

Numero de Medicaid: \_\_\_\_\_  
 Nombre el Cliente: \_\_\_\_\_

Record Number: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



## Hoja de Información del Paciente

Fecha Completado: \_\_\_\_\_

Nombre:		Segundo nombre:		Apellido:	
Nombre Preferido:		Nombre anterior:		Apellido anterior:	
Dirección:				Condado de Residencia:	
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Dirección postal: <input type="checkbox"/> No envíe por correo					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Fecha de nacimiento:		Seguro Social:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
<b>Género actual:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indiferenciado	<b>Identidad de género:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer a hombre/Transexual masculino <input type="checkbox"/> Hombre a mujer/Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elija no revelar		<b>Orientación sexual:</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbianas, gays u homosexuales <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elija no revelar <input type="checkbox"/> No se		<b>Pronombre preferido:</b> <input type="checkbox"/> Ella/ ella <input type="checkbox"/> Él / él / su <input type="checkbox"/> Ellos / ellos <input type="checkbox"/> Ze/hir <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elija no revelar <input type="checkbox"/> Preguntado pero desconocido
<b>MÉTODOS DE CONTACTO</b>					
Teléfono de casa: <input type="checkbox"/> n/a	Celular: <input type="checkbox"/> n/a	Día / Teléfono de trabajo: <input type="checkbox"/> n/a	Teléfono alternativo : <input type="checkbox"/> n/a	Teléfono secundario: <input type="checkbox"/> n/a	
¿Deja un mensaje? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	¿Deja un mensaje? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	¿Deja un mensaje? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	¿Deja un mensaje? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	¿Deja un mensaje? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Dirección de correo electrónico: <input type="checkbox"/> n/a					
Orden de contacto preferida: ( Escriba 1, 2, 3, 4 o 5 al lado de cada elemento para indicar a qué número llamar primero, segundo, tercero, etc. ) _____ Casa    _____ Celular    _____ Dia/Trabajo    _____ Alterno    _____ Secundario					
<b>INFORMACIÓN DE EMERGENCIA</b>			<b>PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE</b>		
Nombre: _____			<input type="checkbox"/> Yo Mismo <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Relación: _____			Nombre: _____		
Dirección: _____			Dirección: _____		
Ciudad/Estado : _____ Código Postal: _____			Ciudad/Estado : _____ Código Postal: _____		
Teléfono de la casa: _____			Teléfono de la		
Celular: _____			casa: _____		
Teléfono del trabajo: _____			Celular: _____		
			Teléfono del trabajo: _____		
Médico de Atención Primaria /Medico de Familia: _____			Hospital de preferencia: _____		
Fecha de la última visita con su práctica de atención primaria: _____			<input type="checkbox"/> No tienes una práctica de atención primaria		
Nombre de farmacia preferido: _____			Dirección de la farmacia / teléfono: _____		

Medicaid Number: \_\_\_\_\_  
Client Name: \_\_\_\_\_

Record Number: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_

Medicaid Number: \_\_\_\_\_  
 Client Name: \_\_\_\_\_

Record Number: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_

<b>ETNICIDAD (marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Hispano-mexicana Amer <input type="checkbox"/> Hispano-puertorriqueña <input type="checkbox"/> Hispano Cubana <input type="checkbox"/> Hispano Otras <input type="checkbox"/> No hispano	<b>RAZA (marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Negro / Afric. Amer. <input type="checkbox"/> Blanco / Anglo / Cauc. <input type="checkbox"/> Amer Ind / Nativo Amer. <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro : _____	<b>ESTADO CIVIL (marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Anulado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) (nunca casado(a)) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Pareja domestica	<b>Idioma Principal (marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Lenguaje de Signos <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno <b>Dominio de Idioma Inglés (¿Necesita un intérprete?)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Situación Laboral (marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado A tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> No disponible para el trabajo <input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Temporal / Trabajador migrante Empleador: _____ Ocupación: _____	<b>Programas de Autoayuda (marque uno)</b> ¿Cuántas veces has asistido a un programa de autoayuda en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Ninguna vez en el mes pasado <input type="checkbox"/> 1-3 veces <input type="checkbox"/> 4-7 veces <input type="checkbox"/> 8-15 veces <input type="checkbox"/> 16-30 veces <input type="checkbox"/> Algunas de asistencia, no sé el número	<b>Situación de Vivienda (marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Residencia Privada <input type="checkbox"/> Otras viviendas independientes <input type="checkbox"/> refugio para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Centro Correccional <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (con exclusión de hogares de ancianos) <input type="checkbox"/> crianza temporal de familia / vivienda familiar alternativa <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos <input type="checkbox"/> hogar para cuidado de adultos 7 camas o mas) <input type="checkbox"/> hogar para cuidado de adultos 1-6 camas <input type="checkbox"/> Comunidad ICF-MR <input type="checkbox"/> Comm. ICF-MR, de 70 camas <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Fuente de referencia (marque uno)</b> <input type="checkbox"/> por sí mismo/ no referencia <input type="checkbox"/> familia /amigos <input type="checkbox"/> Otro centro ambulatorio / centro residencial <input type="checkbox"/> centro estatal <input type="checkbox"/> servicio psiquiátrico/hospital general <input type="checkbox"/> tratamiento no residencial/ programa de habilitación <input type="checkbox"/> Médico Privado <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos <input type="checkbox"/> Administración de Veteranos <input type="checkbox"/> Otras agencias de salud <input type="checkbox"/> Agencia Comunitaria <input type="checkbox"/> Corte/correccionales / prisión <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Educación:</b> Grado más alto completado o GED o Titulo: _____	<b>Número de arrestos en los últimos 30 días (incluya el arresto por cualquier causa sin importar el estado actual):</b> _____		
<b>Tamaño de familia (número de personas que viven en el hogar, para la cual usted es financieramente responsable, incluido usted):</b> _____	<b>Ingresos de la familia anuales</b> \$ _____ .00	<b>¿Es usted un veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Sólo para mujeres: Embarazada?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Cobertura de seguro**

