

Para ser considerado para los servicios en la clínica debe proporcionar la siguiente información. Sin esta información no podemos determinar su elegibilidad y no podemos hacer una cita médica para usted.

unto con esto la persona que desea la cita médica debe estar presente para la determinación de elegibilidad. Un tarifa de \$10 se requiere en el momento que es determinado elegible para los servicios de clínica.

✓ Prueba de residencia en el Condado de Shenandoah. Se trata de dos piezas de correo matasellos reciente, una factura con su nombre y dirección del servicio o una copia de su contrato de arrendamiento o hipoteca o correo ordinario, en cualquier combinación, mientras tenga dos documentos.

✓ Comprobante de ingresos para la casa entera durante un mes. Esta puede consistir en un mes en el valor de los talones de pago para usted y/o su cónyuge. Si no trabajas entonces una carta de apoyo de quien le está ofreciendo refugio. Copias de la reciente beneficio carta con el actual pago de SSDI, SS, desempleo, manutención de menores, pensiones, cuadro C del formulario IRS 1040 si son autónomos. Si usted está recibiendo estamplillas de comida entonces necesitaríamos la carta indicando cuánto estás recibiendo.

✓ Una copia de su Declaración Federal de impuestos más reciente  
Esta información también deberá ser proporcionado en cada uno de su recertificación.

**Nuevo paciente elegibilidad se determina los miércoles de 1 pm a 3 pm.**

## SHENANDOAH COMMUNITY HEALTH CLINIC

### Services NOT Offered :

1. Birth Control
2. Obstetrics
3. Immunizations/TB test
4. Well-child checks
5. VDOT physicals
6. Disability physicals

### Servicios NO ofrecidos:

1. Control de Natalidad
2. Obstetricia
3. Inmunizaciones/pruebas TB
4. Chequeos de niños
5. Físicos de división de transporte
6. Físicos para discapacidad

### Conditions/Diagnoses NOT Treated:

1. ADD or ADHD
2. STDs
3. Severe psychological disorders
4. Alzheimer's/Dementia

### Condiciones/Diagnosticos NO tratados

1. Trastorno de déficit de atención
2. ETS
3. Trastornos psicológicos graves
4. Alzheimers/Demencia

### Medications NOT prescribed or provided by this Clinic:

1. "Benzos" (i.e.: Xanax, Clonazepam, Ativan)
2. Controlled Substances/Narcotics (i.e.—Hydrocodone, Percocet, etc.)
3. Stimulants (i.e.: Ritalin, Adderall, etc.)

### Medicaciones No Recetados o despensado por esta Clinica

1. "Benzos" (e.i.: Xanax, Clonazepam, Ativan)
2. Sustancias Controladas/Narcoticos (e.i.: Hydrocodone, Percocet, etc)
3. Estimulantes (e.i.: Ritalin, Adderall, etc)

**\*This Clinic reviews Virginia Prescription Monitoring Program for patient use of controlled substances.\***

**\*Esta Clínica' utiliza el Programa de Virginia Monitoreo de Recetas para pacientes con sustancias controladas.\***

**I understand that the above are services that are not provided by the clinic and I cannot be helped here for these reasons.**

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient

\_\_\_\_\_  
Date

Needs Interpreter  
Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



SCFC Eligibility Intake Interview  
CLINICA GRATUITA DEL CONDADO DE SHENANDOAH  
ENTREVISTA DE ADMISION Y ELIGIBILIDAD

Today's Date/Fecha de Ahora: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Patient/Paciente: \_\_\_\_\_  
Name/Nombre Middle name Last Name/Primer Apellido

Parent/Guardian (if applicable)/Padre/Encargado (si aplica) \_\_\_\_\_

Address/Direccion (Street/Calle, P.O. Box, Apt #) \_\_\_\_\_

City/Ciudad) \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_ Telephone/Telefono: \_\_\_\_\_

Cell Phone/Telefono Celular: \_\_\_\_\_ Gender/Genero Male/Masculino Female/Femenino

Social Security Number/Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age/Edad \_\_\_\_\_

Employed: Full time/Trabaja Tiempo Completo: \_\_\_\_\_ Part Time/Trabaja Medio Tiempo: \_\_\_\_\_

