UCSF Benioff Children's Physicians

Registro Para Pacientes Adulto

Instrucciones: Por favor complete toda la información que ***es aplicable.***

Información del Paciente		
Nombre del Paciente (Apellido, Primer Nombre):		**Fecha de Nacimiento:**
Estado Civil:	**Sexo:**	**Número de Seguro Social:**
Domicilio:		
Número de Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:	
Correo Electrónico:		
¿Idioma Preferido?	**¿Necesita un Intérprete?** ☐ Sí ☐ No	
¿Como le gustaria recibir sus recordatorios? ☐ Mensaje de texto ☐ Llamada telefónica ☐ No quiero recordatorios	¿Está empleado el paciente? ☐ Sí ☐ No Si sí, nombre del empleador:	
Nombre del Médico Primario:	**Estatus de Empleo**: ☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo	

Contactos del Paciente	
En caso de una emergencia, por favor escriba **los nombres de las personas** (madre/padre, abuelos, etc) a la cual debemos de contactar:	
(1) Nombre y Apellido del Contacto:	
¿**Es igual** el domicilio de este contacto como el domicilio del paciente? ☐ Sí ☐ No	
Si es que no, por favor escriba el domicilio aquí:	
Número de Teléfono de Casa y/o Celular:	**Parentesco al Paciente**: ☐ Madre/Padre ☐ Esposo/a ☐ Pareja ☐ Tio/a ☐ Hermano/a ☐ Otro Pariente ☐ Tutor/Cuidador ☐ Amigo/a
(2) Nombre y Apellido del Contacto:	
¿**Es igual** el domicilio de este contacto como el domicilio del paciente? ☐ Sí ☐ No	
Si es que no, por favor escriba el domicilio aquí:	
Número de Teléfono de Casa y/o Celular:	**Parentesco al Paciente**: ☐ Madre/Padre ☐ Esposo/a ☐ Pareja ☐ Tio/a ☐ Hermano/a ☐ Otro Pariente ☐ Tutor/Cuidador ☐ Amigo/a

UCSF Benioff Children's Physicians

Información del Seguro Médico Primario		
Nombre del Seguro Médico Primario:		
Número de la Póliza:	**Número del Grupo:**	
¿Quien es el suscriptor de este plan? ☐ Yo ☐ Contacto Número Uno (1) ☐ Contacto Número Dos (2) ☐ Alguien Más		
Si es "Alguien Más" por favor escriba el nombre completo y el domicilio del indicado:		
Parentesco al Paciente: ☐ Madre/Padre ☐ Esposo/a ☐ Pareja ☐ Otro Pariente		
Número de Teléfono de Casa y/o Celular:	¿Está **empleada** esta persona? ☐ Sí ☐ No	
Nombre del Empleador del Suscriptor:	☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ Retirado	
Fecha de Nacimiento del Suscriptor:	**Sexo:**	**Número de Seguro Social:**

Información del Seguro Médico Secundario		
Nombre del Seguro Médico Secundario:		
Número de la Póliza:	**Número del Grupo:**	
¿Quien es el suscriptor de este plan? ☐ Yo ☐ Contacto Número Uno (1) ☐ Contacto Número Dos (2) ☐ Alguien Más		
Si es "Alguien Más" por favor escriba el nombre completo y el domicilio del indicado:		
Parentesco al Paciente: ☐ Madre/Padre ☐ Esposo/a ☐ Pareja ☐ Otro Pariente		
Número de Teléfono de Casa y/o Celular:	¿Está **empleada** esta persona? Sí ☐ No	
Nombre del Empleador del Suscriptor:	☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ Retirado	
Fecha de Nacimiento del Suscriptor:	**Sexo:**	**Número de Seguro Social:**

¿Cómo Se Enteró De Nosotros?	
☐ Pariente/Familia/Amistad ☐ Doctor ☐ Internet/Televisión/Radio ☐ Seguro Médico ☐ No Se	
Nombre del doctor quien los refirió:	
Si está embarazada, ¿cuál es su **fecha de parto esperada?**	☐ Soltero ☐ Gemelo ☐ Múltiplos

¿Cual es el Nombre y Domicilio de Su Farmacia y Laboratorio?

Firma del Paciente:	**Fecha de Hoy:**

¡Muchas gracias! Por favor entregue las formas a las recepcionistas.

UCSF Benioff Children's Physicians

We Ask Because We Care

Raza y grupo étnico:
preguntamos porque usted nos importa

Favor de contestar este cuestionario. Utilizamos esta información para revisar el tratamiento que reciben los pacientes y asegurarnos de que todos reciban atención de la más alta calidad. Sus respuestas individuales son privadas y no se compartirán fuera del sistema de atención médica.

1. ¿Se considera usted hispano o latino? (Hispanic/Latino?) ☐ Sí (Yes) ☐ No (No) ☐ No deseo contestar (Decline) ☐ No lo sé (Unknown)

2. ¿Cómo describiría su raza? Por raza, nos referimos al grupo o grupos principales de gente del que provienen sus ancestros. *Favor de marcar tantas categorías como hagan falta para describirse.* (Describe your race)

   ☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska (Am. Indian/Alaska Native)
   ☐ Negro o afroamericano (African American/Black)
   ☐ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico (Nat. Hawaiian/Pacific Islander)
   ☐ No deseo contestar (Decline)
   ☐ Asiático (Asian)
   ☐ Blanco (White)
   ☐ Otro_____(Other)
   ☐ No lo sé (Unknown)

3. ¿Cómo describiría el grupo étnico al que pertenece? Por grupo étnico, nos referimos al grupo o grupos con los que comparte su identidad cultural o costumbres. *Favor de marcar tantas categorías como hagan falta para describirse.(Describe your ethnicity)*

   ☐ Africano (African)
   ☐ Negro o afroamericano (African Am./Black)
   ☐ Nativo de Alaska (Alaska Native)
   ☐ Indígena estadounidense (American Indian)
   ☐ Árabe o del norte de África (Arab/North African)
   ☐ Indio del continente asiático (Asian Indian)
   ☐ Camboyano (Cambodian)
   ☐ Primeras naciones (Canadá) (First Nation/Canada)
   ☐ Caribeño o de Indias Occidentales (Caribbean/West Indian)
   ☐ Centroamericano (Central American)
   ☐ Chino (Chinese)
   ☐ Europeo o de ascendencia europea (European/European Descent)
   ☐ Filipino (European/European Descent)
   ☐ Guameño (Guamanian)
   ☐ Hmong (Hmong)
   ☐ Indígena - Maya (Indigena-Maya)
   ☐ Japonés (Japanese)
   ☐ Coreano (Korean)
   ☐ Laosiano (Laotian)
   ☐ Mexicano (Mexican)
   ☐ Oriente Medio (Middle Eastern)
   ☐ Mongol (Mongolian)
   ☐ Nativo de Hawái (Native Hawaiian)
   ☐ Nativo de las islas del Pacífico (Pacific Islander)
   ☐ Ruso (Russian)
   ☐ Samoano o samoano americano (Samoan/American Samoan)
   ☐ Suramericano (South American)
   ☐ Tailandés (Thai)
   ☐ Tibetano (Tibetan)
   ☐ Tongano (Tongan)
   ☐ Vietnamita (Vietnamese)

   ☐ No deseo contestar (Decline) ☐ No lo sé (Unknown) ☐ Otro_____(Other)

4. ¿Donde naciste?_____

Favor de entregar este formulario al personal de la recepción cuando lo haya contestado. Gracias.

UCSF Benioff Children's Physicians

Recibo de Reconocimiento Del Aviso De Privacidad

Su nombre y la firma en esta hoja indican que ha dado acceso a una copia de la notificación de prácticas de privacidad de UCSF (aviso) en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la información en el aviso de prácticas de privacidad, no vacile por favor entrar en contacto con un representante de la clínica. Una copia es publicada en nuestro sitio web en www.UBCP.org.

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

Si El Paciente es Menor, Padre/Madre/Tutor Legal o Nombre del Garante Financiero

Relacion Con El Paciente

Firma del Paciente o Padre/Madre/Tutor Legal Fecha de Notificacion Recibida

Puede escanear este QR codigo para ver el Aviso de Practicas de Privacidad

UCSF Benioff Children's Physicians

Términos y Condiciones de Registro, Servicios Médicos y Acuerdo Financiero

1. UCSF Benioff Children's Physicians (UBCP) es parte de la Universidad y está compuesta de su(s) hospital(es), centro(s) médicos, sus clínicas de hospital, y la Escuela de Medicina de UCSF.
2. **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Yo doy mi consentimiento a los tratamientos médicos o proceso de atención, radiografías, extracción de sangre para análisis, inyecciones, el tomo de fotografías médicas, videografía, y servicios de laboratorio.
3. **DESCARGO DE INFORMACIÓN MÉDICA:** El Acto de las Prácticas y Uso de Información del Estado de California requiere que UBCP proporcione la siguiente información a quienes dan información de ellos mismos. Como un paciente de UBCP, se pedirá de mi cierta información personal, como mi domicilio, número de teléfono, número de Seguro Social, información de mi seguro médico, historial médico y de tratamiento. El propósito para pedir esta información es para asegurar la identidad, continuación de cuidado médico, y pago para tal cuidado. Bajo la autoridad del Acto Federal de la Ley de Privacidad de 1974, Artículo IX, Sección 9, de la Constitución de California, el Acto de Práctica de Información (Código Civil 1798 y siguientes.), Código de Reglamentos de California, Título 22, Sección 70749, UBCP está autorizado a mantener esta información. Y como requerido por UBCP, el entrego de esta información es obligatorio, menos que se indique al contrario. Yo entiendo que el fallar al entregar esta información puede afectar mi cuidado medico, beneficios y cobertura de mi seguro médico. UBCP obtendrá mi autorización para descargar la información de mi tratamiento médico por escrito, menos en las circunstancias cuando UBCP está permitido o requerido por ley a divulgar la información, (vea Notificación de las Prácticas de Privacidad de UBCP para la descripción de las circunstancias específicas de cuando UBCP puede divulgar esta información). Por ejemplo UBCP puede entregar una copia de mi expediente médico a proveedores de cuidado de salud, planes de guros médicos, agencias gubernamentales, y proveedores de compensación de trabajadores lesionados. Ademas entiendo que si me diagnostican con una enfermedad de declaración obligatoria en California, se requiere por ley que UBCP reporte mi diagnóstico al Departamento Estatal de Servicios de Salud.
4. **ACUERDO FINANCIERO:** Yo entiendo que aun teniendo cobertura médica, es posible que sea financieramente responsable para parte o por todos mis servicios médicos. Por ejemplo, si tengo un copago, co-insurance, o deductible, yo estoy de acuerdo de pagar la cantidad que debo. Si no tengo cobertura que cubra el servicio que reciba, yo estoy de acuerdo que le pagaré a UBCP para los servicios profesionales y clínicas. Si no puedo pagar, entiendo que tal vez pueda calificar para asistencia pública, arreglo de pagos, y/o servicio de caridad. También entiendo que cuando este acuerdo sea firmado por mi esposo/a, padre/madre, o garante financiero, mi esposo/a, padre/madre o garante financiero será también conjuntamente e individualmente responsable conmigo para pago, incluyendo todos los cargos de coleccion, (honorarios, del abogado, cargos y gastos de colección), además a cual otra cantidad que se deba. Cuentas no saldadas serán referidas a otras agencias para coleccion cuales adquirirán intereses a la tasa legal vigente.
5. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (INCLUYENDO BENEFICIOS DE MEDICARE):** Yo autorizo pago directo a UBCP por medio de cual quier beneficio de seguro, incluyendo seguro de hospital, y compensación de desempleo beneficios de desabilidad de lo contrario a nombre de o en mi nombre a UBCP, incluyendo servicios de emergencia, a un costo de no sobrepasar los cargos actuales de UBCP. Yo entiendo que soy responsable por los cargos no pagados conforme a este acuerdo. Además estoy de acuerdo de que cualquier crédito que resulte por pago del seguro médico o por otros recursos pueden ser aplicados a cualquier otra cuenta debida por mi a UBCP.

Porfavor firma la parte de atras. El leído todo a lo cual estoy de acuerdo, y he recibido una copia de estos Términos y Condiciones de Servicio:

Nombre del Paciente	**Fecha**
Firma del Paciente o Testigo (requerido si el paciente no puede firmar)	**Fecha**
Testigo Parentesco al Paciente	
Firma del Intérprete (si corresponde)	**Fecha**
El Idioma Utilizado	

UCSF Benioff Children's Physicians

Formulario de Historia Clínica para Paciente Adulto – Medicina Materno-Fetal

*Instrucciones: Complete **todos los campos aplicables** a continuación.*

Información de la Paciente	
Nombre de la paciente (apellido, primer nombre):	**Fecha de nacimiento:**
¿Cuál es el motivo de la visita de hoy?	

Historia Clínica Obstétrico-Ginecológica	
Fecha del último período menstrual:	Fecha del último Papanicolaou:
¿Actualmente, padece de algo de lo que se enumera a continuación? ☐ Dolor pélvico ☐ Sangrado ☐ Calambres ☐ Náuseas ☐ Vómitos ☐ Fiebre ☐ Escalofríos	
¿Ha viajado, usted o su pareja, a una zona afectada por el virus del Zika en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No	
De estar embarazada, **fecha prevista de parto :**	☐ Embarazo único ☐ Embarazo de gemelos ☐ Embarazo múltiple
De estar embarazada, ¿recibe en su embarazo atención de un especialista, además de su proveedor regular de atención obstétrica ("co-managed")? ☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, proporcione el **nombre del especialista**:
¿Ha tenido una visita con **ultrasonido previa**? ☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, ¿**cuándo y dónde** fue la visita con ultrasonido?
Fecha de desenlace del 1° embarazo:	
☐ Término completo ☐ Prematuro ☐ Aborto espontáneo ☐ Aborto ☐ Ectópico ☐ Molar	☐ Parto único ☐ Gemelos ☐ Embarazo múltiple
Estado de vida actual: ☐ Vivo ☐ Muerto ☐ Muerte neonatal ☐ Muerte fetal	**Tipo de parto:** ☐ Vaginal ☐ Cesárea
Peso al nacer (si corresponde):	Sexo (si corresponde):
Fecha de desenlace del 2° embarazo:	
☐ Término completo ☐ Prematuro ☐ Aborto espontáneo ☐ Aborto ☐ Ectópico ☐ Molar	☐ Parto único ☐ Gemelos ☐ Embarazo múltiple
Estado de vida actual: ☐ Vivo ☐ Muerto ☐ Muerte neonatal ☐ Muerte fetal	**Tipo de parto:** ☐ Vaginal ☐ Cesárea
Peso al nacer (si corresponde):	Sexo (si corresponde):
Fecha de desenlace del 3° embarazo:	
☐ Término completo ☐ Prematuro ☐ Aborto espontáneo ☐ Aborto ☐ Ectópico ☐ Molar	☐ Parto único ☐ Gemelos ☐ Embarazo múltiple
Estado de vida actual: ☐ Vivo ☐ Muerto ☐ Muerte neonatal ☐ Muerte fetal	**Tipo de parto:** ☐ Vaginal ☐ Cesárea
Peso al nacer (si corresponde):	Sexo (si corresponde):
Fecha de desenlace del 4° embarazo:	
☐ Término completo ☐ Prematuro ☐ Aborto espontáneo ☐ Aborto ☐ Ectópico ☐ Molar	☐ Parto único ☐ Gemelos ☐ Embarazo múltiple

UCSF Benioff Children's Physicians

Estado de vida actual: ☐ Vivo ☐ Muerto ☐ Muerte neonatal ☐ Muerte fetal	**Tipo de parto:** ☐ Vaginal ☐ Cesárea
Peso al nacer (si corresponde):	Sexo (si corresponde):
Fecha de desenlace del 5° embarazo:	
☐ Término completo ☐ Prematuro ☐ Aborto espontáneo ☐ Aborto ☐ Ectópico ☐ Molar	☐ Parto único ☐ Gemelos ☐ Embarazo múltiple
Estado de vida actual: ☐ Vivo ☐ Muerto ☐ Muerte neonatal ☐ Muerte fetal	**Tipo de parto:** ☐ Vaginal ☐ Cesárea
Peso al nacer (si corresponde):	Sexo (si corresponde):
¿Alguna vez ha tenido algo de lo que se enumera a continuación?	
¿Resultado anormal en un Papanicolaou? ☐ Sí ☐ No	**En caso afirmativo,** ¿cuál fue la **fecha y forma** de tratamiento?
¿Enfermedad de transmisión sexual? ☐ Sí ☐ No	**En caso afirmativo**, ¿cuál fue el tipo y la forma de tratamiento?
¿Terapia hormonal sustitutiva? ☐ Sí ☐ No	¿Períodos anormales? ☐ Sí ☐ No
¿Actualmente, es **sexualmente activa**? ☐ Sí ☐ No	Cantidad de parejas sexuales **en su vida**:
Cantidad de parejas sexuales en el **último año**:	Sexo de las parejas sexuales: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Ambos
Método anticonceptivo: ☐ Condones ☐ Diafragma ☐ Capuchón cervical ☐ DIU/Implante/Parche ☐ Pastillas ☐ Ninguno	
¿Padece dolor durante el **coito**? ☐ Sí ☐ No	

Historia Clínica General

¿Actualmente, se encuentra en tratamiento por algún problema médico? ☐ Sí ☐ No

Marque si actualmente **tiene o tuvo** algo de lo que se enumera a continuación:

☐ Derrame cerebral ☐ Enfermedad/trastorno renal ☐ Enfermedad hepática ☐ Asma ☐ Anemia ☐ Enfermedad autoinmune
☐ Trastorno sanguíneo ☐ Transfusión de sangre ☐ Enfermedad cardíaca congénita ☐ Diabetes Mellitus ☐ Enfermedad cardíaca
☐ Hipertensión ☐ Violencia interpersonal ☐ Infección del tracto urinario ☐ Varicela ☐ Infertilidad ☐ Fibromas
☐ Anemia de células falciformes ☐ Enfermedad tiroidea ☐ Tuberculosis ☐ Trastorno convulsivo ☐ Trastorno tromboembólico
☐ Enfermedad Inflamatoria Pélvica ☐ Trastorno psiquiátrico/Depresión/Ansiedad ☐ Otro (especificar):

☐ Cáncer	Tipo de cáncer:	☐ Diabetes	Tipo de diabetes:
Fecha y resultados de colonoscopía:		Fecha y resultados de mamografía:	

Cirugías anteriores (incluir tipo y fecha):

Hospitalizaciones o transfusiones de sangre anteriores (incluir tipo y fecha):

Alergias actuales:

Medicamentos actuales con prescripción (incluya dosis y frecuencia, para obtener <u>más espacio</u> use el reverso de la PÁGINA 3):

UCSF Benioff Children's Physicians

Historia Clínica Familiar

Complete si un miembro de su familia tiene actualmente, o tuvo, una complicación médica, enfermedad o trastorno:

Familiar	Tipo de complicación, enfermedad o trastorno (por ej. cáncer de colon, trastorno bipolar, depresión)
Madre	
Padre	
Hermana	
Hermano	
Tía	
Tío	
Abuela materna	
Abuelo materno	
Abuela paterna	
Abuelo paterno	

Marque si usted o su pareja O familiares tienen, o han tenido, algo de lo que se enumera a continuación:

☐ Anomalías congénitas ☐ Retraso mental ☐ Defectos cardíacos congénitos ☐ Síndrome de Down ☐ Pérdida de la audición/visión
☐ Espina bífida/Anencefalia ☐ Fibrosis quística ☐ Distrofia muscular ☐ Enfermedad/rasgo de células falciformes
☐ Talasemia ☐ Trastorno metabólico ☐ Origen étnico mediterráneo/asiático/askenazi/francocanadiense/acadiano

Aspecto Social

Empleo actual o pasado:

¿Con quién vive (incluir mascotas si procede)?

