



## Charlotte Community Health Clinic, Inc.

### (En español, Clínica Comunitaria de Salud Charlotte)

#### SOLICITUD AL PROGRAMA DE ESCALA DE DESCUENTO PARA NUEVOS PACIENTES

La Clínica de Salud de la Comunidad de Charlotte (CCHC en inglés) está comprometida a ofrecer servicios médicos de alta calidad a todos los miembros de la comunidad, independientemente de que tengan la capacidad de pagar o no.

Todos los pacientes de la Clínica de Salud de la Comunidad de Charlotte con ingresos familiares del 200% del nivel de pobreza o menos determinado por las Normas Federales que sometan la documentación requerida, serán elegibles para un descuento en los servicios médicos, dentales, psicológicos y de farmacia.

Para calificar al Programa de Tarifas de Descuento, es necesario saber el total de los ingresos familiares y el número de personas en la familia. Es indispensable que presenten prueba de ingresos que sean aceptables y verificables, así como la lista detallada del número de personas en la familia. **Si estas pruebas no se presentan**, usted será responsable por el 100% de los costos.

**FAVOR PRESENTE COPIAS – ESTAS NO SERAN DEVUELTAS**  
**(Todos los documentos serán destruidos después de concluida la investigación)**

#### **Prueba de Ingresos Aceptable – Presente prueba por cada adulto que aparece en la solicitud.**

- Declaración de Impuestos – La más reciente del presente año
- Formulario W-2 (del trabajo)
- Colillas, Talones o Recibos de pago de los últimos 30 días (más sería mejor) de su trabajo
- Carta del Empleador en papel de membrete de la empresa (debe incluir nombre de persona a contactar, número de teléfono, y nombre y dirección de la compañía)
- Carta Oficial: Carta del Seguro Social, de la Agencia de Veteranos o de la Agencia de Servicio Social que indique los ingresos.
- Prueba de Desempleo – Documentación de la Oficina de Compensación que indique cuanto recibe de pago y por cuanto tiempo.
- Cuota Alimenticia o Acuerdo de Mantención de Menores
- Extracto de Cuenta Bancaria (solamente si tiene depósito directo del trabajo)
- Documentación Oficial de Ingresos: Prueba de Jubilación, Prueba de Invalidez o Prueba de Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI).
- Si es Desamparado: Carta del Refugio que le presta servicios.
- Si esta Mantenido por un familiar o amigo: Carta de esa persona especificando en detalle el tipo de ayuda que le da y por cuanto tiempo.

#### **Presente identificación de cada integrante del hogar – (de persona nombrada en la solicitud)**

*Todas las personas residiendo en un mismo lugar y compartiendo los gastos de vivienda y manutención, cuentan financieramente como si fueran integrantes de la familia.*

- Identificación con Fotografía de cada uno de los adultos en el hogar. (Licencia de Manejar, Pasaporte, Tarjeta de Residencia)
- Identificación de cada uno de los niños (Identificación Escolar, Tarjeta de Seguro Social, Tarjeta de Seguro Médico o Certificado de Nacimiento) para todos los dependientes menores de 18 años.

**Complete y Firme la Solicitud adjunta. Entregue junto con la documentación requerida según se indica aquí, A LO MAS TARDAR UNA SEMANA ANTES DE SU CITA:**

Por E-Mail a: [financiamiento@cchc-clt.org](mailto:financiamiento@cchc-clt.org)

En Persona a: Clínica de la Comunidad de Charlotte, 8401 Medical Plaza Dr. Suite 300, Charlotte, NC 28262

En Persona a: Clínica de la Comunidad de Charlotte, 5301 Wilkinson Blvd. Charlotte, NC 28208



Nombre: \_\_\_\_\_ Nacimiento: / / \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_ Recibido: \_\_\_\_\_  
(PRIMERO, SEUNDO Y APELLIDOS) mes día año (Uso Oficial) (Uso Oficial)

**Me han dado la oportunidad de solicitar al programa de Escala de Descuento de CCHC.  
NO DESEO SOLICITAR EN ESTE MOMENTO AL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFAS AJUSTABLES.**

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Los datos colectados en este formulario serán usados solamente para recibir información acerca de usted y su familia, con el fin de poderles ofrecer mejores servicios médicos, dentales y psicológicos.

