



**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD
PROGRAMA "SHOW ME HEALTHY WOMEN" (MUÉSTRAME MUJERES SANAS)
HISTORIAL DEL PACIENTE
(DEBE SER COMPLETADO POR EL CLIENTE Y REVISADO ANUALMENTE)**

P.O. BOX 570
JEFFERSON CITY, MO 65102-0570
(573) 522-2845

CENTRO DE INSCRIPCIÓN/CLÍNICA SATELITAL (SI EXISTE)				FECHA DE VISITA (MM/DD/AAAA)			
A. HISTORIA PERSONAL							
NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE)						APELLIDO DE SOLTERA	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			TELÉFONO DE LA CASA:		TELÉFONO DEL TRABAJO:		CELULAR:
DIRECCIÓN			CIUDAD, ESTADO		CÓDIGO POSTAL		CONDADO
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)		NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL		¿CUÁL ES EL IDIOMA PRINCIPAL QUE USAN LAS DEMÁS PERSONAS EN EL HOGAR? Inglés Español Otro _____			
NÚMERO DE MIEMBROS EN LA CASA		COBERTURA DEL SEGURO: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Mo HealthNet <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado				NÚMERO DE MEDICAID DCN/MEDICARE	
ESTATUS MILITAR							
¿Ha servido usted o un miembro inmediato de su familia en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?						<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿le gustaría obtener información sobre los servicios relacionados con el ejército en Missouri?						<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
RAZA: (SE DEBE RESPONDER, SELECCIONAR TODAS LAS RESPUESTAS QUE <input type="checkbox"/> (1) Blanca <input type="checkbox"/> (2) Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> (3) Asiática <input type="checkbox"/> (4) Indígena de Hawái u otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> (5) Indígena estadounidense o de Alaska <input type="checkbox"/> (6) Otra _____ <input type="checkbox"/> (7) Desconocida (evite utilizar)				GRUPO ÉTNICO: (SE DEBE RESPONDER). ¿Es usted de origen hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
				GRADO MÁS ALTO DE LA ESCUELA COMPLETADO (SELECCIONE UNO) EQUIVALANTE A LOS EE.UU SI SE EDUCA EN OTRA NACIÓN)			
				1 2 3 4 5 6 7 8			
				9 10 11 12 13 14 15 16			
¿CÓMO SE ENTERÓ DEL PROGRAMA SHOW ME HEALTHY WOMEN? (SELECCIONE SOLO UNO)				¿QUÉ TIPO DE TRANSPORTE USÓ PARA LLEGAR A SU CITA EN LA CLÍNICA? (SELECCIONE SÓLO UNO)			
<input type="checkbox"/> (1) Médico		<input type="checkbox"/> (12) Pariente/Amigo		<input type="checkbox"/> (1) Autobús			
<input type="checkbox"/> (2) Clínica/Centro de Salud		<input type="checkbox"/> (13) Hogar religioso/Iglesia		<input type="checkbox"/> (2) Van/Shuttle			
<input type="checkbox"/> (3) Televisión		<input type="checkbox"/> (14) Consejero Financiero/Registro		<input type="checkbox"/> (3) Autobús para personas de tercera edad (OATS)			
<input type="checkbox"/> (4) Radio/Podcast		<input type="checkbox"/> (18) Redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter, etc.)		<input type="checkbox"/> (4) Taxi			
<input type="checkbox"/> (5) Anuncio impreso/Periódico		<input type="checkbox"/> (16) Administrador de casos/cuidados/Navegador		<input type="checkbox"/> (5) Vehículo Personal			
<input type="checkbox"/> (6) Billboard/Banner		<input type="checkbox"/> (17) Internet/Online/Búsqueda por Google		<input type="checkbox"/> (6) Pariente/Amigo			
<input type="checkbox"/> (7) Letrero de autobús		<input type="checkbox"/> (15) Otro Lugar (especificar) _____		<input type="checkbox"/> (7) SMTS			
<input type="checkbox"/> (8) Proveedor de cuidados de la salud				<input type="checkbox"/> (8) Otra _____			
<input type="checkbox"/> (9) Feria de Salud/Evento de Relevó							
<input type="checkbox"/> (10) Coalición de Salud/Organización Local							
<input type="checkbox"/> (11) Trabajador de Salud de la Comunidad/Grupo comunitario							
FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN DE PAPANICOLAOU:				FECHA DE LA ÚLTIMA MAMOGRAFÍA			
¿FUMA ACTUALMENTE CIGARRILLOS?							
<input type="checkbox"/> Todos los días		<input type="checkbox"/> algunos días		<input type="checkbox"/> en absoluto		<input type="checkbox"/> no lo sé	
B. CONTACTOS: Nombre y números de teléfono de dos personas que siempre pueden ponerse en contacto con usted:							
NOMBRE				TELÉFONO DE LA CASA CON CLAVE		TELÉFONO DEL TRABAJO	
NOMBRE				TELÉFONO DE LA CASA CON CLAVE		TELÉFONO DEL TRABAJO	