

Spanish



REGISTRATION FORM/FORMULARIO DE REGISTRACION

Date/Fecha: _____

Chart No./No de Expediente: _____

PATIENT INFORMATION/INFORMACION DEL PACIENTE

1. Last Name/Apellido		First/Primer Nombre		Name You Go By/Nombre Preferido		2. Mother's Maiden Name/Apellido Materno	
3. Sex/Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		4. Social Security/Seguro Social		5. Birthdate/Fecha de Nacimiento		6. Age/Edad	
7. Address/Dirección		Street/Calle		City/Ciudad		Zip Code/Código Postal	
8. Home Phone/Teléfono:		11. Preferred Method of Contact?/¿Método de contacto preferido? <input type="checkbox"/> Call on Phone/Llamada por teléfono <input type="checkbox"/> Text/Texto <input type="checkbox"/> Email/Correo electrónico					
9. Cell Phone/Numero de Celular		If none of these, how can we reach you?/Si ninguno de estos, ¿cómo podemos comunicarnos con usted?					
10. Email Address/Correo Electrónico:							

* By answering, you are giving your consent which allows us to contact you via phone calls, texting or emails /
* Contestando, usted está dando su consentimiento al cual nos permite contactarlo por medio de llamadas telefónicas, mensajes de texto o correo electrónico.

12. Emergency Contact/Contacto de Emergencia: Name/Nombre: _____ Telephone No./Teléfono: _____ Relationship/Relación: _____		13. Primary Language/Lenguaje Principal: <input type="checkbox"/> English/Inglés <input type="checkbox"/> Spanish/Español <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____	
--	--	---	--

14. Is this your permanent residence?/ ¿Es este su domicilio permanente? (If NO, answer questions a, b, and c/Si NO, responde preguntas a, b, c.)		<input type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No
a. Are you homeless?/¿Vive usted sin hogar?		<input type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No
b. Are you living with family or friends?/ ¿Esta viviendo con familia o amigos?		<input type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No
c. Do you live in a shelter, transitional housing?/ ¿Vive en un refugio o casa transicional?		<input type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No
15. Are you a Migrant Worker?/ ¿Es usted un trabajador agrícola?		<input type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No
16. Interpreter services needed?/ ¿Necesita servicios de interpretación?		<input type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No
17. Are you a Veteran?/ ¿Es Usted un Veterano?		<input type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No

18a. Race/Raza: Please select all that apply/ Por favor seleccione todo lo que aplique

White/Blanco Asian/Asiática Native Hawaiian or other Pacific Islander/Nativo de Hawai o las Islas del Pacifico
 Black/Afro-Americano American Indian or Alaskan Native/Nativo Americano o de Alaska Decline to State/Rehusó a contestar

18b. Ethnicity/Pertenencia Étnica: Yes/Sí No

I am of Hispanic or Latino origin/Soy de origen hispano o latino

Hispanic or Latino (All Races): A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.
Hispano o Latino: Persona Cubana, Mexicana, Puertorriqueño, Sur y América Central, o de otro origen latino, a pesar de raza.

I am not of Hispanic or Latino origin/No soy de origen hispano o latino Yes/Sí No

Not Hispanic or Latino (All Races): A person not of Cuban, Mexican, Puerto Rican South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.
Hispano o Latino: Persona no Cubana, Mexicana, Puertorriqueño, Sur y América Central, o de otra cultura u origen latino, a pesar de raza.

19. Marital Status/Estado Civil: <input type="checkbox"/> Single/Soltero/a <input type="checkbox"/> Married/Casado/a <input type="checkbox"/> Divorced/Divorceda/a <input type="checkbox"/> Widowed/Viuda/a <input type="checkbox"/> Life Partner/Pareja de Vida <input type="checkbox"/> Separated/Separado(a) <input type="checkbox"/> Other/Otro _____		21. Do you have?/Usted tiene? Medi-Cal <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Policy No./No de Póliza: _____ Healthy San Francisco <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Policy No./No de Póliza: _____ Medicare <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Policy No./No de Póliza: _____ Other Insurance/Otro Seguro <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Policy No./No de Póliza: _____	
--	--	---	--

FINANCIAL INSURANCE INFORMATION/INFORMACION DE SUS INGRESOS Y SEGURO MEDICO

22. Family Size?/¿Cuantos en la familia?
23. Family's Monthly Income/Ingresos Mensuales:
24. Responsible Party's Employer/Trabajo de la Persona Responsable:
25. Address and Phone No. of Employer/Dirección y Teléfono de su Trabajo:

Entered By: _____
(Staff Initials)

