



FORMULARIO DE ADMISIÓN

Intake Form

Fecha: _____

Nombre: _____ Sexo: M / F

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Teléfono de domicilio: _____

Teléfono móvil (celular): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Yo autorizo que Stony Brook HOME deje la siguiente información en mi correo de voz: (Marque todos los que apliquen):

Información para hacer mi cita

Información médica

Yo entiendo que esta autorización estará vigente hasta que yo la revoque por escrito.

Su Información Médica:

En Stony Brook HOME no usamos o compartimos su información personal a menos que sea para continuar su cuidado médico, para conducir operaciones administrativas normales (tales como presupuestos, auditorías, avalúo de calidad, educación clínica, evaluación del Departamento de Salud, etc), para cumplir con la ley, o si usted nos ha dado su permiso por escrito.

Divulgación de Información Médica:

Yo autorizo que Stony Brook HOME divulga mi información identificativa y mis datos médicos en nombre mío a médicos, hospitales u otros profesionales de salud para propósitos operacionales (como descritos anteriormente) y cuando sea necesario para continuar mi cuidado médico.

Aviso sobre las Normas de Privacidad

Yo reconozco que he tenido la oportunidad de repasar y/o obtener una copia de la información contenida en el Aviso sobre las Normas de Privacidad para el Centro Médico de la Universidad de Stony Brook.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



FORMULARIO DE ADMISIÓN

Intake Form

- 1) ¿Cuál es su sexo? Hombre Mujer
- 2) ¿Cuál es su edad?
- 18 - 24 años
 - 25 - 34 años
 - 35 - 44 años
 - 45 - 54 años
 - 55 - 64 años
 - 65 - 74 años
 - 75 años y más
- 3) ¿Es usted hispano o latino? Sí No
- 4) ¿Cuál es su raza? (Marque lo que corresponda)
- Indio americano o nativo de Alaska
 - Asiático
 - Negro
 - Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
 - Blanco
 - Ninguna de las anteriores
- 5) ¿Qué idioma prefiere hablar? (Marque lo que corresponda)
- Inglés Español
 - Otros (especificar) _____
- 6) ¿Cuál es su código postal? _____
- 7) ¿Cuál es su estado civil?
- Casado
 - Divorciado
 - Soltero
 - Separado
 - Viudo
 - En una pareja de hecho



FORMULARIO DE ADMISIÓN

Intake Form

8) ¿Cuántas personas viven en su casa? (Incluido usted):

- 1 2 3 4 5
 6 más de 6

9) ¿Cuál es el nivel más alto de la escuela que usted ha completado? (Marque sólo una):

- Algunas escuelas primarias Algo de Universidad
 La escuela primaria Licenciatura
 Algo de escuela secundaria Graduado / Profesional grado
 Graduado de escuela secundaria

10) ¿Cuál es su situación laboral? (Marque sólo una):

- ¿Está buscando trabajo creador Casa
 Asistir a la escuela Jubilado
 Trabajo a tiempo parcial Incapaz de trabajar
 Trabajo a tiempo completo

11) ¿Cuál es su principal fuente de transporte? (Marque lo que corresponda):

- Vehículo propio Bus
 Tren Taxi
 Bicicleta Caminar
 Otros (especificar): _____

12) ¿Cuál es su ingreso anual? (Marque sólo una):

- menos de \$10,000 \$40,000 - \$49.999
 \$10,000 - \$19,999 mayor de \$50,000
 \$20,000 - \$29.999
 \$30,000 - \$ 39.999

13) ¿Cuál es su situación de vida? (Marque sólo una):

- Apartamento Casa
 Sala Refugio
 Sin Hogar Otros (especificar): _____



FORMULARIO DE ADMISIÓN

Intake Form

14) En el último año, ¿alguna vez has estado sin hogar?

- Sí No

15) ¿Ha tenido seguro médico?

- Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo terminará?

- Menos de 6 meses
 Entre 6 meses y 1 año
 Entre 1 y 2 años
 Entre 2 y hace 4 años
 4 o más años

16) ¿Cuándo fue la última vez que tuvo una colonoscopia?

- No lo sé
 Nunca he tenido una
 En el último año
 1 a 2 años
 2 a 3 años
 3-4 años
 Más de 4 años

17) **(Sólo para mujeres)** ¿Ha tenido alguna vez una citología vaginal?

- Sí No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace?

- No lo sé
 Nunca he tenido una
 En el último año
 1 a 2 años
 2 a 3 años
 3-4 años
 Más de 4 años

18) **(Sólo para mujeres)** ¿Ha tenido alguna vez una mamografía?

- Sí No



FORMULARIO DE ADMISIÓN

Intake Form

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace?

- No lo sé
- Nunca he tenido una
- En el último año
- 1 a 2 años
- 2 a 3 años
- 3-4 años
- Más de 4 años

19) ¿Cuándo fue su último examen completo de los ojos?

- No lo sé
- Nunca he tenido una
- En el último año
- 1 a 2 años
- 2 a 3 años
- 3-4 años
- Más de 4 años

20) ¿Cuándo fue la última vez que tuvo un examen dental?

- No lo sé
- Nunca he tenido una
- En el último año
- 1 a 2 años
- 2 a 3 años
- 3-4 años
- Más de 4 años

21) ¿Cómo te enteraste de la Clínica de Stony Brook CASA?

- Familia / amigos
- La organización comunitaria
- Periódico
- profesional de la medicina
- Otros (especificar): _____

22) ¿Por qué decidiste venir a SB CASA? Por favor, elija lo que corresponda.



FORMULARIO DE ADMISIÓN

Intake Form

- Está cerca
- Es gratis
- Fácil de conseguir una cita
- reputación en la comunidad
- Otros (especificar): _____

23) ¿Cuál es la parte más difícil de obtener atención médica? Por favor, elija lo que corresponda.

- Costo
- Barrera del idioma
- Encontrar una clínica abierta
- Las barreras culturales o étnicas
- Otros (especificar): _____

24) ¿Hubo algún momento en los últimos 12 meses cuando la atención médica necesaria, pero no pudo conseguirlo?

- Sí No

En caso afirmativo, cuál fue la razón que usted no recibió la atención médica? Por favor, elija lo que corresponda.

- Costo
- Distancia Oficina
- No estaba abierto
- Una espera demasiado larga para una cita
- No cuidado de niños
- No hay transporte
- El proveedor de atención médica no hablaba mi idioma
- Otros (especificar) _____

25) ¿Hubo algún momento en los últimos 12 meses en que no podían pagar sus medicamentos?

- Sí No

26) ¿Alguna vez has ido a la sala de emergencias para el cuidado de lo que pensaba que no podía permitirse otra parte?

- Sí No

Si es así lo que fue el año más reciente? _____



FORMULARIO DE ADMISIÓN

Intake Form