

Cuestionario para la clínica ambulatoria

Fecha _____

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Edad _____	Profesión _____	Estado civil _____	Origen étnico <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Hispánica <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Indígena americana <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Europea <input type="checkbox"/> Otro
Dirección de domicilio Calle _____ Núm. apartamento _____ Ciudad, Estado Código postal _____	Teléf. domicilio _____ Teléf. celular _____	Profesión, empleador y dirección del trabajo Empleador _____ Dirección del trabajo _____ Teléf. del trabajo _____			

¿La han atendido en esta clínica anteriormente? _____ Si es así, ¿cuándo? _____

Número de seguro social: _____

Nombre del cónyuge _____ Teléf. del cónyuge: _____ Teléf. del trabajo del cónyuge: _____

En caso de emergencia, ¿con quién debemos comunicarnos? _____

Relación: _____ Teléf. del contacto _____

Tiene algún seguro médico? _____ Si es así, ¿cuál es el nombre del seguro? _____

Describe el problema médico que tiene _____

Escriba las medicinas que toma o usa actualmente: (Incluyendo gotas para los ojos, vitaminas, medicamentos sin receta, medicinas herbales, laxativos, etc.)

¿Cómo obtuvo estos medicamentos? _____

¿Cuál es su estatura? _____ ¿Cuánto pesa? _____

¿Tiene un historial personal de alguno de los siguientes?
Favor de contestar todas las preguntas, SIN dejar espacios blancos.
Si su solicitud tiene espacios blancos, no se considerará.

SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
SALUD GENERAL			NARIZ/GARGANTA		
		OBESIDAD			SINUSITIS
		PESO DEBAJO DE LO NORMAL			SANGRADO NASAL FRECUENTE
		ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA			DOLOR DE GARGANTA
		MAL ESTADO DENTAL			
CABEZA			RESPIRATORIO		
		DOLORES CRÓNICOS DE CABEZA			EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
		MIGRAÑAS			NEUMONÍA O ASMA
OJOS					TUBERCULOSIS O PRUEBA CUTÁNEA POSITIVA PARA TUBERCULOSIS
		USA ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO			OTROS PROBLEMAS PULMONARES (favor de detallar):
		VISIÓN BORROSA			ALÉRGIAS ESTACIONALES
CUELLO			ESTÓMAGO		
		PROBLEMAS O CIRUGÍA DE LA TIROIDES			DIABETES
		LIMITACIÓN PARA MOVERSE			ÚLCERAS, PROBLEMAS ESTOMACALES

		OÍDOS			COLITIS, SÍNDROME DEL COLON IRRITABLE
		INFECCIONES DEL OÍDO			DIARREA O ESTREÑIMIENTO CRÓNICO
		PÉRDIDA AUDITIVA			PROBLEMAS CON LA VESÍCULA
		USA AUDÍFONOS			
		CORAZÓN			URINARIO
		ENFERMEDAD/PROBLEMAS DEL CORAZÓN			PIEDRAS EN EL RIÑÓN
		PRESIÓN ARTERIAL ALTA O BAJA			CIRUGÍA DE VEJIGA O RIÑÓN
		INSUFICIENCIA CARDÍACA			SALIDA ACCIDENTAL DE ORINA (INCONTINENCIA)
		NIVEL ALTO DE COLESTEROL			EMOCIONAL
		SANGRE			PROBLEMAS EMOCIONALES
		HEPATITIS			DEPRESIÓN O ANSIEDAD
		COÁGULOS O DERRAME CEREBRAL			ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ
		LEUCEMIA			PROBLEMAS MATRIMONIALES
		ANEMIA (NIVEL BAJO DE GLÓBULOS ROJOS O HIERRO)			CÁNCER
		PRUEBA POSITIVA DE VIH O SIDA			ACTUALMENTE TIENE CÁNCER?
					¿ALGUNA VEZ HA TENIDO CÁNCER? SI ES ASÍ, ¿EN QUÉ PARTE?

Explique se responde "Si" a alguna pregunta:

SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
		GINECOLOGÍA			MUSCOLOESQUELÉTICO
		¿CUÁNDO TUVO SU ÚLTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU?			DOLORES AGUDOS/GENERALIZADOS O TORCEDURAS MUSCULARES
		¿CUÁNDO TUVO SU ÚLTIMO MAMOGRAFÍA?			RESTRICCIONES FÍSICAS EN MOVIMIENTOS
		OTROS PROBLEMAS MÉDICOS			ALERGIAS
		¿FUMA O MASTICA TABACO?			ALIMENTOS:
		¿CUÁNTAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS CONSUME POR SEMANA? _____			
		¿ACTUALMENTE USADA MARIHUANA, COCAÍNA, HEROÍNA, ANFETAMINAS, U OTRAS DROGAS PROHIBIDAS?			MEDICINAS:

¿ Tiene algún miembro inmediato de su familia alguna de las siguientes?

SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
		ENFERMEDAD CARDÍACA O ATAQUE CARDÍACO			DERRAME CEREBRAL, COÁGULOS O FLEBITIS
		PRESIÓN ARTERIAL ALTA			ENFERMEDAD CRÓNICA
		ENFERMEDAD DE RIÑONES O VEJIGA			TUBERCULOSIS
		DIABETES			

Explique se responde "Si" a alguna pregunta:

OFFICE USE ONLY:

Accepted _____ Denied _____ Signature: _____

Assign to: 1st year 2nd year 3rd year 4th year Specific: _____

¿Cómo aprende mejor nueva información? (Marque todas las que correspondan):

Instrucción verbal Instrucción escrita Demostración Práctica

Otra: Explique _____

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

El objetivo de esta evaluación es determinar si necesita la ayuda de nuestro personal de dietética. Responda a las siguientes preguntas y si tiene comentarios anótelos abajo.

SI	NO	ALGUNAS VECES	DECLARACIÓN
			Tomo una multivitamina todos los días.
			Omito comidas o paso períodos largos sin comer.
			Tengo un historial de trastornos de la alimentación, como bulimia o anorexia
			Actualmente tengo problemas con náuseas y vómito
			Actualmente tengo problemas con estreñimiento o diarrea
			Actualmente tengo problemas con calambres en las piernas
			Actualmente tengo problemas con acidez
			Actualmente tengo problemas con alergias a la leche
			Actualmente sigo una dieta especial
			Tengo problemas con el hecho de que no como suficiente
			Creo que necesito asesoramiento individual sobre la nutrición
COMENTARIOS ADICIONALES:			

¿Lo está atendido otro médico? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿con quién se atendió? (Anote el nombre, dirección y número de teléfono) _____

Firma

Fecha

Revisado por:

Confirmación de ayuda económica

Nuestros registros indican que fue aprobado el _____ para calificar y recibir la ayuda económica de Baylor Scott & White HealthTexas Provider Network ("HTPN"). Este formulario nos permitirá confirmar que no han ocurrido cambios a su clasificación designada de ayuda desde la última determinación, y que aún califica para recibir ayuda económica de acuerdo con la Norma de Ayuda Económica. Si sus ingresos o cobertura de seguro médico cambian en algún momento, deberá proporcionar esta información a HTPN para que se actualice su cuenta.

Nombre completo del paciente Núm. de cuenta EPIC de HTPN

Fecha de nacimiento

Sección para el paciente o tutor legal:

Entiendo que al firmar a continuación estaré declarando de que mis ingresos o cobertura de seguro médico no han cambiado desde la fecha de mi solicitud original y de que me podrían aún considerar para recibir ayuda económica según las normas de HTPN. Acepto también informarle al consultorio cualquier cambio que ocurra en mis ingresos o cobertura de seguro médico para que se pueda volver a evaluar mi clasificación de ayuda en el programa.

Entiendo que mi solicitud de ayuda económica aprobada permanecerá en vigor hasta el _____ para permitir realizar las visitas de seguimiento necesarias cuando corresponda. Al final de este plazo, me podrían requerir volver a solicitar la ayuda económica.

Firma del paciente o parte responsable

Nombre completo en letra de imprenta

Fecha

Sección para el personal del consultorio:

Fecha de la primera aprobación

Fecha de extensión de la aprobación (no más de 90 días)

Firma del personal de aprobación autorizado (gerente o administrador)

Fecha

Nombre en letra de imprenta Ubicación del consultorio



Solicitud de ayuda financiera de Baylor Scott & White Health

Número de Cuenta del Paciente

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Número de seguro social

Dirección de residencia del paciente

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Estado civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Número de teléfono

Nombre del cónyuge

Empleado/a Sí No

Empleado/a Sí No

Empleador del paciente

Empleador del cónyuge

Núm. de teléfono

Núm. de teléfono

¿Los centros de BSWH (Baylor Scott & White Health) donde recibió los servicios son los centros de la red más cercanos a su residencia principal? Si respondió que no, ¿los centros más cercanos no pudieron brindarle atención o se negaron a hacerlo?

Sí No Sí No

Si está desempleado/a, incluya el nombre y número de teléfono del empleador anterior

A. Ingresos: Proporcione el ingreso para cada una de las siguientes personas en su hogar.

Complete solo si el paciente es menor de edad (de no ser así, deje el espacio en blanco)

Paciente Jornada completa Jornada parcial - Horas/semana =

\$ Hora Semana Quincenal Mensual Anual

\$ Ingreso adicional

Padre del paciente Jornada completa Jornada parcial - Horas/semana =

\$ Hora Semana Quincenal Mensual Anual

\$ Ingreso adicional

Cónyuge Jornada completa Jornada parcial - Horas/semana =

\$ Hora Semana Quincenal Mensual Anual

\$ Ingreso adicional

Madre del paciente Jornada completa Jornada parcial - Horas/semana =

\$ Hora Semana Quincenal Mensual Anual

\$ Ingreso adicional

Ingreso total de la familia \$

Ingreso total de la familia \$

B. Verificación de Ingresos: Proporcione verificación (envíe solo copias, no la documentación original) para todas las fuentes de ingreso familiar (la documentación aceptable se indica a continuación). Controle los documentos adjuntos:

- Envío de cheque de pago Verificación del empleador Consulta de crédito (completada por BSWH) Formulario W-2 del IRS Declaración de impuestos Ayuda gubernamental (cupones de alimentos, CDIC, Medicaid, TANF) Estados de cuenta Otros (describa a continuación) Cartas de resolución de seguridad social, compensación laboral o compensación por desempleo

Si no puede proporcionar alguna de las documentaciones de las fuentes de ingresos mencionadas anteriormente, explique el motivo:

C. Familiares: Proporcione la cantidad total de personas en la casa del paciente. (Este número solo debe incluir al paciente, al cónyuge del paciente y a los dependientes del paciente)

D. Activos y otros recursos:

¿Tiene algún activo u otros recursos a su disposición? (Los ejemplos incluyen cuentas de ahorro, fideicomisos, acciones, bonos, cuentas de jubilación, fondos mutuos, etc.) Sí No Si es afirmativo, monto actual disponible:

¿Tiene seguro médico? Sí No Si es afirmativo, indique el nombre del proveedor:

¿Tiene una cuenta de ahorro para la salud o una cuenta de gastos flexibles? Sí No Si es afirmativo, monto actual disponible:

Comprendo que Baylor Scott & White Health ("BSWH") puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de ayuda financiera ("Solicitud") con relación a la evaluación de BSWH de esta Solicitud y, mediante mi firma, por la presente autorizo a mi empleador o a cualquier persona indicada en esta Solicitud a certificar o proporcionar detalles adicionales con respecto a la información proporcionada en esta Solicitud. Además, autorizo a BSWH a solicitar informes de agencias de información de crédito y de la Administración de Seguro Social. Certifico que las declaraciones realizadas en esta Solicitud son verdaderas y correctas. A mi local saber y entender, y están hechas de buena fe. Soy consciente de que la falsificación o tergiversación de la información en esta Solicitud puede tener como resultado el rechazo de la ayuda financiera.

También comprendo que algunas médicas y proveedores pueden no ser empleadas de BSWH. Comprendo que puedo recibir facturas por separado de esos proveedores y esta solicitud de ayuda financiera no se aplicará a dichos saldos adeudados.

Firma del paciente o la parte responsable

Nombre en imprenta

Fecha

For Hospital Use Only

Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.

Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative

Date

Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:

Patient is part of community care program Program Name: First Statement Date: