

Unicare Community Health Center Inscripción de Paciente

UCHC/Pt. Reg., May 2020

Nombre del paciente: _____			
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Domicilio: _____			
Calle	Apto #	Ciudad	Código Postal
Número Telefónico: () () ()			
Casa	Trabajo	Celular	
¿Tiene número de Seguro Social ? ☐ Sí ☐ No		Número de Seguro Social: _____	
¿Es su número de Seguro Social <u>solamente</u> para trabajar? ☐ Sí ☐ No		Correo electrónico: _____	
¿Está usted en los EEUU con Visa? ☐ Sí ☐ No		☐ Visa de turista ☐ Visa con respaldo financiero	
Fecha de nacimiento: _____		Edad: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Mes / Día / Año			

¿Sin Hogar? ☐ Sí ☐ No			
Situación de vivienda: ☐ Dueño de casa ☐ Renta ☐ Motel/Hotel ☐ Carro/Vehículo ☐ Casa Intermedia/Refugio ☐ Refugio sin			
☐ Transicional ☐ En la calle ☐ Vivienda de apoyo permanente ☐ Otro ¿Es usted Veterano? ☐ Sí ☐ No			
Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo(a) ☐ Unión Libre			
¿Esta discapacitado? ☐ Sí ☐ No		¿Fuma? ☐ Sí ☐ No	
Orientación sexual: ☐ Homosexual ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Deseo no revelar			
Grupo Étnico: ☐ No-Latino/Hispano ☐ Latino/Hispano		Raza: ☐ Caucásico ☐ Asiático ☐ Afro-Americano ☐ Indio Americano ☐ Isleño Pacifico ☐ Hawaiano Nativo ☐ Más de una raza ☐ Niegan a Informar	
Identidad de género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transexual Masculino ☐ Transexual Femenino ☐ Deseo no revelar			
Nivel de educación terminado: ☐ No terminó preparatoria ☐ Certificado técnico o equivalente ☐ Se graduó de preparatoria ☐ Título universitario o superior			
¿Es un trabajador Agricultor? ☐ Sí ☐ No		En caso afirmativo, ¿qué tipo? ☐ Temporada ☐ Migrante	
¿Es usted un miembro de la familia de un trabajador agricultor? ☐ Sí ☐ No		En caso afirmativo, ¿qué tipo? ☐ Temporada ☐ Migrante	
Número de personas en su hogar familiar: _____		Ingreso familiar anual: \$ _____	

¿En qué idioma desea usted que le proporcione información? _____			
¿Cómo entiende o habla el inglés? ☐ Muy Bien ☐ Moderado ☐ Muy Poco ☐ Nada			
¿Tiene Alergias? _____			
Amigo o pariente para contactar en caso de Emergencia: _____			
Nombre		Parentesco	
Sí menor de edad, nombre de Madre _____		Sí menor de edad, nombre de Padre _____	
¿Cómo escucho de la Clínica UHC? _____			

1. ¿Tiene usted seguro médico? ☐ Sí ☐ No	¿En caso afirmativo, con quién? _____
2. ¿Tiene usted seguro dental? ☐ Sí ☐ No	¿En caso afirmativo, con quién? _____
3. ¿Tiene usted Medi-Cal? ☐ Sí ☐ No	¿Ha aplicado? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Tiene su hijo(a) (paciente) CHDP? ☐ Sí ☐ No	5. ¿Tiene FPACT? ☐ Sí ☐ No
Número de Póliza _____	

Yo entiendo que la información de salud es confidencial. Autorizo el intercambio de información entre UHC y cualquier otro proveedor u organización sólo según sea necesario para fines de tratamiento, pago u operaciones. Los derechos de los pacientes y las políticas de confidencialidad se publican en nuestra sala de espera y hay copias disponibles a pedido. Autorizo a recibir todos y cada uno de los servicios proporcionados por UHC, incluidos, entre otros: atención primaria, dental, comportamiento, uso de sustancias y servicios psiquiátricos.

