

¡Bienvenido(a) y gracias por escoger Valley View Health Center!

Por favor, tómese el tiempo para completar este formulario con la mayor exactitud posible para que podamos atender de la forma debida sus necesidades de salud. La confidencialidad de la información sobre su salud está protegida de conformidad con las protecciones federales para la privacidad de la información sobre la salud por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Apreciará que hacemos preguntas sobre raza, etnia, género e identidad sexual. Hacemos estas preguntas acerca de cada paciente. El motivo de que las hagamos es poder revisar el tratamiento que reciben todos los pacientes y asegurarnos de que su clínica está proporcionando una atención culturalmente informada. Valley View proporciona información demográfica, financiera y de salud, no identificable, a organizaciones de las que recibimos subvenciones, con objeto de evaluar la salud en general de nuestras comunidades. Su identificación personal no se proporciona a estas organizaciones.

Le rogamos que comprenda que el nombre y el género legal que aparecen en la sección de contacto del paciente tienen fines relacionados con el seguro, y deben usarse en documentos pertinentes para el seguro y la facturación. ¡Gracias!

Información de Contacto del/la Paciente

Nombre legal (Apellido, Nombre de pila, Segundo nombre):	Fecha de nacimiento:
Nº de la Seguridad Social:	
Sexo de nacimiento: Hombre / Mujer	Género actual: Hombre / Mujer
Dirección postal:	
Dirección física:	
Teléfono celular:	Teléfono del hogar:
Dirección de correo electrónico: _____ @ _____	
Farmacia actual (Nombre y Ubicación):	

Información Demográfica

Idioma de preferencia: _____

Orientación sexual:

- Heterosexual
- Bisexual
- Gay
- Lesbiana
- Queer
- Se lo cuestiona
- Declina revelar
- Otra opción: _____

Identidad de género:

- Mujer
- Mujer transgénero
- Hombre
- Hombre transgénero
- No binaria
- Intersexual
- Queer de género
- Declina revelar
- Otra opción: _____

Situación de vivienda:

- Sin hogar
- Hogar permanente/ Alquiler
- Declina responder

Condición de veterano(a) (¿Ha estado usted en el ejército?)

- Sí No

Etnia (¿Es usted Hispano(a)/Latino(a)?)

- Sí No Desconocido

Raza (Marque todas las opciones que correspondan):

- Asiática Nativa de Alaska/India Americana
- Negra/Afroamericana Nativa de Hawaii
- Isleña del Pacífico Blanca Desconocida
- Declina responder Otra opción: _____

Estado civil:

- Soltero(a) Cónyuge permanente Pareja doméstica
- Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
- Separado(a) legalmente Desconocido/Declina
- Otra opción: _____

Trabajador(a) agrícola (Por favor, indique si, en los últimos dos años, usted o su familia han trabajado en campos, huertos, invernaderos, granjas, viñedos, centros de empaque, o con animales, como ganado bovino, ganado lechero, ovejas, aves de corral, criaderos de peces) Sí No

Trabajador(a) emigrante (Por favor, indique si, en los últimos dos años, usted o su familia **se mudaron** para trabajar en campos, huertos, invernaderos, granjas, viñedos, centros de empaque, o con animales, como ganado bovino, ganado lechero, ovejas, aves de corral, criaderos de peces) Sí No

Responsable Individual del Pago	<input type="checkbox"/> Igual que Información de Contacto del Paciente
--	---

Nombre (Apellido, Nombre de pila, Segundo nombre):	Fecha de nacimiento:
Relación con el/la Paciente:	NSS:
Dirección postal:	
Nº de teléfono:	

Persona de Contacto en Caso de Emergencia		
Nombre:	Teléfono:	Parentesco:
Nombre:	Teléfono:	Parentesco:

¿Cómo tuvo usted conocimiento de nuestra clínica?

Amigo/Familia Evento comunitario Hospital Publicidad Directorio telefónico Otra opción:

Política de Cancelación de Citas

- Si usted se retrasa más de **(10) diez** minutos para su cita, **puede** que se le solicite volver a programarla.
- Por favor, notifique con **un mínimo de 24h laborales** de antelación la necesidad de cancelar o reprogramar una cita.
- Las citas canceladas que se notifiquen con menos de 24h de antelación se considerarán como una “cancelación de corto plazo.”
- Si usted tiene **(2) dos citas perdidas/cancelaciones de corto plazo dentro de un período de (6) seis meses. Podría perder el derecho a programar citas durante un período de hasta seis meses.** La atención seguirá estando disponible para cualquier paciente que se encuentre en Estado de Espera. Estado de Espera significa que un(a) paciente debe llegar antes de las 8:00 am y esperar a una cita abierta.

Comprendo la Política de Cancelación de Citas de Valley View Health Center Escriba aquí sus iniciales _____

Solicitudes de la Oficina Comercial

- Por favor, muestre tarjetas de seguro **actuales** cuando se presente para su cita.
- Se espera el pago o el copago en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho disposiciones previas.
- Los niños menores de 18 años deben estar acompañados de un progenitor/tutor que permanezca en la clínica durante todo el tiempo que dure la cita. No se permite dejar menores (menos de 18 años de edad) en nuestra sala de espera sin la supervisión de un adulto.
- **El seguro, el DSHS y otros tipos de asistencia son un acuerdo entre usted y la organización o compañía de seguros. USTED es responsable de los pagos que no estén cubiertos.**

Autorización para el Pago de Beneficios a Valley View Health Center

Por la presente autorizo el pago directamente a Valley View Health Center por los servicios que he recibido. Comprendo que soy financieramente responsable ante Valley View Health Center por los servicios no pagados por el seguro u otros terceros pagadores.

Escriba aquí sus iniciales _____

Accedo a pagar mi copago en cada visita: **Escriba aquí sus iniciales _____**

Autorización a la Divulgación de Información

Por la presente autorizo la divulgación de toda la información relacionada conmigo o con cualquiera de mis personas dependientes que pueda tener una implicación en los beneficios pagaderos en virtud de este o de cualquier otro plan que proporcione beneficios de servicio. Una copia de esta autorización será tan válida como el original.

Escriba aquí sus iniciales _____

Reconozco que toda la información proporcionada es exacta y verdadera.

X _____ Fecha _____
 FIRMA DEL PROGENITOR/TUTOR o Testigo (Si el paciente adulto está incapacitado para firmar)

Responsabilidad Financiera del Paciente

Estamos dedicados a proveer el mejor cuidado posible para usted y queremos que entienda completamente nuestras expectativas financieras. Como cortesía, le cobraremos a su aseguradora basado en la información que usted nos dé. Si no tiene aseguradora de salud, esperamos que usted pague el balance completo por los servicios que reciba.

Pago es requerido en el momento de servicio, incluyendo co-pagos, deducibles, cuotas de servicio, y/o cualquier servicio que no sea cubierto. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito, y la mayoría de tarjetas de crédito principales. Si usted es incapaz de pagar al momento de servicio, arreglos de pago deben hacerse sin ninguna cuota administrativa adicional.

Le enviaremos un estado de cuenta por cualquier balance adicional que usted deba. Todos los balances de cuenta deben pagarse dentro de 30 días de la fecha incluida en el estado. **Si no es capaz de pagar el balance completo en esa fecha, debe contactar a nuestro Especialista en Cuentas de Pacientes al (360) 330-9564 para hablar de otros recursos que posiblemente sean disponibles para usted.** Nos reservamos el derecho de poner cualquier cuenta a base de efectivo. Fallo en hacer pagos o en contactar a nuestro Especialista en Cuentas de Pacientes puede resultar en actividad de colección.

Pagos a su cuenta se pueden hacer por los siguientes métodos:

1. Pago por completo en efectivo, tarjetas de débito, la mayoría de tarjetas de crédito principales, y cheques personales.
2. Plan de pago mensual sin interés que permite que pague su cuenta. Por favor contacte a nuestro Especialista en Cuentas de Pacientes al (360) 330-9564 para hablar de arreglos de pago flexibles.
3. Asistencia Financiera puede estar disponible a pacientes que están pasando por dificultades financieras por todo o parte del cuidado de salud o servicio que recibieron de cualquier Centro de Salud Vista del Valle.
4. Cargos por servicios cubiertos dados a pacientes sin aseguradora pueden calificar para un descuento de personas sin aseguradora.
5. Los cargos por servicios no cubiertos debido a proveedores fuera de la red no acreditados, o no inscritos serán cobrados en su totalidad.
6. Descuento de pago-por-completo en efectivo también está disponible. Por favor contacte a nuestro Especialista en Cuentas de Pacientes al (360) 330-9595 para ver si califica.

Nombre del Paciente (Imprima)

Fecha

Firma del Paciente, Padre o Guardián

Declaracion de Privacidad

Valley View Health Center

Nuestra oficina se dedica proteger los derechos de privacidad de nuestros pacientes o información confidencial confiados a nosotros. Es un requisito de cada empleado que reciba el entrenamiento apropiado y se dedican al concepto principal que su información de salud nunca debe ser comprometida. Podemos, de vez a vez modificar nuestras políticas de privacidad y practicas pero siempre informar de cualquier cambio que pudiera afectar sus y nuestras obligaciones y derechos.

Protegiendo su información Personal De Salud

Utilizamos y revelamos la información que obtenemos de usted solamente según lo permitido por la ley de redención de cuentas y la portabilidad del seguro de salud y el estado de Washington.. Esto incluye dediciones referente a su tratamiento, pago, y nuestras operaciones del cuidado médico. Su información personal de salud nunca será dada o revelada a nadie-incluso miembros de la familia – sin el consentimiento o autorización escrita por usted. Usted puede dar la autorización escrita para que divulguemos su información a cualquier persona que usted elige, para cualquier propósito.

Nuestras oficinas y sistemas electrónicas están asegurado contra acceso que no este autorizado y nuestros empleados están entrenado de asegurase de que siempre este protegida la confidencialidad, integridad, y acceso a sus registros. Nuestras políticas de privacidad y practica se aplican a todos los pacientes anteriores, actuales y futuros, así usted puede estar asegurado que su información medica protegida nunca será indebidamente divulgada o liberada.

Colectando Información Protegida de Salud

Solo solicitaremos la información personal necesitada para proporcionar nuestro estándar de atención médico de calidad, implementar actividades de pago, llevar a cabo operaciones de practica de salud normal y cumplir con la ley.. Esto puede incluir su nombre, dirección; número de teléfono, número de seguro social, datos de empleo, historia médico, expediente de salud, etc. Mientras que la mayoría de la información sea colectada de usted, nosotros podemos obtener la información a partir de los terceros si lo estima necesario. Independiente de la fuente, su información personal siempre será protegida toda la extensión de la ley

Acceso de su Información Protegida de Salud

Como se declaró anteriormente, podemos divulgar información requerido por la ley. Estamos obligados proporcionar información a la policía y funcionarios gubernamentales bajo ciertas circunstancias. No utilizaremos su información para los propósitos de las comercializaciones o recaudaciones de fondos sin su consentimiento escrito. Podemos utilizar y/o divulgar su información medica para comunicarnos recordatorios de sus citas, incluyendo mensajes, contestadores automáticos, y mensajes postales a menos que nos indica lo contrario. Nunca se utilizara, divulgar, vender, o si no permiten acceso a su información personal, protección a cambio de o recibo de remuneración financieras.

Cualquier incumplimiento de la protección de su información personal medica, incluyendo la adquisición no autorizada, el acceso, uso o divulgación, será investigado a fondo, tratado, y mitigado como indique HIPAA Privacy Rule. Usted tiene el derecho de toda la información relacionado con cualquier violación involucrada a su información personal.

Los Derechos de los Pacientes

Usted tiene el derecho de solicitar copias de su información de salud y para solicitar una lista de los casos de los cuales nosotros o asociados de nosotros han divulgado su información protegida para las aplicaciones con excepción indicado arriba. Todas peticiones deben estar en escrito. Podemos cobrar para sus copias según como nos permita la ley. Si usted cree que su derechos han sido violados, le urgimos notificación inmediatamente. Usted puede notificar El Departamento De servicios De Salud y Humanos.

Si desea una copia completa de nuestra declaración de practicas de privacidad; por favor pregunte en la recepción.

Valley View Health Center

Chehalis, Washington 98532

Reconocimiento del Recibo de la Declaración de Prácticas de Privacidad

Reconozco que he recibido una copia de la Declaración de Prácticas de Privacidad para las oficinas del Centro de Salud Valley View. La Declaración de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que podrían ocurrir en mi tratamiento, pagos por servicios, o en la ejecución de operaciones de atención médica de oficina. La Declaración de Privacidad también describe mis derechos y las responsabilidades y obligaciones de esta oficina en respecto a mi información de salud protegida. La Declaración de Prácticas de Privacidad también está publicada en la instalación.

El Centro de Salud Valley View se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad actualmente descritas en la Declaración de las Prácticas de Privacidad. Si las prácticas de privacidad cambian, se me ofrecerá una copia de la declaración de privacidad corregida en el momento de mi primera visita después que las revisiones entren en vigencia. Puedo también obtener una declaración revisada de las prácticas de privacidad solicitando que uno sea enviado a mí o transmitido a mí de otra manera.

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN ADICIONAL

Además de las divulgaciones permitidas mencionadas en la declaración de prácticas de privacidad, por este medio específicamente autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a la(s) persona(s) identificada(s) abajo. (Entiendo que la respuesta por omisión es "NO", sino se indica "SI" como respuesta a cada pregunta individual. Información personal protegida (PHI) no pueda compartirse con nadie a menos que de otra manera sea permitido por las reglas de HIPAA.)

Esposo/Esposa (*Nombre*): SI NO

Cualquier Miembro de Mi Familia (*Hijos/as, Esposo/sa de sus Hijos/as, Padres, Nietos/as*)
(*Nombre y Relación*): SI NO

Podemos compartir las vacunas de su hijo/a con la escuela
(*Nombre de la escuela*): SI NO

Otro (*Especifique por favor*): SI NO

Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento:

Firma del Paciente: Fecha:

Representante Personal del Paciente (*Por favor escriba su nombre*):

Firma del Representante Personal: Fecha:

Número de Teléfono del Representante Personal:

DEBAJO DE ESTA LINEA PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

ACKNOWLEDGMENT NOT OBTAINED

Provided Prior to Treatment YES NO Date Statement Provided:

Reason for not obtaining patient signature	<input type="checkbox"/>	Needed more time to review Statement of Privacy Practices
	<input type="checkbox"/>	Wanted to consult another person before signing
	<input type="checkbox"/>	Physically unable to sign
	<input type="checkbox"/>	No reason offered
	<input type="checkbox"/>	Other:

Family Size & Income (Tamaño de Familia e Ingresos)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social: _____

Fecha de hoy: _____

El Centro de Salud Valley View recibe fondos en base de la información proporcionada en este formulario. Incluso si usted no está solicitando el descuento, por favor complete la información de **tamaño de familia e Ingresos** para ayudarnos a cumplir nuestros reportes de información. *Gracias!*

Por favor escriba el nombre de su esposo/a o pareja y sus dependientes, incluso si no está solicitando el descuento.

Nombre	Relación a usted	Tipo de ingreso	Ingresos brutos mensual
	Yo		
Ingreso total:			

Nota: Por favor, incluya la documentación de ingresos para cada adulto en el hogar. Se requieren copias de declaraciones de impuestos, los dos últimos talones de pago, u otra información de ingresos verificado antes de que se apruebe un descuento.

Muestras de tipo de ingresos:

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|--|
| • Empleo | • Seguro Social | • Apoyó por un familiar ausente |
| • Ingresos de discapacidad | • Beneficio de veteranos | • Remuneración salarial |
| • Desempleo | • Manutención | • Otro |
| • Manutención de niños | • Beca | • Asistencia pública/estampillas de comida |
| • Empleado por cuenta propia | • Subsidio vivienda | |
| • Ahorros | • Subsidio militar | |

Si su ingreso es de \$ 0, por favor háganos saber cómo cumple sus necesidades básicas.

Descuento

Es la política del Centro de Salud Valley View proporcionar servicios independientemente de la capacidad de un individuo para pagar. El *descuento* se ofrece en función del tamaño de la familia y los ingresos anuales. Por favor complete la información y vuelva a la recepción para determinar si usted o miembros de su familia son elegibles para un *descuento*.

- Yo entiendo que soy responsable por pagos después de calificar para el descuento. Iniciales _____
- Yo entiendo que algunos servicios no son cubiertos por este descuento. Iniciales _____
- Yo entiendo que cuentas más de 90 días atrasadas pueden ser enviadas a colección. Iniciales _____
- Yo entiendo que debo traer pruebas de ingresos dentro de 30 días. Iniciales _____

Certifico que la información de tamaño de familia e ingresos proporcionada es correcta. El Centro de Salud Valley View tiene mi permiso para verificar esta información. Este formulario debe ser completado cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Nombre/Guardián: _____ **Firma:** _____ **Relación al Paciente:** _____

Uso De Oficina Personal

Staff Name: _____

Income Verification Provided:

 Prior year tax return
 Two (2) most recent pay stubs
 Supporting letter with Manager's initials _____

 Other: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ FECHA: _____

¡Bienvenido(a) y gracias por escoger Valley View Health Center!

Por favor, tómese el tiempo para completar este formulario con la mayor exactitud posible para que podamos atender de la forma debida sus necesidades de salud. La confidencialidad de la información sobre su salud está protegida de conformidad con las protecciones federales para la privacidad de la información sobre la salud por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Apreciará que hacemos preguntas sobre género e identidad sexual. Hacemos estas preguntas acerca de cada paciente. El motivo de que las hagamos es poder revisar el tratamiento que reciben todos los pacientes y asegurarnos de que su clínica está proporcionando una atención culturalmente informada. Valley View proporciona información demográfica, financiera y de salud, no identificable, a organizaciones de las que recibimos subvenciones, con objeto de evaluar la salud en general de nuestras comunidades. Su identificación personal no se proporciona a estas organizaciones.

Entregue este documento al auxiliar médico o a la enfermera cuando le vuelvan a llamar.

- ¿Alguien tiene poder notarial para representarlo o es su apoderado para fines de atención médica con lo cual tiene la facultad para tomar decisiones sobre la atención que usted recibe en situaciones que ponen en peligro la vida? Sí No *Si la respuesta es sí, por favor, entréguenos una copia.*
- ¿Tiene una Directiva Anticipada de Atención Médica, como por ejemplo, una orden de no resucitar? Sí No
- Si la respuesta es no, ¿desea analizar este tema con su prestador hoy mismo? Sí No

Alergia: Marque todas las que correspondan. Indique si tiene cualquier otra alergia adicional, si fuera necesario.

<input type="checkbox"/>	Antibiótico (especifique):
<input type="checkbox"/>	Codeína
<input type="checkbox"/>	Yodo/mariscos
<input type="checkbox"/>	Látex
<input type="checkbox"/>	Otro:

Historia clínica: Marque todas las opciones que correspondan

<input type="checkbox"/>	Alergia	<input type="checkbox"/>	Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/>	Coolesterol alto	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de intestino irritable
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	Antecedentes de ataque cardíaco
<input type="checkbox"/>	Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	Arritmia	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis
<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (COPD)	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	Enfermedades renales (del riñón)
<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de las arterias	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Enfermedades hepáticas	<input type="checkbox"/>	Trastorno convulsivo
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral
<input type="checkbox"/>	Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	VIH	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la tiroides

- ¿Ha concurrido recientemente a alguna consulta con un especialista o en un hospital? Sí No

Medicamentos que toma actualmente: (Indique todos los medicamentos recetados y TAMBIÉN los medicamentos no recetados)

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia de uso

Si necesita más espacio, utilice el reverso de la última página o entréguele una lista de medicamentos por escrito a su enfermera.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ FECHA: _____

Historia Clínica Familiar

Marque todas las opciones que correspondan y especifique el parentesco con usted, si han fallecido, y la edad de fallecimiento (si corresponde).