Unemployed/Desempleado: \_\_\_\_\_ For How Long/Por Cuánto Tiempo? \_\_\_\_\_

Legally Declared Disabled/Incapacitado(a) \_\_\_\_\_ Child/Niño(a) \_\_\_\_\_

Employer/Lugar de Empleo \_\_\_\_\_

How Long/Cuanto Tiempo \_\_\_\_\_ Work Phone/ Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_

Marital Status/Estado Civil Single/Soltero(a) Married/Casado(a) Separated/Separado(a)

Divorced/Divorciado(a) Widowed/Viudo(a) Cohabitation/Acompañado(a) Dependent/Dependiente

Head of Household (if not patient) employed Cabeza de Familia (si no es paciente) trabaja Full time tiempo completo Part time medio tiempo

Unemployed/Desempleado(a) \_\_\_\_\_ Disabled/Incapacitado(a) \_\_\_\_\_

\*\*\*You must have proof of the entire family's income to be seen today\*\*\*  
Usted debe de tener prueba de todo ingreso familiar para poder ser atendido/a ahora

OFFICE USE ONLY  
Date Eligibility Card Expires: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Poverty Level \_\_\_\_\_ %  
Interviewer: \_\_\_\_\_ Has Insurance Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Annual Income for household \_\_\_\_\_ # in household \_\_\_\_\_

Emergency Contact Name/ Nombre de contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_

Relationship/Relacion \_\_\_\_\_

Emergency contact's home phone/ Numero telefonico del contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Work Phone/ Numero telefonico de trabajo del contacto \_\_\_\_\_

Are you a veteran? \_\_\_\_\_ If yes, have you applied with the VA and been denied services? \_\_\_\_\_  
Laws continue to change and you may miss benefits if you are not enrolled for updates from them.

How long have you lived in Shenandoah County?  
Cuanto tiempo ha vivido en el Condado de Shenandoah? \_\_\_\_\_

Education (highest level achieved)/Educacion (grado mas alto logrado)  
Grade level/grados 1 - 5 \_\_\_\_\_ 6 - 8 \_\_\_\_\_ 9 - 12 \_\_\_\_\_ Unknown/Desconocido \_\_\_\_\_

High school graduate/Graduado(a) de Bachillerato/Preparatoria \_\_\_\_\_

Some college/Un poco de Universidad \_\_\_\_\_ College graduate/Graduado(a) de Universidad \_\_\_\_\_

What language do you speak? *Que idioma habla usted?* \_\_\_\_\_ If you do not speak /understand English, is there a friend or family member who can interpret for you? If so, please give information below/*Si usted no puede hablar/entender el Ingles, hay un amigo(a) o familiar que pueda interpretar?* Si es asi, Por favor dar la siguiente informacion:

Interpreter/Interprete \_\_\_\_\_ Interpreter's phone # / Telefono del interprete \_\_\_\_\_

Where Did you go the last time you needed to see a doctor?  
*Donde fue usted la última vez que necesito ver a un médico ?*

1. Emergency room? Reason / *Cuarto de Emergencias? Razon* \_\_\_\_\_
2. Private Office? Why did you not return there/ *Oficina privada? Por que no regreso a la misma?* \_\_\_\_\_

Where would you go if the Free Clinic were not available?  
*Donde habría ido si la Clínica Gratuita no estuviera disponible?*

Private M.D. \_\_\_\_\_ Emergency Room \_\_\_\_\_ Health Department \_\_\_\_\_ Any Where \_\_\_\_\_  
*Médico Privado \_\_\_\_\_ Cuarto de Emergencias \_\_\_\_\_ Departamento de Salud \_\_\_\_\_ En Ninguna Parte \_\_\_\_\_*

Please list the people in your immediate family who live in your house.  
*Por Favor enumere las personas de su familia inmediata que viven en su casa.*

Name/Nombre	Relationship/Relacion	Age/Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Do you have any medical insurance?** Please present your insurance card.

*Tienes aseguranza medica? Por favor presente su tarjeta de aseguranza.*

Medicaid \_\_\_\_\_ Plan First \_\_\_\_\_ Medicare \_\_\_\_\_

*Medicaid \_\_\_\_\_ Planeficacion Familiar \_\_\_\_\_ Medicare \_\_\_\_\_*

Private Insurance /deductible \_\_\_\_\_ Prescription Insurance \_\_\_\_\_

*Aseguranza Privada/deducible \_\_\_\_\_ Aseguranza de Recetas Medicas \_\_\_\_\_*

**Income types (please circle all that apply)**

*Tipos de ingresos (circula todos que apliquen)*

Wages from employment                      Self-employment                      Unemployment

*Sueldo de empleo                      Trabajo por cuenta propia                      Desempleo*

Social security disability; When were you declared legally disabled? \_\_\_\_\_

*Desabilidad de Seguro Social: Cuando te declararon con desabilidad legal? \_\_\_\_\_*

Social security supplemental income                      Social security retirement

*Ingreso de Seguro Social Suplemental                      Retiro de Seguro Social*

Pension                      living off of checking/savings                      Annuity                      Other

*Pencion                      Viviendo de ahoros                      Anualidad                      Otro*

**Do you have over \$2500 in savings/investments**                      Yes                      No

*Tienes mas de \$2500 in ahoros/inverciones*                      Si                      No

**I affirm that the information that I have provided is accurate to the best of my knowledge.**

**Yo afirmo que la informacion dada es correcta y lo major de mi conosimiento.**

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## PATIENT HEALTH HISTORY

NAME: _____	DATE OF BIRTH: _____
NOMBRE: _____	FECHA NACIMIENTO: _____
HOME PHONE: _____	ALTERNATIVE PHONE: _____
TELEFONO DE CASA: _____	ALTERNATIVO: _____
PHYSICIAN YOU HAVE SEEN IN THE PAST: _____	LAST APPT THERE: _____ SU
ALGUN MEDICO QUE HAYA VISTO EN EL PASADO: _____	ULTIMA CITA: _____
IN CASE OF EMERGENCY, CONTACT: _____	PHONE: _____
EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTAR: _____	TELEFONO: _____

*Please check and answer questions below.  
Por favor Revisa y conteste todas las preguntas a continuacion.*

<b>PAST HISTORY</b>			
<i>HISTORIAL MEDICO PASADOS</i>			
(Have you ever had?)			
<i>(Alguna vez ha tenido?)</i>			
	YES	NO	
HIGH BLOOD PRESSURE <i>PRESION ALTA .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEART TROUBLE OF ANY TYPE <i>PROBLEMAS DE CORAZON .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DISEASE OF THE ARTERIES <i>ENFERMEDADES ARTERIALES .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LUNG DISEASE <i>ENFERMEDAD PULMONAR .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ASTHMA <i>ASMA .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEPATITIS <i>HEPATITIS .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DIABETES <i>DIABETES .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEART MURMER <i>SOPLO AL CORAZON .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ARTHRITIS <i>ARTRITIS .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>FAMILY HISTORY</b>			
<i>HISTORIAL MEDICO FAMILIARES</i>			
(Have any of your immediate family or grandparents had?)			
<i>(Han tenido o tienen algun de su familia inmediata o abuelos?)</i>			
	YES	NO	
HEART ATTACK <i>ATAQUES DE CORAZON .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIGH BLOOD PRESSURE <i>PRESION ALTA .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
STROKE <i>DERRAME CELEBRAL .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DIABETES <i>DIABETES .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CANCER <i>CANCER .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONGENITAL HEART DEFFECT DEFECTOS <i>CONGENITALES DEL CORAZON .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEART SURGERY <i>CIRUGIAS AL CORAZON .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OTHER FAMILY ILLNESS:(SPECIFY) OTRAS <i>ENFERMEDADES FAMILIARES .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PATIENT HEALTH HISTORY, CONT.