**Este formulario no será usado para limitar o negarle servicios.**

1. ¿Algún otro miembro de su familia está solicitando por descuentos con esta solicitud?  Sí  No  
*Si la respuesta es Si, favor indicarlo en la columna final abajo*
2. ¿Tiene Medicaid, Medicare o algún otro seguro médico privado?  Sí  No
3. ¿Si tiene seguro privado, cual es el deducible anual por cada miembro de su familia? \$ \_\_\_\_\_
4. ¿Alguna vez usted/sus dependientes han solicitado Medicaid o Medicare y se los han negado?  Sí  No
5. ¿Desea ayuda a solicitar o re solicitar a Medicaid?  Sí  No
6. ¿Está desempleado?  Sí  No
7. ¿Está impedido para trabajar por enfermedad o invalidez?  Sí  No

**ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL PACIENTE, PADRE O GUARDIAN: Favor de incluirse usted, conyugue/compañero/hijos y todas las personas que viven en su hogar.**

Nombre*	Relación en la Familia	Fecha de Nacimiento	Ingresos	Frecuencia	Prueba de Ingresos*	Plan de Seguro de Salud que lo cubre.	Deducible Anual	Está Aplicando por Asistencia?
Ejemplo: Juan Gabriel	Yo mismo	5/16/46	\$346	Semanales	Formulario de Impuestos	Medicare	Ninguno	Si

**\*Vea la lista de documentos aceptables como prueba de ingresos e identificación de los miembros de la familia**

Incluyo Prueba de Ingresos por las cantidades mencionadas arriba  Sí  No  
Incluyo Identificación de todos los miembros de la familia listados arriba  Sí  No

**\*\*\*La Documentación debe ser presentada por el Paciente, Padre o Guardián para determinar si es elegible a los descuentos de las Tarifas de Descuento\*\*\***

Entiendo que esta información está sujeta a verificación por parte de la Clínica de Salud Comunitaria Charlotte. Certifico que esta información es Verdadera y Correcta según mi conocimiento. Entiendo y Acepto que dar Información Falsa puede resultar en que se me niegue el derecho de solicitar al programa. Además, acepto las condiciones y los términos del Programa de las Tarifas de Descuento y que reportaré a CCHC cualquier cambio a la información dada. **También entiendo que debo presentar prueba de ingresos antes de mi próxima visita, o de lo contrario tendré que pagar el costo total sin ningún descuento.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FORMULARIO PARA REGISTRACION DEL PACIENTE**  
Favor IMPRIMIR. Devuelva el/los formulario/s completos al escritorio de Registración.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_  
PRIMER NOMBRE, SEGUNDO Y APELLIDOS

Si el paciente es Menor de Edad: Nombre del Padre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social / W7 #: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino  Mujer Transgénero Hombre/Mujer  Hombre Transgénero Mujer/Hombre  Otro

Dirección de la Casa o Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tel. del Hogar: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

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

Empleo  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Desempleado/a Estudiante  Tiempo Completo  Medio Tiempo  No

Idioma Principal:  Inglés  Español  Otro País de Origen \_\_\_\_\_

¿Necesita un Intérprete?  Sí  No

Origen Étnico (marque uno):  Hispano/Latino  No Hispano/Latino

Raza (las que apliquen):  Indio Americano  Nativo de Alaska  Asiático  Negro/Afro-Americano  Blanco/Caucásico  
 Nativo de Hawái  Otra Isla del Pacífico  Otra

**Características – Poblaciones Especiales** (datos usados por CCHC por ser un Centro Federalmente Calificado que ofrece la tarifa de descuento en base a los ingresos y número de personas en el hogar)

¿Es Veterano/a Estadounidense?  Sí  No

¿Es Trabajador/a Agrícola?  Sí  No

¿Dónde Vive?  Casa/Apartamento Alquilado o Propio  Vivienda Pública  Refugio  Calle  
 En Transición (de un lugar a otro)  Vivienda Compartida (con otra persona o familiar)  Otra

Ingresos anuales del Hogar aproximados:  menos de \$11,500  \$11,500-15,000  \$15,001-20,000  \$20,001-30,000   
 \$30,001-40,000  \$40,001-50,000  \$50,001-60,000  \$60,001-\$70,000  \$70,001-  
80,000  \$80,001-90,000  más de \$90,000

