



## **Bienvenido a Outer Cape Health Services**

Agradecemos que nos haya elegido como su proveedor de atención médica.

Este paquete de admisión de pacientes nuevos debe completarse y devolverse antes de que se programe su primera cita. **Complete todos los formularios en tinta negra solo para garantizar la legibilidad al escanear.**

Este paquete incluye:

- 1) **Notice of Privacy Practices (Aviso de prácticas de privacidad):** revise este aviso cuidadosamente.
- 2) **Patient Registration Form (Formulario de registro del paciente):** complete todas las partes de este formulario. Tenga en cuenta que como Centro de salud calificado federalmente, debemos recopilar información demográfica sobre los pacientes a los que atendemos. La información que usted proporciona es confidencial.
- 3) **Health History Questionnaire (Cuestionario de historial de salud):** un resumen de su historial médico, medicamentos, alergias, hábitos de salud e historial de salud familiar. Registre todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre y los suplementos que toma.
- 4) **Treatment, Payment and Data Agreement (Acuerdo de Tratamiento, Pago y Datos; disponible en español):** se debe firmar antes de ver a un médico.
- 5) **Authorization for Request of Protected Health Information (Autorización para solicitar información médica protegida):** Para garantizar la continuidad de la atención, debemos recibir todos los registros médicos de su Proveedor de atención primaria (PCP) anterior. Es su responsabilidad completar este formulario para otorgarnos permiso para solicitar registros de su práctica anterior.

### **Por favor revise las siguientes responsabilidades del paciente:**

- ❖ Seguro: No aceptamos todos los planes de seguro. Si tiene un seguro que no admitimos, usted es responsable del pago en el momento del servicio. Usted puede enviar su recibo a su compañía de seguros para su reembolso, aunque no podemos garantizarle el reembolso que realizará su plan de seguro, si lo hubiera.
- ❖ Aceptamos pagos en efectivo, cheque y tarjeta de crédito.
- ❖ Si tiene un plan de seguro que requiere la asignación de un PCP, es su responsabilidad comunicarse con la compañía de seguros de su nuevo PCP.
- ❖ Copagos: cualquier copago que sea requerido por su compañía de seguros se debe al momento de la visita.
- ❖ Recetas: requerimos un aviso de 48 horas para procesar todas las solicitudes de resurtido de recetas. Si solicita un reabastecimiento un viernes, es posible que no esté disponible hasta el lunes.
- ❖ Las sustancias controladas no se rellenarán en la primera visita.

**Por favor llegue 20 minutos antes de su cita.**

*¡Gracias por elegir Outer Cape Health Services!*



## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

*Your Information. Your Rights. Our Responsibilities*

### HEALTH SERVICES

**Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede usarse y compartirse con otros y cómo puede tener acceso a ella. Por favor revíselo cuidadosamente.**

### NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

#### ***¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?***

Por lo general, usamos su información de salud de las siguientes maneras.

#### **1) para tratarte**

Podemos usar su información de salud y proporcionarla a otras personas que lo están tratando.

**Ejemplo:** *un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

Outer Cape Health Services utiliza un registro médico seguro. El acceso a sus registros médicos y otra información mantenida por Outer Cape Health Services está restringido a los médicos y al personal que necesitan la información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, u otros fines permitidos según se describe en este Aviso.

En algunos casos, los médicos de otras organizaciones de atención médica pueden acceder electrónicamente a su información de salud creada o mantenida por Outer Cape Health Services, a través de una red segura para la transmisión de información de salud, como la Carretera de Información de Salud de Massachusetts ("The Hiway"). Todos estos médicos deben tomar medidas para proteger la confidencialidad de su información.

#### **2) Para dirigir nuestra organización**

Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

**Ejemplo:** *Usamos su información de salud para evaluar la calidad de la atención que brindamos.*

#### **3) Para facturar nuestros servicios**

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y cobrar pagos de planes o entidades de salud, incluidas personas, como miembros de la familia, que son responsables de pagar su atención médica.

**Ejemplo:** *Damos información sobre usted a su compañía de seguros de salud para que pague por nuestros servicios.*

#### ***¿De qué otra manera podemos compartir su información?***

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información. Para más información:

[www.hhs.gov/privacy/hipaa](http://www.hhs.gov/privacy/hipaa)

#### **Ayuda con problemas de salud pública y seguridad.**

Como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con retiros de productos
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos
- Reportar abuso, negligencia o violencia doméstica.