PRESENT SYMPTOMS <i>PRESENTES</i>	SYNTOMAS	YES	NO
(Have you recently had?) (Has tenido recientemente?)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHEST PAIN? DISCOMFORT <i>EN EL PECHO/MALESTAR</i>	<i>DOLOR</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SHORTNESS OF BREATH <i>PARA RESPIRAR</i>	<i>DIFICULTA</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEART PALPITATIONS <i>AL CORAZON</i>	<i>PALPITACIONES</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRREGULAR HEART BEATS <i>IRREGULARES AL CORAZON</i>	<i>LATIDOS</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FREQUENT HEADACHES <i>FRECUENTES DOLORES DE CABEZA</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIZZY SPELLS <i>MAREOS</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BACK PAIN <i>DOLOR DE ESPALDA</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTHER PAIN <i>ALGUN OTRO DOLOR</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FREQUENT COLDS <i>REFRIADOS FRECUENTES</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SURGERIES:**

*CIRUGIAS:*

Please list any hospitalizations/surgeries: Por  
 favor mencionar cualquier hospitalizaciones recientes /Cirugias:

DATE:                      WHERE:                      WHY:  
FECHA:                      DONDE:                      MOTIVO:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ANY OTHER MEDICAL PROBLEMS/CONCERNS NOT ALREADY IDENTIFIED?**

*ALGUN OTRO PROBLEMA MEDICA/PREOCUPACIONES QUE NO HAYAN SIDO MENCIONADO*

YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

(please describe)

(por favor describa)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

PATIENT HEALTH HISTORY, CONT.

**DO YOU CURRENTLY SMOKE?**

USTED FUMA ACTUALMENTE?

YES \_\_\_ NO \_\_\_ If yes, --Si es así, --

How much per day \_\_\_/day *Cuantos cigarrillos al día? \_\_\_/día*

**HAVE YOU EVER QUIT SMOKING?**

ALGUNA VEZ HAS DEJADO DE FUMAR?

YES \_\_\_ NO \_\_\_ When? \_\_\_  
Cuándo? \_\_\_

How many years did you smoke?

*Cuantos años usted fuma? \_\_\_*

**DO YOU DRINK ALCOHOLIC BEVERAGES?**

USTED TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS?

YES \_\_\_ NO \_\_\_ If yes, how much in one week?  
SI \_\_\_ NO \_\_\_ Si es así cuanto a la semana?

Beer \_\_\_ cans  
Cerveza \_\_\_ Latas

Wine \_\_\_ glasses      Vino \_\_\_ copas/vasos

Hard Liquor \_\_\_ drinks  
Licor \_\_\_ Copitas

**DO YOU DRINK CAFFEINATED BEVERAGES?**

USTED TOMA BEBIDAS CON CAFEINA?

YES \_\_\_ NO \_\_\_ If yes, how much in one day?  
Si es así, cuantos al día?

Coffee \_\_\_ cups      Tea \_\_\_ Glasses  
Café \_\_\_ Tazas      Te \_\_\_ Vasos

Soda \_\_\_ cans/bottles  
Gaseosa \_\_\_ Latas \_\_\_ Botellas

**DRUGS:**

CONSUMO DE DROGAS:

Do you currently use marijuana or recreational drugs? *o*  
*Actualmente usted consume marihuana drogas recreativas?* YES \_\_\_ NO \_\_\_

Have you ever used marijuana or recreational drugs?  
*Alguna vez a usado marihuana drogas recreativas?* YES \_\_\_ NO \_\_\_

Have you ever used needles to inject drugs?  
*Alguna vez has utilizado agujas para inyectarse drogas?* YES \_\_\_ NO \_\_\_





## PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

***Durante las últimas 2 semanas, ¿cuan qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?***

		Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1	Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2	Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
3	Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	0	1	2	3
4	Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5	Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6	Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a su familia	0	1	2	3
7	Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8	Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario, esta tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9	Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera	0	1	2	3

add columns:  +  +

TOTAL:

10	Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?	Nada en absoluto _____ Algo difícil _____ Muy difícil _____ Extremadamente difícil _____
----	---	---

PHQ-9 is adapted from PRIMEMDTODAY, developed by Drs Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. For research information, contact Dr Spitzer at rls8@columbia.edu. Use of the PHQ-9 may only be made in accordance with the Terms of Use available at <http://www.pfizer.com>. Copyright ©1999 Pfizer Inc. All rights reserved. PRIME MD TODAY is a trademark of Pfizer Inc.