Número de personas en el Hogar: Adultos: \_\_\_\_ Niños: \_\_\_\_

Orientación Sexual:  Heterosexual (no lesbiana/ homosexual)  Lesbiana/ Homosexual  Bisexual  
 Otra  No lo sé  Prefiero no responder

**INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE (¿Quién pagara las cuentas?)**  
(Complete esta sección si la Persona Responsable NO es el Paciente)

Relación de la Persona Responsable:  Paciente  Esposo/a  Padre  Guardián Legal  Otro \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masc.  Feme.  
PRIMER NOMBRE, SEGUNDO Y APELLIDOS

Dirección de la Casa o Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel. del Hogar: \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_



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

MRN # \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO**  
*Favor presentar su Tarjeta de Seguro en cada cita al registrarse*

**SEGURO PRIMARIO**

Nombre del Plan: \_\_\_\_\_ No. de Identificación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ No. de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_  
 No. de Seguro Social del Asegurado.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  
 Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO**

Nombre del Plan: \_\_\_\_\_ No. de Identificación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ No. de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_  
 No. de Seguro Social del Asegurado.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  
 Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

CCHC requiere pago el día del servicio. Este pago incluye los deducibles pendientes, copagos, servicios no cubiertos por su póliza, pagos de la Tarifa de Descuento y cualquier cargo restante después de que el seguro ha pagado su cuenta. Es importante que sepa que el seguro puede que no cubra todos sus cargos, que usted es responsable de los balances no pagados en su cuenta, y que se le cobrará hasta que la cuenta sea pagada en su totalidad. El Programa de Tarifas de Descuento está disponible para familias de bajos ingresos. Este programa ayuda a que los pacientes reciban un descuento en los costos de servicios. Puede solicitar con el personal de inscripciones presentando documentación que verifique los ingresos totales y el número de personas en el hogar. Es necesario solicitar cada año al programa. *Se Requiere Pago el Día de la Visita Médica.* Al firmar este documento está indicando que está consciente de las Pólizas y Procedimientos citados arriba y que ha sido informado del Programa de Tarifas de Descuento.

Autorizo a que las asignaciones de todos los beneficios de seguro sean pagados directamente a CCHC.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Referidos/ Opción de Escoger**

CCHC es un proveedor de atención médica primaria y estamos equipados a ofrecer todos los servicios médicos que pueden ser requeridos para su atención médica. En algunos casos, puede que CCHC le recomiende otros servicios médicos adicionales como servicios de laboratorio, de rayos X, u otros servicios especializados de profesionales médicos. En ese caso, usted podrá ser requerido a pagar en el día del servicio y/o facturado por faltantes en su cuenta por el proveedor de referido.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Autorización para Divulgación de Información**

Autorizo a la Clínica de Salud de la Comunidad de Charlotte (CCHC) a divulgar a mi aseguradora o sus agentes designados, cualquier información con respecto a la atención médica (física y/o psicológica), de consejería, tratamiento o suministros que me brinden con fines de administración, revisión, investigación o evaluación de cobertura de reclamos y utilización de servicios. Autorizo que una copia de esta información tenga la misma validez que el original. Informaré por escrito a la Clínica de la Salud de la Comunidad de Charlotte, si hay alguna información que no quiero sea divulgada.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Confirmación del Paciente**

Recibí el Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos y Responsabilidades del Paciente

Confirmando que he recibido y me han dado la oportunidad de leer una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos y Responsabilidades del Paciente de la Clínica de Salud de la Comunidad de Charlotte. (CCHC)

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Fecha: \_\_\_\_\_  
MRN # \_\_\_\_\_

**Formulario de Autorización para Entrega de Información Médica  
(En inglés, HIPPA, a personas designadas por el paciente)**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Entrega de Información**

Autorizo la entrega de mi información médica, incluyendo resultados de diagnósticos, historial de consultas médicas, exámenes, e informe de pagos. Esta información puede ser entregada a:

Esposo/a \_\_\_\_\_

Hijos \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

No autorizo que se entregue mi información a ninguna persona.