#### **Hacer investigación**

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

#### **Consentir con ley**

Si la ley estatal o federal lo requiere, compartiremos su información. Esto incluye al Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere asegurarse de que cumplamos con las leyes federales de privacidad.

**Ejemplo:** *El Sistema de Información de Vacunación de Massachusetts ("MIIS") es un sistema estatal para realizar un seguimiento de las vacunas que usted y su familia recibieron. El objetivo es garantizar que todos en el estado estén al día con sus vacunas y que los registros estén disponibles cuando los necesite, como cuando un niño ingresa a la escuela, en una emergencia o cuando cambia de proveedor de atención médica. Puede optar por no participar en el programa, pero su información seguirá manteniéndose en la base de datos de MIIS. Optar por no participar solo significa que deberá realizar un seguimiento de los registros de vacunación de su hijo en caso de que cambie de médico o se vacune en otro centro de salud.*

#### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.**

Compartimos información sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

#### **Trabajar con un médico forense o director de funeraria**

Compartimos información cuando una persona muere.

## **Abordar la compensación del trabajador, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Reclamamos de compensación de trabajadores
- Propósitos de aplicación de la ley con un oficial de la ley
- Con organismos de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

## **Respuesta a juicios y acciones legales**

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

## **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción.
- Seguiremos las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y le daremos una copia.
- No compartiremos ni usaremos su información de otra forma que no sea la descrita en este Aviso, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo. Si cambia de opinión en cualquier momento, debe comunicárnoslo por escrito.

## **TUS DERECHOS**

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

### **Obtener una copia electrónica de su expediente médico**

Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo podemos ayudarte a hacerlo. Le proporcionaremos una copia dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo de acuerdo con las leyes estatales y federales.

### **Pídanos que corriamos su historial médico**

Puede pedirnos que corriamos la información sobre usted que cree que es incorrecta. Pregúntanos cómo podemos ayudarte a hacerlo. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días. Si decimos "no", aún tiene derecho a que se anote su desacuerdo en su expediente.

### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (teléfono o teléfono celular) y todas las solicitudes razonables serán aprobadas.

## **Pídanos que limitemos lo que compartimos**

- Puede pedirnos que no compartamos ni usemos cierta información de salud. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud y podemos decir "no" si afectaría su atención.
- Si paga de su bolsillo por su atención médica, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

## **Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que compartimos su información de salud en los últimos 6 años antes de la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Haremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago, operaciones de atención médica y cualquier otra divulgación que nos haya pedido que hagamos. Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si realiza otra dentro de los 12 meses.

## **Obtenga una copia del Aviso de Privacidad**

Puede solicitar una copia impresa de este Aviso, incluso si ha aceptado recibirla electrónicamente.

## **Presente una queja si siente que sus derechos han sido violados**

- Si cree que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con el lugar donde recibió atención o comunicándose con el Oficial de privacidad de Outer Cape Health Services al 508-905-2800.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 200 Independence Avenue, SW, Washington DC 20201, 1-877-696-6775 o [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)
- Outer Cape Health Services no tomará represalias contra usted por presentar una queja.

## **SUS OPCIONES**

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Háganos saber si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos información en las situaciones que se describen a continuación.

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.

- Compartir información en una situación de socorro en casos de desastre

Si no está presente, no puede comunicarse o se encuentra en una situación de emergencia, podemos ejercer nuestro criterio para determinar si divulgamos información a otras personas involucradas en su atención. También podemos compartir información cuando sea necesario para detectar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

Las leyes federales y estatales requieren su autorización específica por escrito para la divulgación de esta información: notas de psicoterapia, según lo definido por las leyes; comunicación con ciertos profesionales de la salud del comportamiento; comunicaciones entre las víctimas de violación doméstica y su(s) consejero(s) de violencia doméstica; y entre las víctimas de agresión sexual y su(s) consejero(s) de agresión sexual; e información relacionada con el tratamiento por abuso de sustancias, pruebas o resultados del VIH; tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y pruebas genéticas. Así como la comercialización y venta de su información.

En el caso de recaudación de fondos, si no desea ser contactado, llame a nuestra Oficina de Desarrollo al 508-905-2800.

