

Nombre del
Paciente: (imprima)

Primer (Completo) _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Dirección:

Numero de Calle _____ Nombre de Calle _____ Número de Apartamento _____
 Ciudad _____ Condado _____ Estado/ Código Postal _____

Número de Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Número de Seguro Social: _____

Sexo: Hombre Mujer Deseo no contestar Transgénero (Hombre a Mujer) Transgénero (Mujer a Hombre) Otro
 Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual/Lesbiana Bisexual Deseo no contestar Algo mas/Otro Desconozco

Número de miembros de familia inmediata, **incluyéndolo a usted**, que usted sea financieramente responsable: _____

Ha vivido en un refugio, en las calles, o estado sin hogar en el último año? Si No
Está viviendo con alguien, pero prefiere vivir solo? Si No

¿Tiene preguntas o le gustaría solicitar seguro médico por el estado, mercado de seguros o Cuotas de alimentos? Si No

VIVIENDA ACTUAL

Refugio Transición
 Apartamento Casa
 En la Calle Asistencia de Vivienda /Titulo 8
 Viviendo con alguien pero prefiere vivir solo

SEGURO MEDICO

Medicaid Medicare
 Seguro VA Ninguno
 Seguro Privado

ESTADO CIVIL

Casado Soltero
 Divorciado Menor de edad
 Separado Viudo/ Viuda

RAZA	NO-HISPANO/ LATINO	HISPANO/ LATINO
Americano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hawaiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indio Americano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de una raza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No quiero responder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTADO DE EMPLEO

Tiempo Completo Dependiente
 Medio Tiempo De Temporada/Temporario
 Trabajador Independiente Jubilado/Retirado
 Desempleado Discapacitado
 Servicio Militar / Historia de Servicio Militar/Veterano

IDIOMA PREFERIDO (Por favor marque uno)

Inglés Español
 Hmong Otro: _____

ESTADO DE INGRESO ACTUAL (por favor [X] Si o No)

Usted o sus familiares reciben lo siguiente? Si es así, escriba la cantidad y con qué frecuencia la recibe.

	Horas Salario x O cantidad antes de impuestos	Semanal	Quincena	Mensual	Anualmente
Salario de Nomina (Sueldo)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Trabajo por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Ayuda para niños dependiente (AFDC/W-2)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Sueldo suplementario de seguro social (SSI)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Seguro Social de Discapacidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Pensión, jubilación, ingresos de discapacidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Compensación de desempleo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Manutención de Niños	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Los dividendos y/o de interés (más de \$100 años)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Otro:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

Capacidad de pago: _____ Ingreso Anual: _____

DECLARACION DE CERTIFICACION

Yo certifico que la información que le di es verdadera y ha sido completado lo mejor posible con respecto a mi conocimiento. Por este medio autorizo la entrega de cualquier información médica o financiera a (o por) la N.E.W Clínica de la Comunidad, Ltd. Necesario para la verificación de los servicios y la coordinación de mi cuidado bajo la atención en sus programas.

X _____
 Firma de Autorización _____ Fecha _____

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE
En las últimas 2 semanas, que tan frecuente le han molestado los siguientes problemas?

<i>(uso "☒" para indicar su respuesta)</i>	Nunca (0)	Varios días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi diariamente (3)
Ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido desanimado(a), deprimido(a), o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si su respuesta a las dos preguntas anteriores equivale a 3 o más, por favor continúe respondiendo las preguntas a continuación				
Ha tenido problemas para dormir o mantenerse dormido(a) o duerme mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido poco apetito o ha comido demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido mal acerca de usted mismo, o piensa que es un perdedor, que ha fracasado consigo mismo y con su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas como ver la televisión o leer el periódico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha movido o hablado tan lento que otras personas lo han notado, o por el contrario ha estado tan inquieto y moviéndose más de lo usual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido pensamientos de que sería mejor estar muerto o de hacerse daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si marcó alguno de los problemas de este cuestionario, hasta el momento que tan difícil le ha resultado cumplir con su trabajo, cuidados de la casa o relacionarse con otras personas?				
Por favor [☒] una: <input type="checkbox"/> No tan Difícil <input type="checkbox"/> Algo Difícil <input type="checkbox"/> Muy Difícil <input type="checkbox"/> Extremadamente Difícil				

Puntuación _____

CUESTIONARIO DE ABUSO DE SUSTANCIAS

Incluye el consumo de alcohol, el uso de Drogas ilegales y el uso de otras prescripciones fuera de las que le han sido recetadas.	SI	NO
Ha sentido alguna vez que debería de reducir su consumo de alcohol o de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le molesta cuando las personas le critican por su consumo de alcohol o de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su consumo de alcohol o de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tomado alcohol o usado Drogas a primera hora de la mañana para calmar los nervios o para quitarse la resaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FUNCIONAMIENTO SOCIAL

	YES	NO
Arreglos de Vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vive con esposo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vive con su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vive con Familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vive solo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vive con amigos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>