Yo autorizo tratamiento en la clínica UHC. ☐ Sí ☐ No Iniciales _____

El intercambio de información puede incluir tratamiento para:

Alcoholismo o drogas ☐ Sí ☐ No Iniciales _____

Problemas psiquiátricos ☐ Sí ☐ No Iniciales _____

Si se requiere un número adecuado de radiografías para el diagnóstico, Doy consentimiento para que se tomen radiografías para tratamiento dental: ☐ Sí ☐ No Iniciales _____

Firma del paciente o padre (Sí menor): _____	Fecha: _____
Nombre y parentesco (Sí no es el paciente) _____	



MISSION STATEMENT / DECLARACION DE MISSION:

The mission of Unicare is to be a community health care organization that treats everyone with dignity, respect and cultural sensitivity to help create an environment in which all can prosper.

La misión de Unicare es ser una organización de salud comunitaria que trata a todos con dignidad, respeto y sensibilidad cultural para ayudar a crear un ambiente en el que todos puedan prosperar.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

I hereby acknowledge that a copy of Unicare Community Health Center, Inc.'s "Notice of Privacy Practices." is posted in the waiting area and I further understand that I can request a copy at any time if I wish in the language that I prefer.

Recibí una copia de la "Notificación de Prácticas de Privacidad" de Unicare Community Health Center, Inc. Reconozco que una copia de la "Notificación de la Privacidad" se puede encontrar en la sala de espera, y además entiendo que puedo solicitar una copia en cualquier idioma en el momento que deseo.

PATIENT NAME/NOMBRE DEL PACIENTE

DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO

SIGNATURE OF PATIENT OR LEGAL GUARDIAN/FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

DATE/FECHA



UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.
ACKNOWLEDGEMENT/ RECONOCIMIENTO

PATIENT NAME / NOMBRE DEL PACIENTE

DOB / FECHA DE NACIMIENTO

ADDRESS / DIRECCIÓN

CITY / CIUDAD

STATE / ESTADO

ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL

TELEPHONE / NO. DE TELÉFONO

ADVANCE DIRECTIVE / DIRECTIVA ANTICIPADA

I acknowledge that the physician or one of his / her staff members have provided me with information regarding Advance Directive.

Reconozco que el médico o uno de sus miembros del personal me han proporcionado información con respecto a la Directiva Anticipada.

1. I am 18 years old or older. (Check one) ☐ YES / SI ☐ NO

1. Tengo 18 años o más. (Marque uno)

2. I realize that I have the option of putting together Advance Directive for my healthcare. My physician has provided me with written information concerning Advance Directive. I understand that it is my responsibility to provide my doctor(s) with any documents that are required to carry out my Advance Directive.

2. Reconozco que tengo la opción de elaborar una directiva anticipada para mi atención médica. Mi médico me ha proporcionado información por escrito sobre la Directiva Anticipada. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a mi (s) doctor (es) con cualquier documento que se requiera para llevar a cabo mi Directiva Anticipada.

3. I am aware that Advance Directive may be one of the following:

3. Estoy consciente de que la Directiva Anticipada puede ser una de las siguientes:

a) A Durable Power of Attorney for healthcare.

a) Un Poder Notarial Duradero para el cuidado de la salud.

b) The Declaration in the A Natural Death Act – Ex. A Living Will.

b) La Declaración en la Ley de muerte natural - Ex. Un Testamento Vital.

c) I may write down my wishes on a piece of paper, so that my family may use the document in deciding my medical treatment in the event I am unable to do so.

c) Puedo anotar mis deseos, para que mi familia pueda usar el documento para decidir mi tratamiento médico en caso de que yo no pueda hacerlo.

PATIENT SIGNATURE / FIRMA DEL PACIENTE

DATE / FECHA

THIS DOCUMENT WILL BECOME PART OF MY MEDICAL RECORD.
ESTE DOCUMENTO SE HARÁ PARTE DE MI REGISTRO MÉDICO.

REV. 07/19/2017



UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER

ADULT TUBERCULOSIS RISK ASSESSMENT

EVALUACIÓN DE RIESGO DE TUBERCULOSIS PARA ADULTOS

You may be at increased risk for TB if you answer YES to any of the following questions:
Usted puede estar en mayor riesgo de TB si responde SÍ a cualquiera de las siguientes preguntas:

DATE / FECHA
/ /

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Do you have a family member or close contact with history of confirmed or suspected TB?
<i>¿Tiene un familiar o un contacto cercano con historial médico de TB confirmada o sospechada?</i> | YES / SI
☐ | NO
☐ |
| 2. Are you from Asia, Africa, Central America or South America? (These areas have a higher prevalence of TB.)
<i>¿Es usted de Asia, de África, de Centroamérica o de Suramérica? (Estas áreas tienen una mayor prevalencia de TB).</i> | YES / SI
☐ | NO
☐ |
| 3. Do you live in an "out of home" placement facility?
<i>¿Vive en una instalación de colocación "fuera de casa"?</i> | YES / SI
☐ | NO
☐ |
| 4. Do you have a history of confirmed or suspected HIV infection?
<i>¿Tiene historial médico de infección por VIH confirmada o sospechada?</i> | YES / SI
☐ | NO
☐ |
| 5. Do you live with any individual who is HIV positive?
<i>¿Vive usted con alguna persona que sea VIH positivo?</i> | YES / SI
☐ | NO
☐ |
| 6. Have you been, or do you live with any individual who has been incarcerated in the last 5 years?
<i>¿Ha estado, o vive con algún individuo que ha estado encarcelado en los últimos 5 años?</i> | YES / SI
☐ | NO
☐ |
| 7. Do you live among, or are you frequently exposed to individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs, or resident in a nursing home?
<i>¿Vive usted o está frecuentemente expuesto a personas sin hogar, trabajadores agrícolas migratorios, usuarios de drogas de la calle o residentes en un asilo de ancianos?</i> | YES / SI
☐ | NO
☐ |

*A person who is at increased risk for TB should have a yearly TB test.

* Una persona que está en mayor riesgo de tuberculosis debe tener una prueba anual de TB.

NAME / NOMBRE

DATE / FECHA

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

Adulto (Adult)

Nombre del paciente (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	☐ Mujer ☐ Hombre	Fecha de hoy
Persona que llena el formulario (si el paciente necesita ayuda) ☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Otro Especifique			¿Necesita ayuda para llenar el formulario? ☐ Sí ☐ No

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre alguna sección de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?

☐ Sí ☐ No

Clinic Use Only:

Nutrition

1	¿Bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Drinks or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip
2	¿Come frutas y verduras todos los días? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip
3	¿Limita la cantidad de alimentos fritos o comida rápida que come? <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip
4	¿Tiene la posibilidad de comer suficientes alimentos saludables? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Sí Yes	No	Omitir (Skip)
5	¿La mayoría de los días bebe un refresco, jugo, bebida deportiva o bebida energizante? <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip
6	Por lo general, ¿come demasiado o muy poco? <i>Often eats too much or too little food?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip
7	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip
8	¿Hace ejercicio o realiza actividades, como caminar, jardinería o nadar durante, al menos, ½ hora al día? <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip
9	¿Se siente seguro donde vive? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip
10	¿Ha tenido accidentes automovilísticos últimamente? <i>Had any car accidents lately?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip

Physical Activity

Safety

11	Durante el último año, ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado o lastimado físicamente? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
12	¿Siempre usa cinturón de seguridad cuando conduce o viaja en automóvil? <i>Always wears a seat belt when driving or riding in a car?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
13	¿Tiene un arma de fuego en su hogar o en el lugar donde vive? <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
14	¿Se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Dental Health
15	¿Con frecuencia se siente triste, desesperanzado, enojado o preocupado? <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Mental Health
16	¿Con frecuencia tiene dificultades para dormir? <i>Often has trouble sleeping?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
17	¿Fuma o masca tabaco? <i>Smokes or chews tobacco?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
18	¿Sus amigos o familiares fuman en su hogar o en el lugar donde usted vive? <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
19	En el último año ¿ha tomado: ☐ (hombres) 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día? ☐ (mujeres) 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día? <i>In past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?</i>	No	Sí (Yes)	Omitir <i>Skip</i>	
20	¿Consume drogas o medicamentos para ayudarlo a dormir, relajarse, calmarse, sentirse mejor o perder peso? <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
21	¿Cree que usted o su pareja podría estar embarazada? <i>Thinks she/he or partner could be pregnant?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Sexual Issues
22	¿Cree que usted o su pareja pueden tener una infección de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI), como clamidia, gonorrea, verrugas genitales, etc.? <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
23	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin utilizar un método anticonceptivo en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
24	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales con otras personas en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

25	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin condón en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
26	¿Alguna vez le forzaron o presionaron para tener relaciones sexuales? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
27	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre su salud? <i>Any other questions or concerns about health?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:

<i>Clinic Use Only</i>	Counseled	Referred	Anticipator y Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
☐ Nutrition	☐	☐	☐	☐	☐ Patient Declined the SHA
☐ Physical activity	☐	☐	☐	☐	
☐ Safety	☐	☐	☐	☐	
☐ Dental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Mental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Alcohol, Tobacco, Drug Use	☐	☐	☐	☐	
☐ Sexual Issues	☐	☐	☐	☐	
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

Personas mayores (Senior)

Nombre del paciente (primer nombre y apellido)		Fecha de nacimiento:		☐ Mujer ☐ Hombre	Fecha de hoy
Persona que completa el formulario (si el paciente necesita ayuda)		☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Otro <i>Especifique</i>			¿Necesita ayuda para completar el formulario? ☐ Sí ☐ No
Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no conoce una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre algún punto de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.					¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No
					Clinic Use Only:
1	¿Bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Nutrition
2	¿Come frutas y verduras todos los días? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
3	¿Limita la cantidad de alimentos fritos o comida rápida que come? <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
4	¿Tiene la posibilidad de comer suficientes alimentos saludables? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
5	¿La mayoría de los días bebe un refresco, jugo, bebida deportiva o bebida energizante? <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
6	Por lo general, ¿come demasiado o muy poco? <i>Often eats too much or too little food?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
7	¿Tiene dificultades para masticar o tragar? <i>Has difficulty chewing or swallowing?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
8	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Physical Activity
9	¿Hace ejercicios o realiza actividades, como caminar, jardinería o nadar durante, al menos, ½ hora al día? <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
10	¿Se siente seguro donde vive? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
11	Por lo general, ¿tiene dificultades para llevar un registro de sus medicamentos? <i>Often has trouble keeping track of medicines?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Safety

12	¿Sus familiares o amigos se preocupan por la forma en que conduce? <i>Family members/friends worried about her/his driving?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
13	¿Ha tenido accidentes automovilísticos últimamente? <i>Had any car accidents lately?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
14	¿A veces se cae y se lastima, o le resulta difícil ponerse de pie? <i>Sometimes falls and hurts self, or has difficulty getting up?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
15	Durante el último año, ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado o lastimado físicamente? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
16	¿Tiene un revólver en su hogar o en el lugar donde vive? <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
17	¿Se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Dental Health
18	¿Con frecuencia se siente triste, desesperanzado, enojado o preocupado? <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Mental Health
19	¿Con frecuencia tiene dificultades para dormir? <i>Often has trouble sleeping?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
20	¿Usted u otras personas creen que tiene problemas para recordar cosas? <i>Thinks or others think that she/he is having trouble remembering things?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
21	¿Fuma o masca tabaco? <i>Smokes or chews tobacco?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	¿Sus amigos o familiares fuman en su hogar o en el lugar donde vive? <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
23	En el último año ¿ha tomado 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día? <i>In the past year, had 4 or more alcohol drinks in one day?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
24	¿Consume drogas o medicamentos para ayudarlo a dormir, relajarse, calmarse, sentirse mejor o perder peso? <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
25	¿Cree que usted o su pareja pueden tener una infección de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI), como clamidia, gonorrea, verrugas genitales, etc.? <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Sexual Issues

26	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales con otras personas en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
27	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin condón en el último año? <i>She/he or your partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
28	¿Le han forzado o presionado a tener relaciones sexuales, alguna vez? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
29	¿Cuenta con alguien que lo ayude a tomar decisiones sobre su salud o su atención médica? <i>Has someone to help make decisions about her/his health and medical care?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Independent Living
30	¿Necesita ayuda para bañarse, comer, caminar, vestirse o ir al baño? <i>Needs help bathing, eating, walking, dressing, or using the bathroom?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
31	¿Tiene a quién llamar cuando necesita ayuda en una emergencia? <i>Has someone to call when she/he needs help in an emergency?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
32	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre su salud? <i>Any other questions or concerns about your health?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, por favor describa:

<i>Clinic Use Only</i>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
☐ Nutrition	☐	☐	☐	☐	
☐ Physical activity	☐	☐	☐	☐	
☐ Safety	☐	☐	☐	☐	
☐ Dental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Mental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Alcohol, Tobacco, Drug Use	☐	☐	☐	☐	
☐ Sexual Issues	☐	☐	☐	☐	
☐ Independent Living	☐	☐	☐	☐	
PCP's Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____					☐ Patient Declined the SHA
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____					
PCP's Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____					
PCP's Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____					
PCP's Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____					