## **DERECHO A CAMBIAR LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO**

Podemos cambiar los términos de este Aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible a pedido, en Outer Cape Health Services y en nuestro sitio web. **La fecha de vigencia de este Aviso es el 1 de noviembre de 2018 .**

# Formulario de registro de pacientes



Información del paciente (Escriba claramente en tinta NEGRA únicamente)			
Nombre legal* Ultimo Primero inicial del segundo nombre	Nombre Preferido:		
Sexo legal (marque uno) * Femenino Masculino	Pronombres:		
<p><i>*Si bien Outer Cape Health Services reconoce varios géneros/sexos, muchas compañías de seguros y entidades legales lamentablemente no. Tenga en cuenta que el nombre y el sexo que ha indicado en su seguro deben usarse en los documentos. relacionados con seguros, facturación y correspondencia. Si su nombre y pronombres preferidos son diferentes a estos, háganoslo saber.</i></p>			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____	Seguridad Social #		
Información del contacto			
Dirección de envío	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección (si es diferente a la anterior)	Ciudad	Estado	Código postal
Encierre en un círculo su número de teléfono principal:			
<b>Teléfono de casa</b> (    ) ¿Está bien dejar un mensaje de voz? Sí No	<b>Teléfono móvil</b> (    ) ¿Está bien dejar un mensaje de voz? Sí No	<b>Teléfono del trabajo</b> (    ) ¿Está bien dejar un mensaje de voz? Sí No	<b>preferencia de comunicacion</b> <b>Marque todo lo que corresponda:</b> Correo MyChart Correo electrónico Teléfono <i>Los recordatorios de citas están predeterminados en mensaje de texto. Por favor, compruebe si usted prefieren las llamadas telefónicas.</i>
Dirección de correo electrónico			¿Le gustaría registrarse en MyChart? Sí No
Información demográfica			
<p><i>Esta información es solo para fines demográficos y no afectará su atención. Como centro de salud calificado federalmente, Outer Cape Health debe recopilar información demográfica sobre los pacientes que atendemos. La información que proporciona es confidencial.</i></p>			
<b>Estado civil</b> Casado Pareja <del>casada</del> Soltero Divorciado Otro _____			
<b>Etnicidad</b> Hispano/Latino/Latina No hispano/latino/latina Desconocido	<b>Grupos raciales)</b> (marque todo lo que corresponda) Nativo de Alaska Indio americano asiático Negro/Africano Americano Nativo de Hawai Isleño del Pacífico Desconocido Blanco	<b>estatus de veterano</b> Servicio Activo Servicio inactivo No es un veterano Reservista Veterano	<b>Idioma preferido</b> (elige uno) Inglés Español Francés portugués Otros _____

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Contactos de pacientes		
Nombre del contacto de emergencia	Número de teléfono	Relación
Si tiene menos de 18 años, el Departamento de Salud Pública requiere que proporcione la información de contacto de sus padres/tutores.		
Padre/Tutor Nombre	Relación	Número de teléfono
<b>Permiso para hablar/compartir información</b> Autorizo la divulgación de mi información médica a las personas que se enumeran a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que si Outer Cape Health Services la divulga a dicha(s) persona(s), ya no podemos garantizar la confidencialidad de la información. Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que Outer Cape Health Services reciba una notificación por escrito de mi parte para cancelarla.		
Nombre	Relación	Número de teléfono
Empleo		
<b>Estado de Empleo</b> Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Estudiante a tiempo completo Otro: _____	<b>Ocupación</b>  <b>Nombre del empleador/escuela</b>	<b>¿Está cubierto por el seguro de la escuela o del empleador?</b>  Sí No
Orientación sexual e identificación de género para ti		
<b>Orientación Sexual</b> lesbiana                      Asexuales Gay                              Omnisexual Heterosexual / Heterosexual y Queer Bisexuales                    No sé Pansexual                      Otros Optar por no divulgar	<b>Identidad de género</b> Mujer                            Cuestionamiento Masculino                      Otros Mujer transgénero Hombre transgénero Genderqueer o no binario Optar por no divulgar	<b>Sexo asignado al nacer.</b> Femenino Hombre Intersexualidad Optar por no divulgar
Farmacia Preferida		
Nombre de la farmacia _____ Dirección _____		
Información del seguro		
<b>Médico</b>	Nombre del plan	Suscriptor #
Nombre del plan <b>secundario</b>		Suscriptor #
<b>Visión</b>	Nombre del plan	Suscriptor #
		Nombre del asegurado

# Formulario demográfico anual



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Todos los pacientes deben completar este formulario y actualizarlo anualmente. Como centro de salud calificado a nivel federal, estamos obligados a obtener la siguiente información. Esta información es solo para propósitos de informes y subvenciones. Nunca se informa información de identificación personal. La confidencialidad de lo que informa a continuación está protegida por ley.

