

Fecha	Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)	N.º de cuenta del paciente	Sexo	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Correo electrónico		Nombre de contacto de emergencia		N.º de teléfono de emergencia	
Compañía de seguro primaria		Compañía de seguro secundaria		Nombre del médico	

Dirección Postal: _____ N.º dpto.: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Dirección: _____ N.º dpto.: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Misma dirección postal

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ (confirme igual que arriba)

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo a mi plan/programa médico a reembolsar a TrueCare™ por todos los servicios que recibo. Entiendo que soy responsable de cualquier saldos pendientes de pago, copagos, coseguros, deducibles y/o servicios no cubiertos.

ELEGIBILIDAD DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

Para determinar si reúne los requisitos para recibir un descuento en los servicios de salud provistos, es necesario que hagamos preguntas personales acerca del tamaño e ingreso de su familia. Esta información es estrictamente confidencial y no puede divulgarse sin su autorización. Con el fin de reunir los requisitos del Programa de Descuento de Tarifa Variable, deberá declarar su ingreso anual o cuando haya un cambio en el tamaño o ingreso de su familia. Para determinar la elegibilidad, **seleccione una** de las siguientes afirmaciones:

- Declaro que no tengo documentación del ingreso total actual de mi familia ni talones de pago hoy, y que los proveeré en mi próxima cita o antes de esta. Declaro que:
 El ingreso bruto mensual de mi familia (importe ganado antes de impuestos) es \$ _____.
 El tamaño de mi familia (la cantidad de personas en la vivienda que viven de este ingreso), incluido yo mismo, es _____.
- He provisto documentación del ingreso total actual de mi familia o talones de pago que reflejan:
 El ingreso bruto mensual de mi familia (importe ganado antes de impuestos) es \$ _____.
 El tamaño de mi familia (la cantidad de personas en la vivienda que viven de este ingreso), incluido yo mismo, es _____.
- He rechazado la opción de brindar información acerca de mi ingreso y entiendo que no seré elegible para recibir servicios con descuento.

ESTADO DE TRABAJADOR MIGRATORIO/DE TEMPORADA

- Declaro que yo o alguien de mi familia inmediata gana 51% o más de nuestro ingreso a partir de trabajo de agricultura. El trabajo de agricultura puede ser trabajo migratorio o de temporada.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, RECHAZO DE TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, (el paciente, persona responsable o cuidador autorizado) autorizo a TrueCare™ y a su personal clínico designado a administrar y a realizar todo tratamiento, diagnóstico, cirugía u otros servicios médicos considerados recomendables o necesarios para la atención de la salud. Entiendo que tengo derecho de rechazar el tratamiento en cualquier momento. Puedo hacerlo firmando un formulario de **RECHAZO DE TRATAMIENTO**. También otorgo consentimiento para utilizar y divulgar la información médica necesaria para el tratamiento y pago, y otras operaciones de atención médica.

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN

Yo, (el paciente, persona responsable o cuidador autorizado) autorizo a TrueCare™ y a su personal clínico designado a comunicarse conmigo a través de carta, llamada telefónica o mensaje de texto utilizando la información anteriormente provista. Si no deseo que se comuniquen a la dirección ni número de teléfono antes mencionados, pediré a alguien del personal de TrueCare™ que me provea un formulario de **SOLICITUD DE CAMBIO DE PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN**.

Fecha	Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)	N.º de cuenta del paciente	Sexo	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
-------	---	----------------------------	------	---------------------	-------------------------

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Yo, (el paciente, persona responsable o cuidador autorizado) autorizo a TrueCare™ y a su personal clínico designado a comunicarse conmigo de manera electrónica a través de la cuenta de MyHealth. Entiendo que dicha comunicación basada en la web es una elección y que puede elegir no registrarme en MyHealth.

Otorgo consentimiento para lo siguiente al elegir utilizar MyHealth:

- A recibir documentos como resúmenes de las consultas
- A recibir resultados de laboratorio de manera electrónica
- A recibir mensajes seguros de mi médico y del personal clínico designado

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA (Opcional)

Como su equipo de atención médica, podemos necesitar comunicarnos con usted acerca de su salud. Queremos invitarlo a incluir a miembros de su familia y a otras personas para que sean parte de su grupo de apoyo de salud. Las personas que identifique a continuación podrán hablar acerca de su información de salud, lo que incluye entre otros, información de citas, resultados de laboratorio, instrucciones de medicamentos, información de referencias, y podemos comunicarnos con ellos con fines de seguimiento en casos de que no podamos comunicarnos con usted. Todas las partes mencionadas a continuación que deseen acceder a su información deben proveer su información de manera precisa. La persona designada debe mostrar una identificación con foto válida en la clínica. **Para solicitar una copia en papel, complete el formulario de AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD.**

Apellido, nombre	Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa	N.º de teléfono	Dirección	Relación con el paciente	*Información médica confidencial
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

*La información médica confidencial incluye información de tratamiento de salud mental, resultados de análisis de VIH, información de tratamiento de alcohol o drogas.

CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Confirmando que la información que he provisto a TrueCare™ es precisa y verdadera según mi saber. Mi firma debajo confirma que entiendo lo siguiente:

- Si he provisto información falsa, puedo quedar descalificado del Programa de Descuento de Tarifa Variable.
- Si la información provista en este formulario cambia, debo informar al personal en mi próxima cita o antes de esta.
- TrueCare™ no ofrece reembolsos para servicios profesionales brindados.
- He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad, o tuve acceso a una copia.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____
(Padre, tutor, apoderado o cuidador). Se debe escanear y guardar una copia de los documentos legales en la cuenta del paciente.

Relación con el paciente: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE TrueCare™		
Al firmar debajo, certifico que este formulario está completo y que la cuenta del paciente se ha actualizado.		
_____	_____	_____
Nombre impreso	Firma	Lugar

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Historia Médica
(Adulto, Adolescente, Planificación Familiar)
FECHA _____

¿Si necesitamos comunicarle el resultado anormal de su examen, le podemos llamar/escribir a su casa? Sí No
¿De no ser así, con quien podemos comunicarnos? Nombre _____ Teléfono: _____
¿En caso de una emergencia médica pueden llamar a: Nombre _____ Teléfono: _____
Relación _____ ¿Ellos saben que usted es paciente de la clínica? Sí No

HISTORIA FAMILIAR

¿Algún familiar ha tenido problemas de los siguientes?

Sí	No	¿Quién?		Sí	No	¿Quién?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Anemia falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Defectos de nacimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ataque al corazón antes de los 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ataque al corazón después de los 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	¿Su madre tomo DES para prevenir un malparto (aborto natural) durante el embarazo con usted?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Derrames cerebrales antes de los 50				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Derrames cerebrales después de los 50				

HISTORIA MÉDICA

Sí	No	¿Cuándo?		Sí	No	¿Cuándo?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de o Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas del hígado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Vacuna contra Hepatitis B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Coágulos de sangre en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de los riñones/vejiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de próstata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de la vesícula biliar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Anemia/Problemas en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Rubéola
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Jaquecas/migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Clamidia/Gonorrea/Sífilis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Epilepsia/convulsión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Herpes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Asma/Problemas de pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	VIH
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de los senos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Infecciones vaginales frecuentes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ansiedad o problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de la matriz/Fibromas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Depresión severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Papanicolaou anormal o Colposcopia

¿Alguna vez ha tenido una cirugía? Sí No ¿Cuáles? _____
¿Toma medicamentos regularmente? Sí No ¿Cuáles? _____
¿Fuma cigarrillos? Sí No ¿Cuántos cigarrillos? _____
¿Toma alcohol? Sí No ¿Cuánto alcohol? _____
¿Tiene alergias a alguna medicina? Sí No ¿Cuáles? _____
¿Es usted alérgico a productos de látex? Sí No ¿Usa drogas? Sí No ¿Qué tipo de drogas? _____

¿Necesita ayuda con actividades de todos los días? _____ ¿Si sí, con cuales actividades? _____

MUJERES Solamente:

¿Primer día de su última regla? _____
¿Qué edad tenía cuando empezó a menstruar? _____
Tiene su regla cada _____ días

Tiene Cólicos menstruales Tensión premenstrual
Sus reglas son irregulares regulares
Sus reglas son ligeras moderadas pesadas
¿Tiene manchado entre reglas? Sí No
Fecha del último Papanicolaou: Resultado Normal: Sí No

HISTORIA DE EMBARAZOS

Número total de embarazos _____
Número de nacimientos vivos _____
Número de malpartos o abortos naturales _____
Número de abortos provocados _____
¿Está planeando quedar embarazada? _____
Si lo planea, ¿cuándo? _____
¿Está tomando ácido fólico? _____

HISTORIA ANTICONCEPTIVA

¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección en los últimos dos meses? _____
¿Qué método anticonceptivo está usando? _____
¿Tiene algún problema con este método? _____
¿Se la ha olvidado alguna pastilla o inyección, usar el diafragma o condón, o se la ha roto un condón en los últimos 2 meses? Sí No
Marque todos los métodos que haya usado: ¿Tuvo problemas con otros métodos? Sí No
 Pastillas Parche Nuva Ring Aparato intrauterino Diafragma
 Condones Inyección Crema Espuma y condones Ninguno

HISTORIA SEXUAL

¿A qué edad tuvo contacto sexual por primera vez? _____
Número de compañeros(as) sexuales en los últimos dos años _____
Sus compañeros (as) sexuales han sido del: mismo sexo sexo opuesto ambos sexos
¿Ha tenido una pareja sexual que utilizó drogas inyectables o tuvo relaciones sexuales con la persona del mismo sexo? Sí No
¿En alguna ocasión ha sido golpeada, cacheteada, pateada, empujada o lastimada físicamente por un conocido? Sí No
¿En alguna ocasión ha sido forzada a un acto sexual no deseado? Sí No

Clinician: _____

Date: _____



Date/Fecha: _____

Patient Name/Nombre del paciente: _____

Patient Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

TUBERCULOSIS RISK ASSESSMENT

Patient: refers to you or your child depending upon who is visiting the doctor.