Medicaid	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de identificación:
Medicare	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de identificación:
Blue Cross Blue Shield	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de identificación:
United Healthcare	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de identificación:
Humana	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de identificación:
Cigna	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de identificación:
Aetna	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de identificación:
Other:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de identificación:

**Se están haciendo las siguientes preguntas para ayudar a identificar si necesita ayuda para la cual se puede proporcionar una referencia.**

1. En los últimos 12 meses, ¿le preocupaba que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más?	No	Sí, necesidad / preocupación actual	Sí, en los últimos 12 meses pero NO la necesidad / preocupación actual
2. En los últimos 12 meses, ¿el alimento que compró no le rindió y no tuvo dinero para comprar más?	No	Sí, necesidad / preocupación actual	Sí, en los últimos 12 meses pero NO la necesidad / preocupación actual

**CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA**

Medicaid Number: \_\_\_\_\_  
 Client Name: \_\_\_\_\_

Record Number: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_

3. ¿Tienes vivienda?	No	Sí	
4. ¿Estás preocupado por perder tu vivienda?	No	Sí, necesidad / preocupación actual	Sí, en los últimos 12 meses pero NO la necesidad / preocupación actual
5. En los últimos 12 meses, ¿usted o los miembros de su familia con los que vive no han podido obtener los servicios públicos (calefacción, electricidad) cuando realmente los necesitaban?	No	Sí, necesidad / preocupación actual	Sí, en los últimos 12 meses pero NO la necesidad / preocupación actual
6. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido acudir a las citas médicas, a obtener sus medicamentos, a las reuniones o citas no médicas, al trabajo oa conseguir las cosas que necesita?	No	Sí, necesidad / preocupación actual	Sí, en los últimos 12 meses pero NO la necesidad / preocupación actual
7. ¿Se siente seguro física y emocionalmente donde vive actualmente?	No	Sí	
8. En los últimos 12 meses, ¿ha sido golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente por alguien?	No	Sí, necesidad / preocupación actual	Sí, en los últimos 12 meses pero NO la necesidad / preocupación actual
9. En los últimos 12 meses, ¿ha sido humillado o abusado emocionalmente de otras formas por su pareja o expareja?	No	Sí, necesidad / preocupación actual	Sí, en los últimos 12 meses pero NO la necesidad / preocupación actual
10. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido problemas para pagar un seguro médico (como deducibles, copagos, etc.)?	No	Sí, necesidad / preocupación actual	Sí, en los últimos 12 meses pero NO la necesidad / preocupación actual
11. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido problemas para pagar o acceder a los medicamentos?	No	Sí, necesidad / preocupación actual	Sí, en los últimos 12 meses pero NO la necesidad / preocupación actual
12. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido inquietudes sobre cómo obtener o mantener un empleo?	No	Sí, necesidad / preocupación actual	Sí, en los últimos 12 meses pero NO la necesidad / preocupación actual

¿Le gustaría compartir algo adicional relacionado con sus necesidades o preocupaciones?

---



---



---



---



---



---



---



---

**Cliente adulto-Actualización de 3 meses:**

1. ¿Cómo calificaría su capacidad para lidiar con los **problemas diarios ahora**?

<sup>1</sup>  Mucho mejor   <sup>2</sup>  Un poco mejor   <sup>3</sup>  Sobre lo mismo   <sup>4</sup>  Un poco peor   <sup>5</sup>  Mucho peor    NA-Cliente nueva o niño

2. En general, ¿cómo calificaría **su salud general** ahora?

<sup>1</sup>  Excelente   <sup>2</sup>  Muy bueno   <sup>3</sup>  Bueno   <sup>4</sup>  Justo   <sup>5</sup>  Pobre    NA-Cliente nueva o niño

**CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA**

Medicaid Number: \_\_\_\_\_  
Client Name: \_\_\_\_\_

Record Number: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_

**Padre/LRP con cliente infantil-Actualización de 3 meses:**

1. ¿Cómo calificaría la capacidad de su hijo para lidiar con los **problemas diarios ahora?**

<sup>1</sup>  Mucho mejor   <sup>2</sup>  Un poco mejor   <sup>3</sup>  Sobre lo mismo   <sup>4</sup>  Un poco peor   <sup>5</sup>  Mucho peor    NA-Cliente nuevo o adulto

2. En general, ¿cómo calificaría ahora la salud general de su hijo?

<sup>1</sup>  Excelente   <sup>2</sup>  Muy bueno   <sup>3</sup>  Bueno   <sup>4</sup>  Justo   <sup>5</sup>  Pobre    NA-Cliente nuevo o adulto

***Que yo sepa, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que es mi responsabilidad informar a DAYMARK, por escrito, cuando deseo cambios en esta información, incluido el método para contactarme.***

Completado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Si no es cliente, aclarar la relación)