## Tamaño de la familia:

¿Cuántas personas hay en su hogar familiar? \_\_\_\_\_

## Ingreso:

Contándose a usted, su cónyuge y todos los hijos dependientes (aquellos de 18 años o menos que aún se reclaman como dependientes en su declaración de impuestos federales), ¿cuál es su ingreso bruto (ingreso antes de impuestos) para su familia?

\$ \_\_\_\_\_ **Seleccione uno:**  Diario  Semanal  Mensual  Anual

## Estado sin hogar

¿Cuál describe mejor su estado de vivienda/sin hogar?

- En riesgo de quedarse sin hogar
- Niño en riesgo de quedarse sin hogar
- Actualmente no está sin hogar, pero estuvo en los últimos 12 meses
- Vivir en un refugio
- Vivir con otros
- No sin hogar
- Vivienda de apoyo permanente
- Hotel de ocupación individual
- Calle, campo, puente
- En vivienda de transición
- Veterano en riesgo de quedarse sin hogar

## Estatus de trabajador migrante/temporero

¿Es usted un trabajador agrícola migrante o estacional?    Estacional    Migrante    Ninguno



## CUESTIONARIO ANUAL DE HISTORIA DE SALUD

Toda la información que proporcione es estrictamente confidencial y formará parte de su expediente médico. Responda las preguntas lo mejor que pueda, especialmente cualquier información nueva o que haya cambiado durante el último año. Puede dejar algunos o todos los campos en blanco, pero su proveedor puede solicitar la información en su visita al consultorio. **Complete con tinta NEGRA únicamente.**

### DEMOGRAFÍA

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/ dd / aaaa ) \_\_\_\_\_

Género Femenino Masculino Transgénero Otro \_\_\_\_\_

Estado civil Soltero Casado En pareja Separado Divorciado Viudo

Ocupación  
\_\_\_\_\_

Fuente anterior de atención médica  
\_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_

¿Se firma un lanzamiento discográfico? Sí No

¿Ha completado un formulario de poder de salud o testamento en vida? Sí No

### CONDICIONES MÉDICAS QUE HAN SIDO DIAGNOSTICADAS

Reflujo ácido/acidez estomacal Sí No Enfermedad renal Sí No

Presión Arterial Alta Sí No Enfermedad hepática/hepatitis Sí No

Enfermedad intestinal Sí No Enfermedad pulmonar/asma Sí No

Cáncer Sí No Trazo Sí No

Colesterol elevado Sí No Enfermedad de la tiroides Sí No

Diabetes  Sí  No Otro \_\_\_\_\_

Enfermedad cardíaca

Sí  No

### PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES

¿Ha tenido un cambio reciente en el peso?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿fue intencional?  Sí  No

¿Tiene dificultad para dormir?  Sí  No

¿Tienes fatiga?  Sí  No

¿Tienes dolor?  Sí  No

¿Te levantas a orinar por la noche?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuántas veces cada noche? \_\_\_\_\_

¿Tiene dificultad para orinar, incluido dolor, ardor o sangre en la orina?  Sí  No

¿Ha tenido infecciones renales o de la vejiga en el último año?  Sí  No

¿Tiene dificultad con sus intestinos?  Sí  No

¿Tiene dificultad para respirar?  Sí  No

¿Tiene dolor o presión en el pecho?  Sí  No

¿Tienes tos?  Sí  No

¿Tienes cambios de humor?  Sí  No

¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?  Sí  No

Otro \_\_\_\_\_

### CIRUGÍAS Y OTRAS HOSPITALIZACIONES

Fecha

Razón

Nombre del Hospital

Fecha	Razón	Nombre del Hospital

---

---

**VACUNAS**

Fecha	Nombre de la instalación
Tétanos/ difteria /tos ferina	
Pneumovax (neumonía)	
Zostavax (culebrilla)	
Hepatitis B	
Otro	

**PROYECCIONES**

Fecha	Nombre de la instalación
Mamografía	
Prueba de Papanicolaou (femenino o masculino)	
colonoscopia	
Densidad de masa ósea	
Colposcopia Anal (HRA)	
Examen rectal	
Examen de próstata	
Otro	

**OTROS MÉDICOS Y ESPECIALISTAS**

Fecha	Nombre de la instalación
Dentista	
Oculista	
Terapeuta/Consejero	
ginecología	
Otro	

**RECETAS, MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE Y PRODUCTOS HERBALES UTILIZADOS**

Nombre	Dosis	Frecuencia
--------	-------	------------

**MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE Y PRODUCTOS HERBALES, continuación**

Nombre	Dosis	Frecuencia

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

Medicamento	Reacción

**ALERGIAS A ALIMENTOS Y FUENTES AMBIENTALES**

Fuente	Reacción

**HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL**

**Ejercicio**      ¿Qué tipo de ejercicio haces?      \_\_\_\_\_

                          ¿Cuántas veces a la semana?      Duración del entrenamiento

**Dieta**       Regular (sin restricciones)       Vegetariano

Bajo en grasa       Vegano      \_\_\_\_\_ # por día Refresco

Bajo en sal       Sin gluten      \_\_\_\_\_ # por día Bebidas deportivas

Bajo en carbohidratos       Sin lactosa

                  Número de comidas promedio en un día \_\_\_\_\_

<b>Cafeína</b>	Número de tazas por día
Café	_____
Té	_____

**HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL, Continuación**

<b>Cafeína, continuación</b>	soda	_____
	Bebida energética	_____
	Otro	_____

<b>Alcohol</b>	¿Bebes alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por día o semana?	_____	
	¿Te preocupa la cantidad que bebes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez sus familiares o amigos han expresado su preocupación por su forma de beber?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

<b>Tabaco</b>	¿Alguna vez has consumido tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, ¿cuántos años ha usado tabaco?	_____	
	En caso afirmativo, ¿año de último uso?	_____	
	# por día: Cigarrillos _____ Cigarros _____ Pipa _____ Masticar _____		

<b>drogas</b>	¿Alguna vez ha consumido drogas recreativas o callejeras?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez ha abusado de medicamentos recetados o de venta libre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez se ha administrado medicamentos con una aguja que no le hayan recetado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Le gustaría reunirse con un proveedor para hablar confidencialmente sobre su consumo de drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

<b>Violencia doméstica</b>	¿Alguna vez te has sentido inseguro o amenazado por alguien cercano a ti?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez ha sido víctima de abuso verbal, psicológico o físico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

<b>Salud mental</b>	¿Alguna vez ha recibido tratamiento por: depresión, ansiedad u otros problemas de salud mental?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Ha tenido alguna vez una hospitalización psiquiátrica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez has intentado suicidarte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Salud sexual**

¿Eres sexualmente activo actualmente?  Sí  No

En caso afirmativo, actualmente sexualmente activo con:  Hombres  Mujeres  Ambos

¿Alguna vez has tenido una infección de transmisión sexual?  Sí  No

**HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL, Continuación**

En caso afirmativo, indique la fecha y el tipo de infección \_\_\_\_\_

¿Le gustaría hablar con un consejero sobre su riesgo de VIH/SIDA?  Sí  No

¿Te consideras a ti mismo como:  Directo o heterosexual  
 lesbiana, gay o homosexual  
 Bisexual  Algo más  no sé ahora

**La salud de la mujer**

Edad de inicio de la menstruación \_\_\_\_\_ Edad de inicio de la menopausia \_\_\_\_\_

Fecha del último período \_\_\_\_\_ Período cada \_\_\_\_ días durante \_\_\_\_ días

¿Sangrado/manchado entre períodos?  Sí  No

¿Sangrado/manchado desde la menopausia?  Sí  No

Caudal  Ligero  Moderado  Pesado

Calambres?  Sí  No

¿Está actualmente tratando de quedar embarazada?  Sí  No

Si no, ¿cuál es su método anticonceptivo? \_\_\_\_\_

¿Estás embarazada?  Sí  No

¿Estas amamantando?  Sí  No

**Salud de los hombres**

¿Tiene dolor, ardor o secreción del pene?  Sí  No

¿Tiene dificultad con la erección o la eyaculación?  Sí  No

¿Tiene dolor o hinchazón en los testículos?

Sí

No

---

**La seguridad**

¿Está expuesto a materiales o situaciones peligrosas en el trabajo?

Sí

No

¿Utiliza regularmente el cinturón de seguridad?

Sí

No

¿Hay armas en la casa?

Sí

No

---

**HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR**

**Madre**

---

**Padre**

---

**Hermanos**

---

**Adoptado** - Historia desconocida

---

**Niños**

---

**Gracias por completar este formulario**