Patient/Parent or Guardian Name (please print) /
Nombre de Padre o Guardián (por favor escriba su nombre)



CS0008

SAN FRANCISCO GENERAL HOSPITAL AND TRAUMA CENTER
HOSPITAL Y CENTRO DE REHABILITACIÓN DE LAGUNA Honda
LAGUNA HONDA HOSPITAL AND REHABILITATION CENTER
ASISTENCIA PRIMARIA DE LA RED DE SALUD DE SAN FRANCISCO
SAN FRANCISCO HEALTH NETWORK PRIMARY CARE

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE INGRESO
TERMS AND CONDITIONS OF ADMISSION
PARA LOS PACIENTES INTERNADOS, PACIENTES AMBULATORIOS
Y SERVICIOS DE EMERGENCIA
FOR ACUTE INPATIENT, OUTPATIENT
AND EMERGENCY SERVICES

NINA/NINO Nombre: _____

DOB _____

MRN _____

PCP _____

Patient ID / Addressograph _____

- C. Permanencia en la unidad de enfermería: Acepto permanecer en la unidad/el hospital. Entiendo que, si decido abandonar la unidad/el hospital sin estar acompañado por personal del hospital, sin permiso del personal de enfermería o contra las órdenes del médico, se me podrá dar de alta del hospital.
- D. Pertencencias personales valiosas. La responsabilidad del hospital por toda pertenencia personal que se deposite en el hospital para su protección está limitada por ley a quinientos dólares (\$500.00), a menos que yo reciba un recibo escrito del hospital que indique una cantidad mayor. La ropa y demás pertenencias personales se desecharán si no se reclaman dentro de los treinta (30) días siguientes al alta del hospital.

CERTIFICACIÓN

Mediante el presente documento certifico que he leído el texto que antecede y he recibido una copia del mismo. Yo soy el paciente, el representante legal del paciente o estoy debidamente autorizado por el paciente a firmar el texto que antecede y aceptar sus términos en nombre del paciente. (I hereby certify that I have read the foregoing and received a copy thereof. I am the patient, the patient's legal representative, or am otherwise duly authorized by the patient to sign the above and accept its terms on his/her behalf.)

FIRMA de Papa o Mama

Fecha (Date): _____ Hora (Time): _____ AM/PM

Firma (Signature): Telephoned
Paciente o representante legal (Patient or Legal Representative)

Nombre en letra de molde (Print Name): _____
Paciente o representante legal (Patient or Legal Representative)

Se negó a firmar (Refused to Sign) Físicamente imposibilitado para firmar (Physically Unable to Sign)

Si es firmado por una persona distinta al paciente, indicar la relación (If signed by someone other than the patient, indicate relationship): _____ y fecha de nacimiento (and Date of Birth): _____

Testigo (Witness):
Firma (Signature) _____ Nombre y puesto con letra de molde (Print Name and Title) _____ Fecha/Hora (Date/Time) _____

Testigo (Witness):
Firma (Signature) _____ Nombre y puesto con letra de molde (Print Name and Title) _____ Fecha/Hora (Date/Time) _____

Intérprete (Interpreter):
Firma (Signature) _____ Nombre con letra de molde (Print Name) _____ Fecha/Hora (Date/Time) _____



FRM001

NINA / NINO Nombre



San Francisco Department of Public Health

Notificación del SFDPH sobre prácticas de privacidad HIPAA y acuse de recibo

DOB
MRN
PCP

Patient ID / Addressograph

Notificación completa: se le ha proporcionado la Notificación completa de las Prácticas de privacidad HIPAA. Revise esta notificación detalladamente. También puede encontrarla en: <https://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/HIPAA/HIPAAsummaries.asp>.

Quién seguirá las reglas en esta notificación: deben seguir estas reglas todos los empleados del DPH y empleados con contrato, afiliados al DPH, así como también el personal asignado al DPH por la Universidad de California en San Francisco [University of California at San Francisco].

Usted tiene derecho a: (Vea las posibles restricciones en la "Notificación completa de prácticas privadas").

- Pedir ver, leer u obtener una copia de su registro médico (puede haber cargos necesarios).
- Pedir que se corrija la información que usted considere errónea en su registro médico.
- Pedir que no se comparta la información sobre su salud con ciertas personas.
- Pedir que la información sobre su salud no se utilice con ciertos fines, como por ejemplo, la investigación.
- Pedir que se envíen copias de su registro de salud a alguien (puede haber cargos necesarios).
- Pedir información sobre quiénes han leído su registro (por razones diferentes de los fines de tratamiento, pago, y mejora del programa).
- Especificar cuándo y dónde pueden comunicarse con usted los empleados del DPH.