***Esta autorización estará en efecto hasta que yo la revoque por escrito.***

**Para dejar Mensajes**

Favor llamar al:

Teléfono de mi casa \_\_\_\_\_

Teléfono de mi trabajo \_\_\_\_\_

Número de mi Celular \_\_\_\_\_

Si no pueden contactarme:

Dejar mensaje detallado

Dejar mensaje pidiendo que les devuelva la llamada

\_\_\_\_\_

La mejor hora para localizarme es (día) \_\_\_\_\_ entre las horas de \_\_\_\_\_

Firma del Paciente (o Adulto Responsable): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# Historial Médico

Sus respuestas en este formulario le ayudarán a su proveedor de servicios médicos a comprender mejor sus preocupaciones y condiciones médicas. Por favor conteste todas las preguntas lo mejor que pueda.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

¿Cómo calificaría su salud general?    Excelente    Buena    Regular    Mala

**Motivo principal de la cita hoy:** \_\_\_\_\_

**Otras inquietudes:** \_\_\_\_\_

**Alergias o reacciones a medicamentos, comidas, y animales:** \_\_\_\_\_

**Revisión de los sistemas:** En las últimas **DOS SEMANAS**, ¿ha tenido alguna de las siguientes cosas? (marque todas las que apliquen)

<b>Salud general</b>	<b>Genitourinario</b>
_____ Fiebre/sudores/escalofríos recientes	_____ Dolor al orinar u orina con sangre
_____ Debilidad/cansancio sin explicación	_____ Pérdidas de orina
_____ Pérdida/aumento de peso sin explicación	_____ Frecuencia urinaria
<b>Ojos, oídos, nariz, boca, garganta</b>	_____ Micción nocturna
_____ Cambios en la visión	_____ Flujo (del pene o de la vagina)
_____ Dificultad para oír/zumbido en los oídos	_____ Dolor/hinchazón testicular
_____ Alergia al polen	_____ Sangrado vaginal inusual
_____ Dificultad para tragar	_____ Periodos menstruales irregulares
<b>Respiratorio</b>	<b>Musculoesquelético</b>
_____ Respiración silbante/tos	_____ Dolor de los músculos/articulaciones
_____ Tos con sangre	_____ Dolor de la espalda (inicio reciente)
<b>Cardiovascular</b>	_____ Dolor de la espalda (crónico)
_____ Dolor/malestar del pecho	<b>Pecho</b>
_____ Palpitaciones/latidos irregulares	_____ Bulto en el seno
_____ Dificultad para respirar con la actividad física	_____ Secreción del pezón
_____ Hinchazón en las piernas o los pies	<b>Piel</b>
<b>Gastrointestinal</b>	_____ Erupción o lesiones de la piel
_____ Acidez/reflujo de ácido	_____ Lunar nuevo o cambiado
_____ Sangre en las heces	<b>Neurológico</b>
_____ Náuseas/vómitos/diarrea	_____ Dolores de cabeza
_____ Cambio en los hábitos intestinales	_____ Pérdida de memoria
<b>Endocrina</b>	_____ Desmayos
_____ Intolerancia al calor/frío	_____ Mareos
_____ Piel reseca	_____ Entumecimiento/hormigueo
_____ Cabello ralo	<b>Hematológico</b>
_____ Aumento de sed/apetito	_____ Glándulas inflamadas/bultos inexplicados
	_____ Propensión a moretones/sangrado
	<b>Emocional</b>
	_____ Ansiedad o estrés
	_____ Dificultad para dormir
	_____ Tristeza o depresión



**MEDICAMENTOS:**

Favor de enumerar **todas** las medicinas con y sin receta que usted toma, incluidas las vitaminas, los remedios caseros, anticonceptivos, hierbas, etc. (También puede adjuntar una lista de medicamentos por separado.)

Medicamento	Dosis (ej.: mg/píldora)	¿Cuántas veces al día?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**HISTORIAL MÉDICO PREVIO:**

Favor de decirnos si ha tenido alguno de los siguientes problemas además del año (si lo sabe).

