



Patient Care Needs - Medical

Necesidades de atención del paciente - Médico

MEDICAL CARE (Select all that apply to the patient.)

ATENCIÓN MÉDICA (Seleccione todas las que correspondan al paciente).

	<p>None - I do not need medical services at this time</p> <p>Ninguno - No necesito servicios médicos en este momento</p>
	<p>Establish Medical Care - I need a medical provider (i.e. doctor, nurse practitioner) for routine preventative care such as an annual physicals, immunizations, child well-checks, etc.</p> <p>Establecer atención médica: necesito un proveedor médico (es decir, un médico, una enfermera practicante) para la atención preventiva de rutina, como exámenes físicos anuales, inmunizaciones, chequeos de niños, etc.</p>
	<p>Chronic Medical Condition - I need a medical provider to manage a chronic condition (ex. diabetes, high blood pressure).</p> <p>Condición médica crónica: necesito un proveedor médico para controlar una afección crónica (p. ej., diabetes, presión arterial alta).</p>
	<p>Sick - I have a medical illness or injury that I need to be seen for as soon as possible.</p> <p>Enfermo: tengo una enfermedad médica o una lesión que necesito que me atiendan lo antes posible.</p>
	<p>Recent Hospital Stay - I need follow-up care after a recent hospital stay.</p> <p>Estadía reciente en el hospital: necesito atención de seguimiento después de una estadía reciente en el hospital.</p>
	<p>Recent ER Visit - I need follow-up care following a recent emergency room (ER) visit.</p> <p>Visita reciente a la sala de emergencias: necesito atención de seguimiento después de una visita reciente a la sala de emergencias (ER).</p>
	<p>Motor Vehicle Accident - I need follow-up care after a motor vehicle accident.</p> <p>Accidente automovilístico: necesito atención de seguimiento después de un accidente automovilístico.</p>
	<p>Worker's Compensation - I was injured at work and need follow-up care with a medical provider.</p> <p>Compensación del trabajador: me lesioné en el trabajo y necesito atención de seguimiento con un proveedor médico.</p>
	<p>Other - Please type the reason in the box below.</p> <p>Otro: escriba el motivo en el cuadro a continuación.</p>



Do you currently have a medical provider/primary care physician? / ¿Tiene actualmente un proveedor médico/médico de atención primaria?

_____ Yes / Si. If “Yes”, please complete Medical Practice form below. /En caso afirmativo, complete el formulario de práctica médica a continuación.

_____ No / No

Medical Practice Name / Nombre de la práctica médica

<p>_____</p> <p>Please enter the name of the medical practice where you are currently receiving medical care or the last medical practice where you received medical care /Ingrese el nombre de la práctica médica donde actualmente recibe atención médica o la última práctica médica donde recibió atención médica</p> <p>_____</p> <p>Name of Provider (Doctor, Nurse Practitioner, Physician Assistant, etc.) / Nombre del proveedor (médico, enfermera practicante, asistente médico, etc.)</p> <p>_____</p> <p>Address / Direccion</p>

Patient Care Needs - Behavioral Health

Necesidades de atención del paciente: salud conductual

BEHAVIORAL-HEALTH SERVICES (MENTAL HEALTH AND/OR SUBSTANCE USE) (Select all that apply to the patient.)*

SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO (SALUD MENTAL Y/O USO DE SUSTANCIAS) (Seleccione todo lo que corresponda al paciente).*

	<p>None - I do not need mental health or substance use disorder treatment at this time</p> <p>_____</p> <p>Ninguno. No necesito tratamiento de salud mental o trastorno por uso de sustancias en este momento.</p>
	<p>Therapy - I need therapy services for mental health and/or substance use issues</p> <p>_____</p> <p>Terapia - Necesito servicios de terapia para problemas de salud mental y/o uso de sustancias</p>
	<p>Medication Management - I need medications</p> <p>_____</p> <p>Manejo de medicamentos - Necesito medicamentos.</p>
	<p>Medication-Assisted Treatment (MAT) - I need to join a MAT program.</p>



	Tratamiento asistido por medicamentos (MAT): necesito unirme a un programa MAT.
	Other - Please type the reason in the box below Otro: escriba el motivo en el cuadro a continuación.

CJ MEDICAL CENTER will contact you regarding your **Patient Care Needs - Medical and Behavioral Health** and or appointment reminders, to obtain feedback on your experience and to provide general health reminders/information. What is your communication preference?*

CJ MEDICAL CENTER se comunicará con usted con respecto a sus necesidades de atención del paciente: salud médica y conductual o recordatorios de citas, para obtener comentarios sobre su experiencia y proporcionar recordatorios/información de salud general. ¿Cuál es su preferencia de comunicación?*

	Text my cell phone / Texto a mi celular
	Call my cell phone / llamar a mi celular
	Email me / Envíeme un correo electrónico
	I do not have a phone or email / no tengo telefono ni correo electronico
	Other / Otro

COMMUNICATION CONSENT By signing below, you consent to receive communications via your preferred communication method specified above, as well as any number or email to which you have established automatic forwarding. *

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN Al firmar a continuación, acepta recibir comunicaciones a través de su método de comunicación preferido especificado anteriormente, así como cualquier número o correo electrónico al que haya establecido el reenvío automático. *

Full Name: _____

Patient Signature: _____

Date: _____