_\_\_\_\_ Autorizo a Grace Clinics of Ohio a usar mis fotos/videos para materiales promocionales, anuncios, redes sociales y otras comunicaciones, sin pago. Este permiso se aplica a todos los formatos y mercados, ahora y en el futuro, y continúa indefinidamente a menos que lo revoque por escrito. Entiendo que estos materiales pasarán a ser propiedad de Grace Clinics of Ohio y no serán devueltos. Libero a Grace Clinics of Ohio de toda responsabilidad relacionada con el uso de estos materiales

## Historia Social

**Hogar y Medio Ambiente (Home and Environment)** - ¿Hay fumadores en su casa?  Sí  No

**Uso de sustancias (Substance Use)** ¿Fuma tabaco o alguna vez?  Nunca  Anterior  Actual todos los días  Actual algunos días

¿Cuánto tabaco fuma?  1 paquete/semana  2 paquete/semana  1/4 paquete/día  1/2 paquete/día  1 paquete/día

¿Cuántos años ha fumado tabaco? \_\_\_\_\_

¿Ha consumido usted o alguna vez alguna otra forma de tabaco o nicotina?  Sí  No

¿Alguna vez ha usado cigarrillos electrónicos o vapear?  Nunca  Anterior  Actual

¿Ha consumido o ha consumido tabaco sin humo alguna vez?  Nunca  Anterior  Tabacco  Masticar  Polvo

**¿Cuál es su consumo de alcohol?**  Nunca  Ocasional  Moderada  Pesado **¿Consume drogas ilícitas?**  Sí  No

### **Actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living)**

¿Es capaz de cuidar de sí misma?  Sí  No ¿Tiene dificultad para caminar o subir escaleras?  Sí  No

¿Es ciega o tiene dificultad para ver?  Sí  No ¿Tiene dificultades de transporte?  Sí  No

¿Es sorda o tiene dificultad para oír?  Sí  No

**¿Tiene una directiva anticipada? (Advance Directive)**  Sí  No

¿Cuál es el estado de su código?  Código completo  No resucitar  No intubar  No resucitar / No intubar  Confort

**Modo de vida (Lifestyle)** ¿Se siente estresado  De nada  Un poco  Hasta cierto punto  Mucho

### **Examen de detección de (Grace Clinic Screening)**

¿Tiene ganas de hacerte daño?  Sí  No

¿Se siente amenazada en una relación en tu entorno familiar?  Sí  No

¿Alguna vez se ha hecho daño a propósito?  Sí  No

¿En los últimos 12 meses no ha durado la comida que compró y no tenía suficiente dinero para comprar más?

A menudo cierto  A veces es cierto  Nunca es cierto  No está seguro o se niega a responder

¿En los últimos 12 meses, ¿le ha preocupado que su comida se agote antes de obtener dinero para comprar más?

A menudo cierto  A veces es cierto  Nunca es cierto  No está seguro o se niega a responder

¿Tiene un historial de abuso emocional?  Sí  No ¿Tiene antecedentes de abuso físico?  Sí  No

¿Le preocupa satisfacer necesidades básicas como vivienda, calefacción, etc.?  Sí  No

## Historial Médico Pasado

\_\_ ADP/TDAH

\_\_ SIDA/VIH

\_\_ Reflujo ácido

\_\_ Acné

\_\_ Anemia

\_\_ Trastorno de ansiedad

\_\_ Artritis

\_\_ Articulaciones artificiales

\_\_ Asma

\_\_ Trastorno del espectro autista

\_\_ Enfermedad autoinmune

\_\_ Problemas de vejiga o riñón

\_\_ Coágulos de sangre

\_\_ Trastorno de la sangre

\_\_ Problema de los senos

\_\_ EPOC

\_\_ Cáncer

\_\_ Insuficiencia cardíaca

\_\_ Estreñimiento

\_\_ Enfermedad de las arterias coronarias

\_\_ Depresión

\_\_ Diabetes

\_\_ Diálisis

\_\_ Diverticulosis

\_\_ Visión doble

\_\_ Problemas de oído o audición

\_\_ Eczema

\_\_ Edema

\_\_ Enfisema

\_\_ Endometriosis

\_\_ Fibromialgia

\_\_ Problemas gastrointestinales

\_\_ Got

\_\_ Conmoción cerebral

\_\_ Dolores de cabeza

\_\_ Ataque al corazón

\_\_ Problemas cardíacos

\_\_ Hepatitis

\_\_ Hernia

\_\_ Colesterol alto

\_\_ Historia de las ITS

\_\_ Antecedentes de PAP anormal

\_\_ Hipertensión

\_\_ Hipertiroidismo

\_\_ Hipotiroidismo

\_\_ Enfermedad renal

\_\_ Cálculos renales

\_\_ Úlceras en las piernas o los pies

\_\_ Enfermedad hepática

\_\_ Enfermedad pulmonar

\_\_ Exposición a MRSA

\_\_ Meningitis

\_\_ Enfermedad mental

\_\_ Esclerosis múltiple

\_\_ Problemas musculares u óseos

\_\_ Lesión en el cuello

\_\_ Trastorno neurológico

\_\_ Neuropatía

\_\_ Trasplante de órganos

\_\_ Osteoporosis

\_\_ Marcapasos

\_\_ Enfermedad vascular periférica

\_\_ Convulsiones/Epilepsia

\_\_ Problemas de la piel

\_\_ Apnea del sueño

\_\_ Accidente cerebrovascular

\_\_ Tuberculosis

\_\_ Ulcers