El DPH puede utilizar y divulgar la información sobre su salud para mejorar su tratamiento.

- Para mejorar la calidad de la atención que usted recibe, es posible que se comparta la información de salud entre los proveedores de tratamiento, incluida la información sobre su salud mental, abuso de sustancias, VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y discapacidades del desarrollo.
- Hay casos en los que no se compartirá la información sobre su salud, salvo que usted otorgue permiso previamente para que se comparta; tales como los servicios recibidos en las agencias de tratamiento de abuso de sustancias.

Si usted considera que NO se han respetado sus derechos de privacidad al recibir los servicios del DPH, puede presentar una queja. Si tiene dudas acerca de cómo se comparte (o ha sido compartida) la información sobre su salud, hable con su proveedor o comuníquese con cualquiera de los siguientes lugares: (1) Secretary of U.S. Dept. of Health and Human Services, Office of Civil Rights, Attn: Regional Manager, 50 United Nations Plaza, Rm. 322, San Francisco, CA 94103. (2) DPH Office of Compliance and Privacy Affairs, 101 Grove St., Room 330, San Francisco, CA 94102, or call toll-free 1-855-729-6040. No recibirá ningún tipo de sanción si presenta un reclamo.

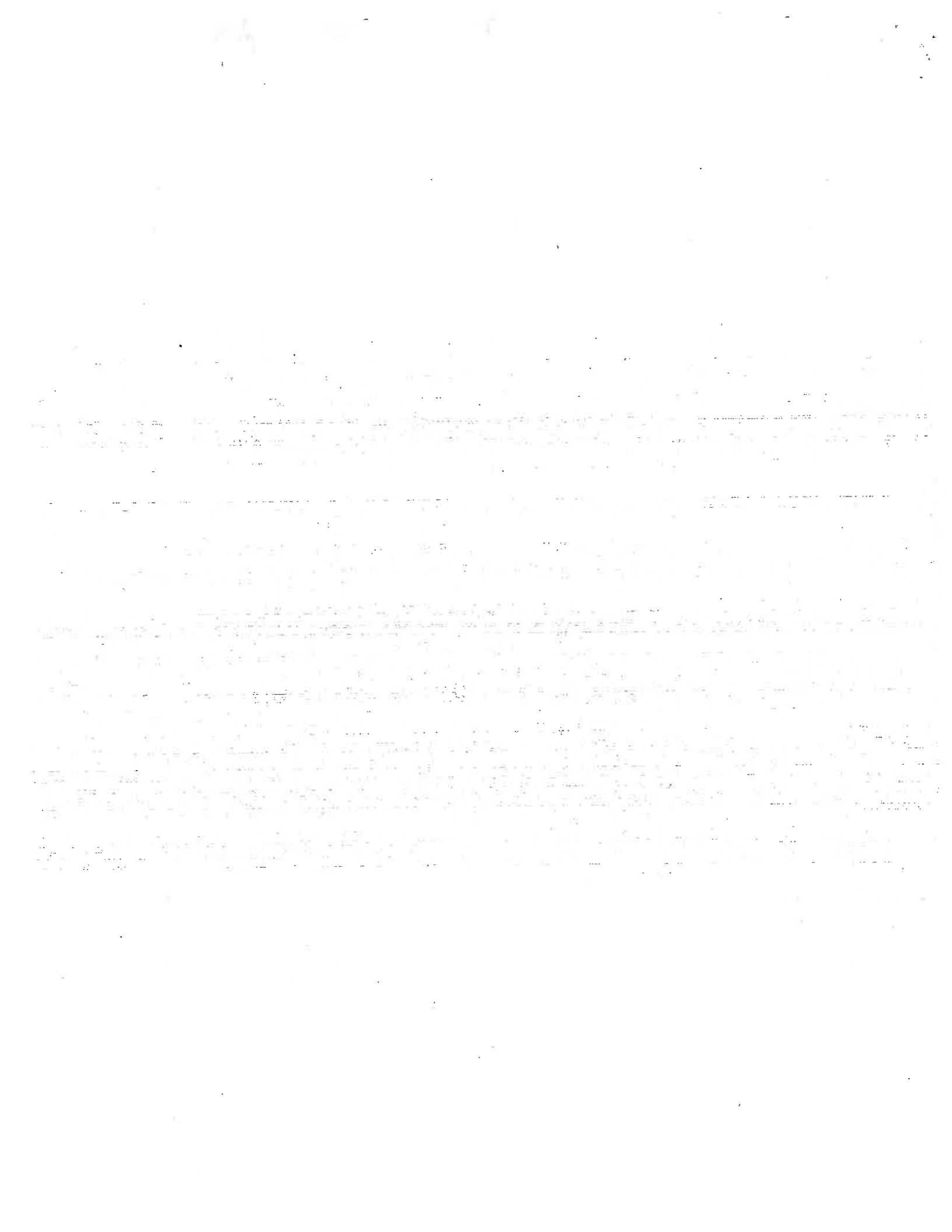
Acuso recibo de la "Notificación completa de las prácticas de privacidad HIPAA" del Departamento de Salud Pública de San Francisco.

FIRMA de Papá o mamá

FIRMA DEL PACIENTE/RESIDENTE/CLIENTE O SU REPRESENTANTE		FECHA
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA	SI ES EL REPRESENTANTE, ESPECIFICAR LA RELACIÓN	INTÉRPRETE, SI CORRESPONDE

PERSONAL/TESTIGO: En caso de NO obtener acuse de recibo por escrito, complete lo siguiente:

<input type="checkbox"/> No puede firmar <input type="checkbox"/> Se rehusó a firmar <input type="checkbox"/> Otro, Describir:	
FIRMA DEL PERSONAL/TESTIGO	FECHA
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA	DEPARTAMENTO/ORG.



SPANSU



San Francisco Health Department
Primary Care

Label

Behavioral Health Vital Signs

Asumámoslo: la vida puede volverse mucho más complicada mientras uno va creciendo más. Aparte de todos los cambios corporales y emocionales que estás experimentando, tienes que tomar más decisiones, hacer más elecciones y afrontar más estrés en tu centro de enseñanza, el deporte, el trabajo, la familia e incluso tus amistades.

Entonces, ¿con quién puedes hablar sobre lo que te preocupa de tu desarrollo físico y emocional? Cuando no te apetezca comentárselo a tus amigos o a tus padres, tu médico puede serte de gran ayuda. Para ayudar con iniciar la conversación con tu médico, nos gustaría hacerte algunas preguntas para tener una idea de como has estado sintiendo últimamente

PHQ-A

En las últimas 2 SEMANAS , ¿ha sentido: In the last TWO WEEKS , have you been bothered by:	Not at all	Several Days	More than half the days	Nearly Every Day
1. Poco interés o placer en hacer cosas? Little interest or pleasure in doing things?	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a),deprimido(a) o sin esperanzas? (humor deprimido(a))? Feeling down, depressed, or hopeless?	0	1	2	3
i. ¿En el mes pasado hubo algún momento donde usted pensó seriamente en terminar con su vida? Has there been a time in the past month when you have had serious thoughts about ending your life?	Sí Yes	No	Pasar Skip	
ii. ¿Alguna vez en su vida , trato de matarse o trato de suicidarse? Have you ever , in your whole life , tried to kill yourself or made a suicide attempt?	Sí Yes	No	Pasar Skip	

CRAFFT Screening

Durante los últimos DOCE MESES: During the Past 12 months did you:		
3. ¿Bebió más de unos sorbos de cerveza, vino u otra bebida que contenía alcohol? Drink more than a few sips of beer, wine, or any drink containing alcohol?	No	Sí Yes
4. Usó marihuana (por ejemplo, hierba, aceite o hachís para fumar, vaporizar o en los alimentos)? Use any marijuana (weed, oil, or hash by smoking, vaping, or in food)?	No	Sí Yes
5. ¿Usó algo más para drogarte (por ejemplo, otras drogas ilegales, medicamentos de venta libre y cosas que puedes inhalar, esnifar o vaporizar)? Use anything else to get high (like other illegal drugs, prescription or over-the-counter medications, and things that you sniff, huff or vape)?	No	Sí Yes
6. ¿Ha viajado, alguna vez, en un CARRO o vehículo conducido por una persona (o usted mismo/a) que estaba "drogada" o había consumido alcohol o drogas? Have you ever ridden in a CAR driven by someone (including yourself) who was "high" or had been using alcohol or drugs?	No	Sí Yes

BHVS IPV

7.¿Su pareja, expareja o alguien cercano a usted le ha gritado, insultado u ofendido de manera continua? Has your partner, ex-partner, or someone close to you often screamed or cursed at you, insulted you, or put you down?	Sí, en los últimos 12 meses Yes, in the past 12 months	Sí, hace más de un año Yes, more than a year ago	No	Pasar Skip
8. ¿Su pareja o alguien más le ha lastimado, golpeado, amenazado o le ha hecho sentir miedo? Has your partner or anyone else hurt, hit, threatened you or made you feel afraid?	Sí, en los últimos 12 meses Yes, in the past 12 months	Sí, hace más de un año Yes, more than a year ago	No	Pasar Skip