High Risk Country: refers to countries other than the United States, Canada, Australia, New Zealand or countries located in Western or Northern Europe.

	YES	NO	FOR TRUECARE STAFF USE
1. Has the <u>patient</u> had a positive tuberculosis test OR been diagnosed with tuberculosis disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perform symptom check – NO PPD/QG
2. Has a family member or other person who has contact with the <u>patient</u> had a positive tuberculosis test OR tuberculosis disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PPD Testing or Quantiferon Gold (QG) Testing or Symptom Check as clinically indicated
3. Was the <u>patient</u> born in a high-risk country (see above)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Has the <u>patient</u> traveled to a high-risk country (see above) for more than 3 weeks in the past year or do they cross the US-Mexico border on a regular basis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Has the <u>patient</u> ever consumed raw (unpasteurized) milk or cheese (queso fresco) purchased outside of the United States?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PPD/QG Testing
6. In the past year, has the <u>patient</u> had close contact with someone who is homeless, abused drugs, or has been in prison (including themselves)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Has the <u>patient</u> had a high risk medical condition such as HIV, malignancy, silicosis or prolonged immune suppressing therapy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Note: HIV positive patients need annual tuberculosis testing.

EVALUACIÓN DE RIESGO DE TUBERCULOSIS

Paciente: se refiere a usted o a su hijo/a dependiendo de quién consulte al doctor.

País de alto riesgo: se refiere a países que no sean Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda ni países ubicados en Europa del Norte u Occidental.

	SI	NO	SOLO PARA PERSONAL DE TRUECARE
1. ¿Ha tenido el/la <u>paciente</u> una prueba positiva de tuberculosis O se le ha diagnosticado tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perform symptom check- No PPD/QG
2. ¿Algún miembro de la familia u otra persona que tiene contacto con el/la <u>paciente</u> ha tenido una prueba de tuberculosis positiva O diagnosticado con tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PPD Testing or Quantiferon Gold (QG) Testing or Symptom Check as clinically indicated
3. ¿El/la <u>paciente</u> nació en un país de alto riesgo (ver definición arriba)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿El/la <u>paciente</u> ha viajado a un país de alto riesgo (ver definición arriba) por más de 3 semanas en el último año o cruzan la frontera de USA-México de forma regular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿El/la <u>paciente</u> ha consumido alguna vez quesos (queso fresco) o leche cruda (sin pasteurizar) que se haya comprado fuera de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PPD/QG Testing
6. En el último año, ¿El/la <u>paciente</u> ha tenido contacto cercano con una persona sin hogar, que ha abusado drogas o que ha estado en prisión (incluso ellos mismos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿El/la <u>paciente</u> ha tenido una condición médica de alto riesgo como VIH, malignidad, silicosis o terapia inmunodepresora prolongada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nota: los pacientes con VIH positivo deben hacerse la prueba de tuberculosis anualmente.

Patient Signature /Firma del Paciente: _____ Clinician Signature: _____

FOR TRUECARE™ STAFF USE/SOLO PARA PERSONAL DE TRUECARE™: PROBING QUESTIONS/NOTES FOR “YES” ANSWERS

Q1&2: Did the patient have active or latent TB and did they receive Tx or Prophylaxis and if so, did they finish treatment? Hx of BCG? Have they had a CXR if no prophylaxis and if so, when? Q3: Name country Q4: Name country, length of time and when? Q5: Name what, when and where Q6: Consider annual testing if repetitive exposure Q7: HIV+ requires annual testing

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

Adulto (Adult)

Nombre del paciente (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy
Persona que llena el formulario (si el paciente necesita ayuda)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro Especifique		¿Necesita ayuda para llenar el formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Nutrition
2	¿Come frutas y verduras todos los días? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
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 <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
4	¿Tiene la posibilidad de comer suficientes alimentos saludables? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>(Skip)</i>	
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 <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
6	Por lo general, ¿come demasiado o muy poco? <i>Often eats too much or too little food?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
7	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
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 <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Physical Activity
9	¿Se siente seguro donde vive? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Safety
10	¿Ha tenido accidentes automovilísticos últimamente? <i>Had any car accidents lately?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

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: <input type="checkbox"/> (hombres) 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día? <input type="checkbox"/> (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 <i>(Yes)</i>	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:

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipator y Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
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: