

VGMHC Annual Verification Form

① ¿QUIÉN ES USTED? (PACIENTE) *La información en este formulario debe ser sobre el paciente.*

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido Paterno _____ Sufijo _____

Nombre Preferido _____ Número de Seguro Social (si tiene uno) _____ Fecha de Nacimiento _____

Estado como Veterano ☐ Soy Veterano de USA ☐ No Soy Veterano de USA

② ¿CÓMO PODEMOS CONTACTARLE? (Paciente o Representante)

Dirección _____ Apartamento # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Celular _____ Otro Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Mejor manera de contactarle (marque todos): ☐ Correo ☐ Teléfono ☐ Correo Electrónico ☐ MyChart ☐ Mensaje de Texto

③ RAZA Y GRUPO ÉTNICO (esta información ayuda a Virginia Garcia a asegurarse de que todos tengan acceso a la misma atención médica)

1. ¿Cómo identifica usted su raza, grupo étnico, tribu de origen, país de origen o ascendencia? _____

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial o étnica? Marque TODAS las opciones que correspondan.

Hispano and Latino(a/x)

- ☐ Centroamericano(a)
- ☐ Mexicano(a)
- ☐ Sudamericano(a)
- ☐ Hispano(a) o latino(a/x) de otro origen

Indígena de Hawái y Isleño(a) del Pacífico

- ☐ Chamoru (chamorro(a))
- ☐ Marshalés(a)
- ☐ Comunidades de la región de Micronesia
- ☐ Nativo(a) de Hawái
- ☐ Samoano(a)
- ☐ Nativo(a) de otras Islas del Pacífico

Blanco

- ☐ De Europa del Este
- ☐ Eslavo/a
- ☐ De Europa Occidental
- ☐ Otro grupo étnico blanco

Indígena americano e Indígena de Alaska

- ☐ Indígena estadounidense
- ☐ Nativo(a) de Alaska
- ☐ Inuit canadiense, Metis o indígena canadiense (First Nation)
- ☐ Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Negro y Afroestadounidense

- ☐ Afroestadounidense
- ☐ Afrocaribeño(a)
- ☐ Etíope
- ☐ Somalí
- ☐ Africano(a) de otro origen (negro)
- ☐ Otro grupo étnico negro

Del Medio Oriente/del norte de África

- ☐ Del Medio Oriente
- ☐ Del Norte de África

Asiático

- ☐ Indígena Asiático(a)
- ☐ Camboyano(a)
- ☐ Chino(a)
- ☐ Comunidades de Myanmar
- ☐ Filipino(a)
- ☐ Hmong
- ☐ Japonés(a)
- ☐ Coreano(a)
- ☐ Laosiano(a)
- ☐ Del sur de Asia
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otros asiáticos

Otras categorías

- ☐ Otra (indique) _____
- ☐ No sé
- ☐ No deseo responder

3. Si marcó más de una de las categorías anteriores, ¿hay una que usted crea que sea su principal identidad racial o étnica?

- ☐ Sí. Encierre en un círculo su principal identidad racial o étnica. ☐ N/A. Solo marqué una de las categorías anteriores.
- ☐ No tengo solo una identidad racial o étnica principal. ☐ No sé
- ☐ No. Me identifico como birracial o multirracial. ☐ No deseo responder

VGMHC Annual Verification Form

④ **DÍGANOS CÓMO PODEMOS SERVIRLE MEJOR** (esta información ayuda a que la Clínica Virginia Garcia le ofrezca los recursos más adecuados)

Lenguaje

4a. ¿Qué idioma o idiomas usa usted en su hogar?

4b. ¿En qué idioma desea que nos comuniquemos en persona, por teléfono o virtualmente?

4c. ¿En qué idioma quiere que le escribamos?

5a. ¿Necesita un intérprete para que nos podamos comunicarnos con usted? Hay intérpretes disponibles sin costo adicional

☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No deseo responder

5b. De ser así, ¿qué tipo de intérprete necesita?

- ☐ Intérprete de lenguaje hablado
☐ Intérprete de lengua de señas/signos estadounidenses
☐ Intérprete de sordos para sordociegos y otras barreras adicionales, o ambos
☐ Intérprete de lengua de señas/signos de contacto (PSE, por sus siglas en inglés)
☐ Otros (por favor, mencione): _____

6. ¿Qué tan bien habla inglés?

- ☐ Muy bien ☐ Nada
☐ Bien ☐ No sé
☐ No bien ☐ No deseo responder

Sus respuestas nos ayudarán a identificar diferencias en la salud y los servicios entre las personas con y sin dificultades funcionales. (Sus respuestas son confidenciales)

7. ¿Es usted sordo/a o tiene dificultades serias para oír?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No deseo responder
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

8. ¿Es usted ciego/a o tiene dificultades serias para ver, aunque lleve puestos lentes?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No deseo responder
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

Si el paciente es menor de 5 años, vaya a la Sección 5

9. ¿Tiene dificultad seria para caminar o subir escaleras?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No deseo responder
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

10. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

☐ Sí ☐ No ☐ v sé ☐ No deseo responder
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

11. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No deseo responder
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

12. ¿Tiene serias dificultades para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No deseo responder
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

13. Cuando usa su idioma habitual (de costumbre), ¿tiene serias dificultades para comunicarse (por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás)?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No deseo responder
☐ No sabe qué se le pregunta en esta pregunta
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

Si el paciente es menor de 15 años, vaya a la Sección 5.

14. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene usted dificultades para hacer mandados solo(a), como visitar un consultorio médico o ir de compras?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No deseo responder
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

15. ¿Tiene serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones o para controlar su comportamiento, o tiene delirios o alucinaciones?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No deseo responder
☐ No sabe qué se le pregunta en esta pregunta
 Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

⑤ **DÍGANOS MÁS DE USTED** (esta información ayuda a Virginia Garcia a dirigirse a usted correctamente y recomendarle la atención adecuada)

16. Orientación Sexual: ☐ Heterosexual ☐ Gay ☐ Lesbiana ☐ Bisexual ☐ Pansexual ☐ Queer
☐ Otro ☐ No sé ☐ No deseo responder

17. Identidad de Género: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Transfemenina ☐ Transmasculino ☐ No binario/genderqueer
☐ Cuestionado ☐ No deseo responder ☐ Otro _____

18. Sexo asignado al nacer: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Intersexual ☐ No deseo responder

19. Pronombre preferido: ☐ Ella ☐ El ☐ Ellos/Ellas ☐ Usa mi nombre ☐ No deseo responder ☐ Otro _____

VGMHC Annual Verification Form

⑥ TRABAJO AGRÍCOLA Y SITUACIÓN DE VIVIENDA (Esta información ayuda a Virginia Garcia a brindar servicios de extensión adecuados)

20. ¿Usted o algún miembro de su familia con quien vive ha hecho alguna vez trabajo agrícola como empleo principal?

(El trabajo agrícola incluye: trabajo en los campos, huertas, invernaderos, viveros, pesca, trabajo con ganado, etc.)

☐ No → **ALTO** (pase a la pregunta 21)

☐ Sí → ¿Usted o algún miembro de su familia con quien vive se han mudado en los últimos dos años para trabajar en la agricultura?

☐ Sí → **ALTO** Staff mark MFW

☐ No → ¿Usted o su familia con quien vive han hecho trabajos de temporada los últimos 2 años en la agricultura sin mudarse?

☐ Sí → **ALTO** Staff mark SFW

☐ No → ¿Usted o su familia con quien vive dejó de trabajar en la agricultura debido a alguna discapacidad o por vejez?

☐ Sí → **ALTO** Staff mark MFW

☐ No → **ALTO** Staff mark NEITHER

21. Últimamente o anoche, ¿durmió en la calle, en un parque, debajo de un puente, en una tienda de campaña, en un vehículo, en un campamento para personas sin hogar, en un albergue, en un edificio abandonado, en un motel pagado por el gobierno, en una vivienda de transición, con amigos o familiares, pero no es residente permanente en el hogar u otra situación de vivienda inestable?

☐ Sí → **ALTO** Staff mark HMLS

☐ No → ¿Estuvo usted anoche en la cárcel, en un centro de tratamiento, hospital, o en otra instalación sin lugar a donde ir cuando saliera de ahí?

☐ Sí → **ALTO** Staff mark HMLS

☐ No → **ALTO** Staff mark NOT HMLS

El acceso a alimentos, transporte y otros apoyos básicos afectan su salud. Las siguientes preguntas se centran en estos apoyos. Sus respuestas nos permitirán brindarle una mejor atención médica y podremos conectarle con más servicios.

1. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy? (Seleccione todas las que correspondan)

Tengo un hogar estable donde vivir	Tengo un hogar estable para vivir pero me preocupa perderlo	No tengo un hogar estable para vivir	No deseo responder
------------------------------------	---	--------------------------------------	--------------------

2. ¿En los últimos 12 meses, ¿le a preocupado que se le acabe la comida antes de poder comprar más?

Pasa muy seguido	A veces es cierto	Nunca me pasa	No deseo responder
------------------	-------------------	---------------	--------------------

3. ¿En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido acudir a citas médicas, reuniones, trabajos, o conseguir cosas necesarias para su vida diaria?

Sí me ha impedido acudir a citas médicas o recibir medicamentos	Sí me ha impedido acudir a reuniones, citas, trabajos o conseguir cosas que necesito	No	No deseo responder
---	--	----	--------------------

4. ¿En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad o luz, gas, petróleo o agua, le ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?

Sí	No	Ya me cortaron los servicios	No deseo responder
----	----	------------------------------	--------------------

5. ¿Con que frecuencia ves o hablas con personas cercanas con las que se siente seguro/a?

Menos de una vez a la semana	1-2 veces a la semana	3-5 veces a la semana	6 o mas veces a la semana	No deseo responder
------------------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------------	--------------------