Ataque al corazón _____	Presión arterial alta _____
Apoplejía _____	Diabetes _____
Problemas de la tiroides _____	Ataques cerebrales _____
Úlcera en el estómago _____	Enfermedad del riñón _____
Asma _____	Cáncer (qué tipo) _____
EPOC o enfisema _____	Hepatitis _____
Problema de salud mental _____	VIH/SIDA _____
Trastorno de la sangre _____	Colesterol alto _____
Otro (especifique) _____	

**HISTORIAL QUIRÚRGICO:**

Favor de enumerar todas las operaciones previas (con sus fechas):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HISTORIAL FAMILIAR:**

Favor de decirnos si alguien de su familia (madre/padre, abuelos, hermanos e hijos) tiene alguna de estas condiciones médicas.

	<input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Adoptado/a
Ataque al corazón _____	Presión arterial alta _____	
Apoplejía _____	Diabetes _____	
Problemas de la tiroides _____	Ataques cerebrales _____	
Úlcera en el estómago _____	Enfermedad del riñón _____	
Asma _____	Cáncer (qué tipo) _____	
EPOC o enfisema _____	Hepatitis _____	
Problema de salud mental _____	VIH/SIDA _____	
Trastorno de la sangre _____	Colesterol alto _____	
Otro (especifique) _____		

¿Está viva su madre?      SÍ      NO      ¿Causa del fallecimiento? \_\_\_\_\_

¿Está vivo su padre?      SÍ      NO      ¿Causa del fallecimiento? \_\_\_\_\_



## **HISTORIAL SOCIAL**

### **Uso de tabaco/nicotina**

¿Ha fumado alguna vez?       SÍ       NO      ¿Cuándo empezó a fumar? \_\_\_\_\_  
(Si lo dejó) ¿Cuándo dejó de fumar? \_\_\_\_\_

Si fuma actualmente, ¿cuántos paquetes fuma al día? \_\_\_\_\_

Si fuma actualmente, ¿le interesa dejar de fumar?       SÍ       NO

Si ha tratado de dejar de fumar antes, ¿qué métodos ha probado? \_\_\_\_\_

¿Fuma vaporizador/cigarrillos electrónicos?       SÍ       NO      ¿Cuándo empezó a hacerlo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezó a hacerlo?       SÍ       NO      (Si lo dejó) ¿Cuándo dejó de fumar vaporizador? \_\_\_\_\_

### **Uso del alcohol**

¿Toma alcohol?       SÍ       NO      No. de cervezas / semana \_\_\_\_\_

¿Está preocupado por su consumo de alcohol?       SÍ       NO      No. de copas de vino / semana \_\_\_\_\_

¿Le han dicho otras personas que toma demasiado?       SÍ       NO      No. de bebidas de licor / semana \_\_\_\_\_

### **Uso de drogas**

¿Actualmente usa drogas recreativas?       SÍ       NO      Si es así, ¿cuál(es)? \_\_\_\_\_

¿Ha usado drogas recreativas alguna vez?       SÍ       NO      Si es así, ¿cuál(es)? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuándo las dejó? \_\_\_\_\_

¿Ha usado agujas para inyectarse drogas?       SÍ       NO      Si es así, ¿cuál fue la última vez? \_\_\_\_\_

### **Historial sexual**

Sexo:       Masculino       Femenino       Transgénero hombre a mujer       Transgénero mujer a hombre       Otro

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

Orientación sexual:       Heterosexual (no lesbiana o gay)       Lesbiana o gay       Bisexual

Otra cosa       Cuestionando su sexualidad       Prefiere no revelarla

¿Cuántos parejas sexuales ha tenido en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_

Tiene sexo con      HOMBRES      MUJERES      AMBOS

¿Usa anticonceptivos/control de la natalidad (de ser así, qué método)? \_\_\_\_\_

Primer día de su último período menstrual (fecha) \_\_\_\_\_

### **Seguridad**

¿Tiene acceso a armas de fuego?       SÍ       NO

¿En algún momento se siente inseguro/a en su casa o en su relación con su pareja/familia?       SÍ       NO

¿Se siente triste o deprimido/a actualmente?       SÍ       NO

¿Está recibiendo tratamiento actualmente por depresión u otros problemas de la salud mental?       SÍ       NO

### **Otro**

¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha logrado? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su profesión? \_\_\_\_\_

¿Quién(es) vive(n) en su hogar con usted? \_\_\_\_\_

¿Hay animales donde vive? (especifique cuáles) \_\_\_\_\_

¿Alguna vez sirvió en las fuerzas armadas? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preferencia religiosa? (especifique cuál) \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**