



Formulario de ingreso/admisión

NOMBRE/NRO. DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Programa: _____ Materiales ofrecidos: Manual del beneficiario Procedimiento de queja
 Directorio de proveedores Audiencia Estatal Imparcial

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA	
Fecha de admisión:	Fecha de nacimiento: Edad:
Discapacidad: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Del desarrollo/cognitiva <input type="checkbox"/> De movilidad <input type="checkbox"/> De salud mental <input type="checkbox"/> Dificultad para leer o escribir <input type="checkbox"/> Otra: _____	
Dirección del paciente:	
Nombre del contacto de emergencia:	Vínculo: Teléfono:
Dirección del contacto de emergencia:	
SEGURO MÉDICO	
Seguro: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Plan de Salud de Contra Costa (CCHP) <input type="checkbox"/> Kaiser <input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross Partnership Plan	
INFORMACIÓN FINANCIERA	
Ingreso mensual bruto (a excepción de menores en guarda): \$	Ingresos mensuales adicionales: \$
Total de activos (cuenta corriente, caja de ahorros, acciones, bonos, etc.): \$	Gastos ordenados judicialmente: \$
Número de dependientes:	
INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN Y EMPLEO	
¿Está actualmente matriculado(a) en la escuela o en un programa de capacitación laboral? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detalles:	
Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (<35 horas) <input type="checkbox"/> Tiempo completo (>35 horas) <input type="checkbox"/> Desempleado(a) (busca trabajo) <input type="checkbox"/> Desempleado(a) (no busca trabajo) <input type="checkbox"/> Nunca tuvo empleo en el pasado <input type="checkbox"/> Tuvo empleo en el pasado <input type="checkbox"/> Interesado(a) en una derivación para recibir servicios vocacionales o matriculación escolar Información adicional:	
Si en la actualidad tiene empleo, ¿puede describir el tipo de trabajo/tareas que realiza?	
Si tuvo empleo en el pasado, ¿puede describir el tipo de trabajo/tareas que realizaba?	

¿Está embarazada? No Sí Fecha prevista de parto: _____
 En caso afirmativo, indicar trimestre del embarazo: 1.° 2.° 3.°
 ¿Está recibiendo atención prenatal? No Sí
 ¿Alguna complicación? No Sí Si la respuesta es afirmativa, por favor explique:

Información adicional pertinente (por ejemplo, la atención prenatal que esté recibiendo):

PARA PROGRAMAS PARA LA MUJER DE ATENCIÓN PERINATAL Y CRIANZA DE NIÑOS:

¿Tiene necesidades relacionadas con el cuidado de los niños? No Sí

CUESTIONARIO DE SALUD PARA EL PACIENTE

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO: Se adjunta documentación del último examen físico: Sí No

Se adjunta documentación de la prueba de detección de la tuberculosis: Sí No

Este es un breve cuestionario acerca de su salud. Nos permitirá determinar si reúne los requisitos para participar en nuestro programa. Esta información es confidencial.

Sección 1: Una respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas incluidas en la sección 1 indica la existencia de una afección potencialmente mortal. Se recomienda enfáticamente que considere derivar a la persona a un médico habilitado, solicitándole que le proporcione una autorización médica para participar en un programa. La inscripción en el programa antes de recibir autorización médica queda sujeta a la discreción del programa.

¿Tiene usted problemas de salud o enfermedades graves (como tuberculosis o neumonía activa) que pueda contagiar a otras personas que lo rodean? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

Examen de detección de síntomas de la tuberculosis

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?

1. Tos que dura 3 semanas o más Sí No
2. Tos (expectoración) con sangre Sí No
3. Fiebre o sudoración nocturna Sí No
4. Pérdida de peso de causa desconocida Sí No

NOTA: Si la respuesta a la pregunta 1, es afirmativa y la respuesta a cualquiera de las demás preguntas TAMBIÉN es afirmativa, efectúe una derivación para una evaluación médica urgente, incluida una radiografía de tórax. El/la paciente debe usar una mascarilla y no podrá participar en el programa hasta que se determine que no tiene tuberculosis en estado infeccioso, según una certificación por escrito expedida por un médico profesional.

¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba de detección de la tuberculosis? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

¿Ha tenido alguna vez un accidente cerebrovascular (apoplejía o derrame cerebral)? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

¿Ha tenido alguna vez una lesión en la cabeza que tuvo como consecuencia un período de pérdida del conocimiento? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

¿Ha tenido alguna vez cualquier tipo de ataque convulsivo, delirium tremens o convulsiones? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

¿Ha sentido o sufrido dolores en el pecho? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

Sección 2: Una respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas incluidas en la sección 2 indica la existencia de una afección de salud grave. Si bien puede resultar apropiada la admisión en su programa, debe programarse un Examen médico exhaustivo en el momento de la admisión. La continuidad de la participación en el programa debe quedar a discreción del programa.

¿Ha tenido alguna vez un ataque cardíaco o algún problema relacionado con el corazón? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

¿Toma medicamentos para alguna afección cardíaca? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

¿Ha tenido alguna vez coágulos sanguíneos en las piernas o en otra parte del cuerpo que hayan requerido atención médica? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

¿Ha tenido alguna vez presión arterial alta o hipertensión? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

¿Tiene antecedentes de cáncer? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

¿Tiene antecedentes de alguna otra enfermedad que pueda requerir atención médica frecuente? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

Sección 3: Una respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas incluidas en la sección 3 no necesariamente indica la existencia de una afección de salud grave. No obstante, múltiples respuestas afirmativas pueden ser un motivo de preocupación e indicar un estado de salud deficiente en general. MÚLTIPLES respuestas afirmativas en la sección 3 pueden justificar un Examen médico. Como mínimo, la información recabada en la sección 3 debe estar a disposición del personal para brindar un mejor servicio al paciente.

¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, animales, productos químicos o a cualquier otra sustancia? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

¿Ha tenido alguna vez una úlcera, cálculos biliares, hemorragia interna, o cualquier tipo de inflamación del intestino o el colon? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

¿Le han diagnosticado diabetes alguna vez? En caso afirmativo, por favor indique los detalles, como insulina, medicamentos orales o dieta especial.

No Sí Fecha: Detalles:

¿Le han diagnosticado alguna vez hepatitis de cualquier tipo u otra enfermedad hepática? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

¿Le han dicho alguna vez que tenía problemas de tiroides, o recibió tratamiento, o le dijeron que necesitaba tratamiento, para cualquier otro tipo de enfermedad glandular? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

¿Tiene en la actualidad alguna enfermedad pulmonar como asma, enfisema o bronquitis crónica? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

¿Ha tenido alguna vez cálculos renales o infecciones renales, o ha tenido problemas, o le han dicho que tiene problemas, en los riñones o la vejiga? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Fecha: Detalles:

¿Tiene alguna de las siguientes afecciones? Artritis, problemas de espalda, lesiones óseas, lesiones musculares o lesiones articulares. En caso afirmativo, por favor describa en detalle, incluso cualquier discapacidad o dolor constante.

No Sí Fecha: Detalles:

Por favor, describa las cirugías u hospitalizaciones que ha tenido a causa de enfermedades o lesiones.

Fecha: Detalles:

¿Toma algún medicamento recetado para alguna afección médica/física? En caso afirmativo, sírvase enumerar tipo(s) y dosis.

No Sí Detalles:

¿Toma medicamentos analgésicos de venta sin receta como aspirina, Tylenol o ibuprofeno? En caso afirmativo, enumere los medicamentos y con qué frecuencia los toma.

No Sí Detalles:

¿Toma medicamentos digestivos de venta sin receta como Tums o Maalox? En caso afirmativo, enumere los medicamentos y con qué frecuencia los toma.

No Sí Detalles:

¿Necesita usar anteojos, lentes de contacto o audífonos? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Detalles:

¿Cuándo fue su último examen odontológico?

Fecha: Detalles:

¿Necesita atención odontológica? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Detalles:

¿Usa o necesita usar prótesis dentales u otros aparatos dentales que requieran atención odontológica? En caso afirmativo, por favor describa en detalle.

No Sí Detalles:

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Declaro que, a mi leal saber y entender, la información consignada anteriormente es verdadera y correcta. He revelado toda la información/los antecedentes personales, clínicos y sobre el uso de sustancias de la mejor manera posible y no he ocultado en forma deliberada ninguna información que pudiera prohibirme participar en este programa.

Nombre del Paciente (en letra de imprenta)	Nombre del Paciente (firma)	Fecha:
---	------------------------------------	---------------

RESERVADO PARA USO DEL PERSONAL DEL PROGRAMA:

Nombre del Consejero de Admisión (En letra de imprenta)	Nombre del Consejero de Admisión (Firma)	Fecha:
--	---	---------------

RESERVADO PARA USO DEL MÉDICO:

Certifico que he revisado el examen físico más reciente. SÍ NO

Nombre del Médico (En letra de imprenta)	Nombre del Médico (Firma)	Fecha
---	----------------------------------	--------------