Enfermedad	Parentesco	¿Ha fallecido? (Sí/No)	¿Edad de fallecimiento?
Alcoholismo			
Enfermedad de Alzheimer			
Asma			
Trastornos de la sangre			
Cáncer/Tipo:			
Enfermedades del corazón (cardíacas)			
Enfermedad de las arterias coronarias			
Cardiopatía coronaria			
Depresión			
Diabetes			
Hipertensión			
Enfermedades mentales			
Migrañas			
Osteoporosis			
Enfermedades renales			
Trastornos convulsivos			
Derrame cerebral			
Enfermedades de la tiroides			
Otra opción:			

Operaciones y/u hospitalizaciones:

Angioplastia	Revascularización coronaria (CABG)	Bypass gástrico	Fibromas uterinos
Apendicectomía	Marcapasos	Reparación de hernia	Cirugía de reducción abierta y fijación interna (ORIF)
Artroscopia	Liberación del túnel carpiano	Reemplazo de cadera	Tiroidectomía
Cirugía de espalda	Cataratas	Histerectomía	Amigdalectomía
Ligadura de trompas	Vesícula biliar	Reemplazo de rodilla	Otra opción:
Transfusión de sangre	Cirugía de colon	Cirugía para corregir la visión con láser (LASIK)	
Cirugía de aumento de senos	Dilatación y legrado (D&C)	Mastectomía	

Vacunas:

Fecha de la última vacuna contra el tétano: ___/___/___

Fecha de la última vacuna contra la gripe/neumonía: ___/___/___

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Exámenes médicos preventivos (si corresponde)

 Fecha del último control: ___/___/___
 Fecha de la última consulta odontológica: ___/___/___
 Fecha de la última colonoscopia: ___/___/___ Marque aquí si no
 corresponde
 Fecha del último examen ocular: ___/___/___ Marque aquí si no
 corresponde
 Fecha de la última prueba de Papanicolaou: ___/___/___ Resultados: Normal Anormal Marque aquí si no
 corresponde
 Fecha de la última mamografía: ___/___/___ Resultados: Normal Anormal Marque aquí si no
 corresponde

A lo largo de las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias por los siguientes problemas?

	En absoluto	Muchos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Falta de interés o de placer al hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentimiento de abatimiento, depresión o desesperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antecedentes de uso de sustancias

- ¿Bebe productos cafeinados? Sí No
- ¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No Anteriormente
- ¿Consume productos derivados del tabaco? Sí No Anteriormente
- ¿Fuma cigarrillos? Sí No Anteriormente
- Si la respuesta es sí, ¿alguna vez ha intentado dejar de usar los productos derivados del tabaco? Sí No/Nunca
- Si anteriormente consumía tabaco, ¿cuánto hace que dejó de hacerlo? _____

Historia Clínica Confidencial
La presente información es confidencial y **no** se incluye en su historia social.

- ¿Es sexualmente activo/a? Sí No
- ¿Practica sexo seguro? Sí No
- ¿Recibe profilaxis previa a la exposición (PrEP)? Sí No
- ¿Ha utilizado drogas alguna vez? No Si Si la respuesta es sí, cuáles: _____
- ¿Fuma marihuana? Sí No

Antecedentes de maltrato/violencia doméstica:

- ¿Alguna vez se ha sentido asustado/a/amenazado/a/controlado/a por una pareja, familiar o persona a cargo de su cuidado? Sí No

Gracias por responder este formulario de historia clínica. Sus respuestas son confidenciales y nos ayudarán a brindarle una atención más completa y especializada.