



Paquete de bienvenida para nuevos pacientes  
Adultos



Saludos,

¡Bienvenido a Orchid Health! Nuestras Clínicas de Salud se fundaron en la creencia de que las comunidades rurales de nuestro estado merecen tener una atención médica de altísima calidad que sea local, integral y que se tome el tiempo necesario para abordar lo que más importa a cada persona.

Hemos reunido a los siguientes miembros del equipo de atención para ofrecer una atención individualizada e integral:

Proveedor de atención primaria (PCP): Su PCP le ayudará a tomar decisiones importantes sobre su salud y puede ponerlo en contacto con otro miembro del equipo de atención para asegurarse de que recibe los mejores cuidados.

Asistente médico (MA): Su asistente médico será a menudo la primera persona con la que hable cuando tenga un problema de salud y trabajará en estrecha colaboración con su PCP para ayudar a apoyar cualquier necesidad de atención médica estándar en curso.

Enfermero coordinador de la atención (RN): En Orchid, contamos con enfermeros que le ayudan a diseñar un Plan de Atención personalizado, que incluye la identificación de sus objetivos personales de salud y la planificación de cualquier elemento sanitario preventivo próximo.

Proveedor de salud conductual (BH): Nuestros proveedores de salud conductual están disponibles para ayudarlo con cualquier necesidad de salud mental, emocional o conductual que pueda tener. Esto puede incluir hacer cambios en el estilo de vida, lidiar con la tristeza o la soledad, o problemas en el hogar o la escuela.

Trabajador de la salud comunitaria (CHW): Nuestros trabajadores de la salud comunitaria están a su disposición para ponerlo en contacto con los recursos de la comunidad, brindarle asistencia para navegar por los sistemas, ayudarlo con preguntas sobre seguros, así como para ayudar a defender sus necesidades que pueden contribuir a mejorar los resultados generales de salud.

Adjuntamos nuestros formularios de registro de nuevos pacientes. Por favor, rellene estos formularios lo mejor que sepa. Se incluye un *Formulario de Divulgación de Expedientes Médicos*, que nos permite solicitar sus registros médicos anteriores antes de su primera visita. Le rogamos que rellene este formulario y lo entregue en nuestra clínica lo antes posible.

Para que podamos atenderlo mejor:

1. Preséntese en la clínica 15 minutos antes de la hora programada para su cita.
2. Traiga su tarjeta de seguro y su identificación a su visita.
3. Traiga los frascos de los medicamentos que esté tomando.
4. Si necesita cancelar o reprogramar su visita, le rogamos que nos avise con 24 horas de anticipación.

¡Estamos listos para servirle en uno de estos lugares! ¡Bienvenido a la familia Orchid Health!

Oakridge: Número de teléfono de la clínica 541-782-8304

- Estamos situados en la autopista 58, justo al lado de la farmacia.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes 8:30am a 5pm, martes y miércoles de 8:30 a.m. a 7:00 p.m. y jueves y viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al número de teléfono principal de nuestra clínica.

Estacada: Número de teléfono de la clínica 503-630-8550

- Estamos situados en el campus de la Escuela Secundaria, justo a la derecha de Estacada High School.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes y martes de 8:30 a.m. a 7:00 p.m. y miércoles, jueves y viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al número de teléfono principal de nuestra clínica.

McKenzie River: Número de teléfono de la clínica 541-822-3341

- Estamos ubicados en 54771 McKenzie River Highway, Blue River justo al lado de la McKenzie River Hwy
- Nuestro horario de atención al público es: lunes a jueves de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al número de teléfono principal de nuestra clínica.

Fern Ridge: Número de teléfono de la clínica 541-234-3255

- Estamos ubicados en 24934 Fir Grove Lane, Elmira, en el estacionamiento de la Escuela Secundaria.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes y martes de 8:30 a.m. a 7:00 p.m. y de miércoles a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al número de teléfono principal de nuestra clínica.

Sandy: Teléfono de la clínica 971-220-2701

- Estamos ubicados en 37400 Bell Street, Sandy, en el Centro de Salud Estudiantil del campus.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al teléfono principal de nuestra clínica.

Hoodland: Teléfono de la clínica 971-333-0494

- Estamos ubicados en 24461 E. Welches Rd, Welches. Situado al lado del edificio de correos.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al teléfono principal de nuestra clínica.