Marque si **ha consumido o actualmente consume** algo de lo que se enumera a continuación:
☐ Cigarrillos ☐ Tabaco (de mascar) ☐ Puros ☐ Alcohol ☐ Drogas **(**indique el tipo**):** _____

Respecto de las anteriores, **¿con qué frecuencia?**
☐ Nunca ☐ Casi nunca ☐ Socialmente ☐ Moderadamente ☐ Con mucha frecuencia

¿Con qué frecuencia hace ejercicio?	**¿Con qué duración?**
☐ 0 – 3 veces por semana ☐ 4+ veces por semana	☐ 10–30 min por sesión ☐ 30+ min por sesión

¿Hay algo más que le gustaría comentar al proveedor?

¡Gracias! Entregue este formulario al personal médico cuando ingrese a la sala.

UCSF Benioff Children's Physicians

Maternal-Fetal Medicine

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Telefono:** _____

Como está embarazada o ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría saber cómo se siente. Por favor, compruebe la respuesta que se acerca más a cómo se ha sentido **EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solo cómo se siente hoy.

EJEMPLO: Me he sentido feliz.

- ☐ Si todo el tiempo
- ☐ **Si, la mayoria de las veces:** *esto significaria, "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo" durante la ultima semana*
- ☐ No, no muy a menudo
- ☐ No, en absoluto

1. **He podido reír y ver el lado bueno de las cosas.**
   - ☐ Tanto como siempre
   - ☐ No tanto ahora
   - ☐ Mucho menos
   - ☐ No, no he podido

2. **He mirado al futuro con placer.**
   - ☐ Tanto como siempre
   - ☐ Algo menos de lo que solía hacer
   - ☐ Definitivamente menos
   - ☐ No, nada

3. **Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal.**
   - ☐ Si, casi siempre
   - ☐ Si, algunas veces
   - ☐ No muy a menudo
   - ☐ No, nunca

4. **He astado ansiosa y preocupada sin motivo.**
   - ☐ No, nada
   - ☐ Casi nada
   - ☐ Si, a veces
   - ☐ Si, a menudo

5. **He sentido miedo o pánico sin motivo.**
   - ☐ Si, bastante
   - ☐ Si, a veces
   - ☐ No, no mucho
   - ☐ No, nada

EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)
J. L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky
From: *British Journal of Psychiatry* (1987), 150,782-786

UCSF Benioff Children's Physicians

Maternal-Fetal Medicine

6. **Las Cosas me oprimen o agobian.**
   - ☐ Si, casi siempre
   - ☐ Si, a veces
   - ☐ No, casi nunca
   - ☐ No, nada

7. **Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir.**
   - ☐ Si, casi siempre
   - ☐ Si, a menudo
   - ☐ No muy a menudo
   - ☐ No, nada

8. **Me he sentido triste y desgraciada.**
   - ☐ Si, casi siempre
   - ☐ Si, bastante a menudo
   - ☐ No muy a menudo
   - ☐ No, nada

9. **He estado tan infeliz que he estado llorando.**
   - ☐ Si, casi siempre
   - ☐ Si, bastante a menudo
   - ☐ Solo ocasionalmente
   - ☐ No, nunca

10. **He pensado en hacerme daño a mi misma.**
    - ☐ Si, bastante a menudo
    - ☐ Si, a menudo
    - ☐ Casi nunca
    - ☐ No, nunca

Gracias! Por favor devuelva la mano a un miembro del personal cuando se complete.

Administrar/Revisar Por: _____ Fecha: _____

EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)
J. L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky
From: *British Journal of Psychiatry* (1987), 150,782-786