## FAQ - Preguntas frecuentes

### ¿Cómo puedo concertar una cita?

- La mayoría de la gente llama a nuestra clínica para concertar una cita.
- También puede solicitar una cita a través de nuestro Portal del Paciente.

### ¿Qué es el Portal del Paciente?

- El Portal le permite enviar mensajes directamente a su Proveedor, en lugar de llamar. También le permite ver cualquier resultado de laboratorio y de imagen tan pronto como los recibamos.
- Encontrará el enlace al portal en nuestra página web: [www.orchidhealth.org](http://www.orchidhealth.org) (esquina superior derecha). - Pida ayuda a cualquiera de nuestros empleados. Podemos enviarle un enlace por correo electrónico o configurarlo cuando venga.

### ¿Qué días y horas está abierto?

- *Oakridge*: lunes 8:30am a 5pm, martes y miércoles de 8:30am a 7pm, jueves y viernes de 8:30am a 5pm
- *Estacada*: lunes y martes de 8:30am a 7pm, miércoles, jueves y viernes de 8:30am a 5pm
- *McKenzie River*: lunes a jueves de 8.30am a 5 pm, cerrado los viernes.
- *Fern Ridge*: lunes-martes de 8:30am a 7pm, miércoles-viernes de 8:30am a 5pm
- *Sandy*: lunes a viernes 8:30am a 5 pm
- *Hoodland*: lunes a viernes 8:30am a 5 pm

### ¿Y si necesito hablar con alguien después de que la oficina esté cerrada?

- Es muy fácil. Utilice el mismo número de teléfono al que llama normalmente y busque la opción de contactar con nuestro Servicio de Enfermería fuera de horario.

### ¿Cómo puedo volver a surtir mi receta?

- El mejor PRIMER paso es llamar a su farmacia y pedirles que le vuelvan a surtir el medicamento; ellos se comunicarán directamente con nosotros si es necesario.
- Si tiene alguna dificultad, llámenos para que podamos resolvérsela. (¡O utilice el Portal del Paciente!) - Es necesario que cualquier "receta de medicación controlada" se entregue durante una cita. (Esto incluiría cosas como analgésicos, ciertos medicamentos para la ansiedad o el sueño, etc.).

### ¿Puedo hacerme análisis de sangre en Orchid?

- Sí, realizamos análisis para los pacientes que *se han establecido* con nosotros (incluso si han sido solicitados por otras personas).

### ¿Hacen radiografías en Orchid?

- No, lo sentimos, en este momento, no contamos con rayos X en ninguno de nuestros centros - pero podemos darle una orden para realizar su radiografía en otro lugar.

### ¿Cómo puedo obtener los resultados de mis análisis o radiografías?

- Si tiene una cita de seguimiento programada, es probable que su médico tenga previsto revisar sus resultados de laboratorio en ese momento, pero le llamaremos para comunicarle cualquier cosa realmente importante para que no se le olvide nada.

### ¿Y si tengo problemas para pagar la visita o los análisis?

- No queremos que el dinero interfiera en el cuidado de su salud, así que por favor hable con nosotros acerca de cualquier dificultad que tenga.
- Pregunte también por nuestro Descuento por Tarifa Móvil.

### ¿Atienden a niños, bebés y personas mayores?

- ¡Sí, sí y sí!

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ORCHID HEALTH

(Escriba en letra de molde)

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
*Nombre - Segundo nombre - Apellidos*

Nombre preferido/nombre por el que se le conoce: \_\_\_\_\_ Pronombres preferidos: \_\_\_\_\_

Sexo legal: Masculino/Femenino/Otro Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ ¿Acepta mensajes de texto?  Sí  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Método de comunicación preferido: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Raza: (Puede elegir más de una si procede)  Blanco  Negro o afroamericano  Asiático  Indio americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico  Origen hispano o latino

Etnia:  No hispano/ latino  Hispano/latino  Otro

Contacto de emergencia Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casado  Divorciado  Soltero  Viudo(a)  Otra pareja

Situación laboral:  Trabaja  Desempleado  Jubilado  Desempleado intencionado

¿Cuál es (o ha sido) su ocupación habitual? (tipo de trabajo) \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS

(traiga su tarjeta de seguro a nuestra recepcionista)

Indique el nombre del seguro principal: \_\_\_\_\_

Número de ID del seguro \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del INSCRITO: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el inscrito:  Propio  Cónyuge  Hijo  Otro

Nombre del seguro secundario (si procede): \_\_\_\_\_

Número de ID del seguro \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del INSCRITO: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el inscrito:  Propio  Cónyuge  Hijo  Otro

## PERSONA financieramente responsable de las facturas y del pago:

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ FEC. NAC.: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Mejor número de teléfono: \_\_\_\_\_

**\*\* ÚNICAMENTE PACIENTES VA DEBEN completar esta sección \*\***

Número de Seguridad Social o Número DBN de Titular de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

**Consentimiento para tratamiento:** Doy mi consentimiento para el tratamiento médico de los servicios médicos realizados o prescritos por los proveedores médicos que atienden en Orchid Health, y estoy de acuerdo con la realización de tratamientos o procedimientos que se consideran necesarios, rutinarios o aconsejables. Un ejemplo de algunos tratamientos realizados en Orchid:

- Exámenes físicos rutinarios, incluidos los deportivos
- Detección precoz, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones, tratamiento de lesiones leves
- Evaluación y manejo de enfermedades crónicas
- Salud reproductiva adecuada a la edad
- Pruebas de laboratorio rutinarias e inmunizaciones
- Educación sanitaria, asesoramiento y promoción del bienestar
- Medicamentos con receta, si procede
- Servicios de salud conductual
- Derivación a servicios de atención médica no prestados por Orchid Health

**Autorización de pago:** Asigno y autorizo el pago directo a Orchid Health de todos los beneficios del seguro y del plan que sean pagaderos por el/los servicio(s) que reciba. También autorizo la liberación de cualquier registro médico necesario para permitir que la compañía de seguros pague por estos servicios, dentro de las directrices de las Leyes HIPAA (Privacidad). Entiendo a la perfección que en caso de que mi compañía de seguros o la parte financieramente responsable no pague por los servicios que recibo, seré el responsable financiero del pago. Si no tengo seguro activo, acepto pagar los servicios en el momento en que los reciba.

**Aviso de prácticas de privacidad:** Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de Orchid Health. Este aviso se puede encontrar en nuestro sitio web en los formularios del paciente, está disponible en la clínica al ingresar, y está de otra manera a mi disposición en cualquier momento previa solicitud. Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y rechazar estos servicios. Reconozco que tengo derecho a rechazar la atención o retirar mi consentimiento para la atención, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro. Acuso recibo de información sobre los derechos del paciente y puedo aceptar o rechazar la atención en cualquier momento.

**Derechos y responsabilidades del paciente:** Acuso recibo de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de Orchid Health. Estos se pueden encontrar en nuestro sitio web en los formularios del paciente, están disponibles en la clínica en el check-in, y son de otra manera a mi disposición en cualquier momento previa solicitud.

**Consentimiento para acceder a los registros históricos de recetas/farmacia, y para ponerse en contacto con las redes hospitalarias locales para acceder a la información sobre la historia clínica:** Autorizo la divulgación de mi información sobre la historia clínica, ya que la información exacta es necesaria para la prestación de una atención médica precisa y de calidad.

**Consentimiento para recibir llamadas:** Doy mi consentimiento para recibir llamadas de Orchid Health para mi atención médica protegida y otros servicios en el número o números de teléfono proporcionados al consultorio, incluyendo mi número de teléfono celular. Entiendo que mi proveedor de telefonía celular puede cobrarme por dichas llamadas y que éstas pueden ser generadas por un sistema de marcación automática.

Nombre del paciente o representante autorizado (en letra de molde) \_\_\_\_\_

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

Si es un representante autorizado, indique su relación con el paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **Autorización para divulgar información a otros:**

Sin un permiso específico, **no** divulgaremos ninguna información médica a nadie más que a usted. En algunos casos, es posible que desee que otra persona tenga acceso a su información médica. Identifique a esas personas y su relación con usted (es decir, cónyuge, padre, hijo, hija, pareja, etc.).

### **Doy permiso para divulgar la siguiente información a las personas que se enumeran a continuación:**

- Toda la información de salud sobre mí creada o recibida por Orchid Health, que incluye registros médicos, gestión médica o de casos, facturación, pagos, reclamos e inscripción, salud mental, discapacidades del desarrollo, información o resultados de pruebas de SIDA/VIH, tratamiento de abuso de sustancias y alcohol, y pruebas genéticas.
  
- Toda la información de salud, **excepto:** salud mental, discapacidades del desarrollo, información o resultados de pruebas de SIDA/VIH, tratamiento por abuso de sustancias y alcohol, y pruebas genéticas.

Nombre	Relación	Número telefónico

### **Métodos de comunicación personal:**

Como paciente nuestro, es posible que necesitemos comunicarnos con usted fuera de nuestra clínica. Para garantizar su privacidad, nos gustaría que nos indique si está bien o no dejar información médica (como resultados normales de laboratorio) en un correo de voz si no podemos comunicarnos con usted.

**Teléfono de casa** \_\_\_\_\_

\_\_\_ NO dejar mensajes

\_\_\_ Sólo puede dejar números de devolución de llamada

\_\_\_ Puede dejar mensajes con detalles

**Teléfono celular** \_\_\_\_\_

\_\_\_ NO dejar mensajes

\_\_\_ Sólo puede dejar números de devolución de llamada

\_\_\_ Puede dejar mensajes con detalles

**PLAZO:** Esta autorización permanecerá vigente por un período de **un año**. Puedo revocar esta autorización por escrito (en cualquier momento) como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad de Orchid Health.

Nombre del paciente o representante autorizado (en letra de molde) \_\_\_\_\_

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

Si es un representante autorizado, indique su relación con el paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



### Divulgación de Expediente Médico

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Nombre anterior (si lo hay) \_\_\_\_\_  
 FEC. NAC.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

<p><b>Autorizo a que se divulgue la información DE:</b></p> <p>Nombre/Instalación: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad, Estado, CP: _____</p> <p>Teléfono: _____</p>	<p><b>Autorizo a que se divulgue la información A:</b></p> <p>Nombre/Instalación: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad, Estado, CP: _____</p> <p>Teléfono: _____</p>
--	---

**El propósito de esta solicitud es:**

Atención médica referida  Atención transferida  Personal  Legal  Otro \_\_\_\_\_

**Tipo de información a ser divulgada:**

Expediente médico completo *(Consta de los 2 últimos años de tratamiento, salvo que se especifique lo contrario)*

Otro (Especifique por favor): \_\_\_\_\_

**DEBE ESTAR RUBRICADO para que se incluya en los registros**

\_\_\_ Registros relacionados con VIH/SIDA \_\_\_ Registros relacionados con la salud mental \_\_\_ Información de

pruebas genéticas \_\_\_\_\_ Drogas/Alcohol\*\* \*\*LA REDIVULGACIÓN ESTÁ PROHIBIDA: Esta información le ha sido divulgada a partir de registros protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin.

**Todos los Registros serán enviados a través de fax a menos que se indique lo contrario.** Doy mi consentimiento para el envío por fax de mi expediente médico. Todos los documentos enviados por fax contienen una declaración de confidencialidad, sin embargo, entiendo que no se puede garantizar la confidencialidad en el extremo de recepción..  SÍ  NO

Mi firma indica que autorizo la divulgación de la información anterior y entiendo lo siguiente:  
 Entiendo que puedo elegir no firmar esta autorización y que mi elección de no firmar no será una base para afectar mi capacidad de recibir tratamiento.  
 Entiendo que puedo cancelar la autorización para utilizar y divulgar mi información en cualquier momento por escrito. A menos que se revoque antes, este consentimiento caducará a los 180 días de la fecha de la firma o permanecerá en vigor durante el periodo razonablemente necesario para completar la solicitud. Entiendo que este cambio no afectará la información que ya ha sido compartida.  
 Entiendo que las leyes federales y estatales protegen mi información médica. Sin embargo, mi información podría ser compartida con agencias o empresas que pueden no estar cubiertas por esta ley. Ellos podrían entonces compartir mi información con otros. Entiendo que no pueden compartir información relativa al VIH/SIDA, tratamiento de salud mental, tratamiento de alcoholismo y drogadicción o pruebas genéticas a menos que yo les dé permiso rubricando este permiso más arriba o según lo permita la ley. Entiendo que se me permite recibir una copia de esta Autorización..

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente/Persona legalmente responsable      Relación con el paciente      Fecha

**Wade Creek Clinic**  
 535 NE 6<sup>th</sup> Ave • Estacada, OR 97023  
 F: (866) 669-3334 Ph: (503) 630-8550

**Oakridge Clinic**  
 47815 Hwy 58 • Oakridge, OR 97463  
 F: (855) 313-2095 Ph: (541) 782-8304

**Fern Ridge Clinic**  
 24934 Fir Grove Ln • Elmira, OR 97437  
 F: (833) 673-0252 Ph: (541) 234-3255

**McKenzie River Clinic**  
 54771 McKenzie Hwy • Blue River, OR 97413  
 F: (833) 905-2303 Ph: (541) 822-3341

**Sandy Clinic**  
 37400 Bell St • Sandy, OR 97055  
 F: (833) 903-3607 Ph: (971)220-2701

**Hoodland Clinic**  
 24461 E Welches Road • Welches, OR 97067  
 F: (833) 973-4292 Ph: 971-333-0494



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MARKETING DE ORCHID HEALTH**

¿Cómo supo de nosotros? (Marque una opción o proporcione los detalles si no aparece en la lista):

Búsqueda en línea

De boca en boca

Redes sociales

Anuncio impreso

Vio un cartel

Otro: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento a Orchid Health para que me envíe comunicaciones de marketing por correo electrónico. Entiendo que tengo derecho a "cancelar" la recepción de dichas comunicaciones aunque haya firmado la opción de suscripción.

Entiendo y reconozco lo siguiente:

- 1. Propósito:** Las comunicaciones que lo animan a utilizar nuestros servicios se consideran marketing. Debemos obtener su autorización. Las comunicaciones de marketing pueden incluir información sobre los servicios de Orchid Health, promociones, eventos, boletines y otros materiales de atención médica relacionados.
- 2. Participación voluntaria:** Tengo derecho a elegir si deseo o no recibir comunicaciones de marketing de Orchid Health. La participación es totalmente voluntaria.
- 3. Privacidad:** Orchid Health tratará mi información personal de acuerdo con su política de privacidad y las leyes y reglamentos aplicables.

Opciones de consentimiento:

Indique su preferencia marcando la casilla correspondiente a continuación:

Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de marketing de Orchid Health por correo electrónico.

**NO** deseo recibir comunicaciones de marketing de Orchid Health.

Nombre del paciente o representante autorizado (en letra de molde): \_\_\_\_\_

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

Si es un representante autorizado, indique su relación con el paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Historial médico del paciente nuevo - Adulto

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**Preocupaciones médicas actuales** (de lo que le gustaría hablar hoy):

1. (más importante) \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**Indique si es alérgico a algún medicamento:**

Nombre del medicamento y reacción

---

---

---

**Indique todos los medicamentos que toma actualmente, incluidos los medicamentos de venta sin receta, los suplementos herbolarios o las vitaminas (escriba en el reverso de la página si necesita más espacio):**

Nombre del medicamento, dosis e instrucciones (frecuencia con la que lo toma)

---

---

---

---

**¿Ha recibido las siguientes inmunizaciones (vacunas)?** En caso afirmativo, indique el año aprox. en que las recibió:

Vacuna antigripal No  Sí  Año \_\_\_\_\_ Tétanos/Difteria No  Sí  Año \_\_\_\_\_ Hepatitis A No  Sí  Año \_\_\_\_\_

Herpes zóster No  Sí  Año \_\_\_\_\_ Vacuna contra neumonía No  Sí  Año \_\_\_\_\_ Hepatitis B No  Sí  Año \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_ MMR No  Sí  Año \_\_\_\_\_ Polio No  Sí  Año \_\_\_\_\_ Otros No  Sí  Año \_\_\_\_\_

**MUJERES: ¿Existe la posibilidad de que esté embarazada?** No  Sí

¿Ha estado embarazada anteriormente? No  Sí  (¿Cuántas veces?) \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su último periodo menstrual? \_\_\_\_\_

**¿Se ha sometido alguna vez a una intervención quirúrgica?** No  Sí  En caso afirmativo, enumérelas (incluya el año si es posible):

---

**¿Alguna hospitalización?** No  Sí  En caso afirmativo, enumérelas (incluya el año si es posible):

---

**Ha tenido alguna otra lesión grave?** No  Sí  En caso afirmativo, enumérelas (incluya el año si es posible):

---

**¿Se ha sometido a alguna de estas PRUEBAS?** En caso afirmativo, indique cuándo:

Colonoscopia No  Sí  Año \_\_\_\_\_ Prueba de densidad ósea No  Sí  Año \_\_\_\_\_ Prueba de

Papanicolaou No  Sí  Año \_\_\_\_\_ Mamografía No  Sí  Año \_\_\_\_\_ Prueba cardíaca/

prueba de esfuerzo No  Sí  Año \_\_\_\_\_

# HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

¿Eres adoptado/a? No  Sí  (Si la respuesta es NO, llena la siguiente sección) P=Paterno M=Materno

	Madre	Padre	Abuela	Abuelo	Hermana	Hermano	Tio	Tia
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)								
Enfermedad de Alzheimer								
Alcoholismo/Abuso de sustancias								
Aneurisma								
Ansiedad y/o depresión								
Artritis								
Asma								
Bipolar o esquizofrenia								
Trastornos sanguíneos								
Cáncer								
Trastorno del desarrollo								
Diabetes								
Enfisema/ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)								
Infarto de miocardio								
Trastorno hereditario								
Colesterol alto								
Hipertensión arterial								
Enfermedad renal								
Enfermedades hepáticas								
Migrañas								
Osteoporosis								
Convulsiones/Epilepsia								
Cáncer de piel								
Ictus								
Muerte súbita cardíaca								
Trastorno tiroideo								

## HISTORIAL MÉDICO PERSONAL













TDAH o TDA	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Endometriosis	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Alcoholismo/Abuso de sustancias	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Fibromialgia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Alergias/Fiebre del heno	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Gota	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Anemia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas ginecológicos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Complicaciones de la anestesia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	VIH	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Trastorno de ansiedad o ansiedad recurrente	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Artritis	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Hepatitis C	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Asma	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Presión arterial alta/Hipertensión	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Trastorno del espectro autista	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Colesterol alto	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Bipolar o esquizofrenia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Cálculos renales	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Defectos congénitos o enfermedades hereditarias	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de riñón o vejiga	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Transfusión sanguínea	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Enfermedades hepáticas	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Cáncer	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Migrañas	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Varicela	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas musculares, articulares u óseos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Problemas de coagulación/sangrado excesivo	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Osteoporosis	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Depresión	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Reflujo/GERD	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Trastornos del desarrollo o del comportamiento	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Convulsiones/Epilepsia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Diabetes o prediabetes	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas cutáneos (erupciones/lunares cambiantes)	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Diverticulitis/Diverticulosis	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Úlceras de estómago o problemas para tragar	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Violencia doméstica	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular o AIT	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Infecciones crónicas de oído	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Problemas de oído o audición	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Tuberculosis o prueba TB positiva	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Trastornos alimentarios como anorexia o bulimia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de visión u oculares	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Eczema	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Otros:	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Enfisema/EPOC/Bronquitis crónica	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>			

Como parte de la atención integral a la persona que ofrecemos en Orchid Health, tenemos trabajadores comunitarios de salud disponibles para ayudarle a conectarse con recursos aparte de la clínica médica.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. **¿Qué es algo que te hace feliz o algo que te hace sentir orgulloso?**  
\_\_\_\_\_
2. **¿Vives actualmente en un refugio o no tienes un lugar estable donde dormir por la noche?** Sí  No
3. **¿Cree que corre el riesgo de quedarse sin hogar? ¿O en riesgo de desalojo?**  
Sí  No
4. **En los últimos 12 meses, la comida que compraste no te duró y no tenías dinero para comprar más.**  
A menudo cierto  A veces cierto  Nunca es cierto
5. **En los últimos 12 meses, le preocupaba que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más.**  
A menudo cierto  A veces cierto  Nunca es cierto
6. **¿Tiene problemas para conseguir transporte para acudir a las citas médicas?**  
Sí  No

**Indique si le preocupa alguna de las siguientes opciones:**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
|  | Consumo de alcohol/sustancias <input type="checkbox"/>         |  | Seguro de salud <input type="checkbox"/>              |
|  | Cuidado de niños/<br>Personas mayores <input type="checkbox"/> |  | Plagas/moho/calidad del aire <input type="checkbox"/> |
|  | Ropa <input type="checkbox"/>                                  |  | Costes de los medicamentos <input type="checkbox"/>   |
|  | Atención dental <input type="checkbox"/>                       |  | Conexión social <input type="checkbox"/>              |
|  | Educación <input type="checkbox"/>                             |  | Facturas de servicios <input type="checkbox"/>        |
|  | Empleo <input type="checkbox"/>                                |  | Atención oftalmológica <input type="checkbox"/>       |

**¿Desea ayuda en alguna de estas áreas?** Sí  No  No estoy seguro/a