

<b>Examen médico de NC WISEWOMAN (DHHS 4049A)</b>				<b>Agencia:</b>	
<b>1. Identificación de paciente</b>		<b>Nombre del paciente:</b> <i>Apellido</i> <i>Primer nombre</i> <i>Iniciales de segundo nombre</i>			
<b>ID de CDNS:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b> ____/____/____		<b>Fecha de vencimiento:</b> ____/____/____	
<b>Estado de inscripción:</b> <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Tiene seguro <input type="checkbox"/> Se mudó <input type="checkbox"/> Edad Inelegible <input type="checkbox"/> Ingreso Inelegible <input type="checkbox"/> Perdido seguimiento <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Solicita exclusión					
<b>Estado de remisión de BCCCP</b> <input type="checkbox"/> Inscrito activamente en BCCCP <input type="checkbox"/> No inscrito en BCCCP WISEWOMAN remisión solamente					
<b>2. Inscripción de paciente/Evaluación anual</b>			<b>3. Idioma principal que se habla en casa</b>		
<b>Fecha de evaluación</b> ____/____/____		<b>Tipo de visita</b> <input type="checkbox"/> Nuevo afiliado <input type="checkbox"/> Reevaluación (11 a 18 meses)	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Criollo <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Otro idioma <input type="checkbox"/> No quiero responder		
<b>Raza 1:</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del pacífico <input type="checkbox"/> Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Desconocido					
<b>Raza 2:</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> NA					
<b>Código postal</b> _____			<b>Origen étnico</b> <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Desconocido		
<b>Años de educación:</b> <input type="checkbox"/> Menos del 9º grado <input type="checkbox"/> Unos grados de secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> Algo de universidad o superior <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No quiero responder					
<b>Navegación de pacientes WW pagada por:</b> <input type="checkbox"/> BCCCP <input type="checkbox"/> WISEWOMAN <input type="checkbox"/> Indian Health Services/Fondos tribales <input type="checkbox"/> Otros fondos <input type="checkbox"/> N/A (no recibió servicios de navegación)					
<b>Resultados de medición clínico</b> (Para 1ª PA, 2ª PA, Peso, Colesterol total, HDL, LDL, Glucosa, 777=No se puede obtener, 888=Cliente se negó Para altura, cintura: 77=No se puede obtener, 88=Cliente se negó Para A1C y triglicéridos: 7777=No se puede obtener, 8888=Cliente se negó)					
<b>Fecha de medición clínica</b> ____/____/____		<b>1ª Presión arterial</b> ____/____/____		<b>2ª Presión arterial</b> ____/____/____	
Altura (pulgadas) _____		Peso (libras) _____		Circunferencia de la cintura (pulgadas) _____	
<b>Fecha de extracción de sangre</b> ____/____/____		Estado de ayuno <input type="checkbox"/> Ayunando (al menos 9 horas) <input type="checkbox"/> No-ayuno			
Colesterol total _____	HDL _____	LDL (en ayunas) _____	Triglicéridos (en ayunas) _____	A1C (para diabéticos y sin ayunar) _____	Glucosa (en ayunas) _____
<b>Asesoramiento de riesgos para la reducción</b>			Fecha de asesoramiento de riesgos para la reducción ____/____/____		
<b>4. Historial médico</b> (DKNS = no sé/no estoy seguro, DWTA = no quiero responder)			<b>5. Medicamentos</b> (NA/55 = No aplica, 0 = Ninguno, DKNS/77 = no sé o no estoy seguro, DWTA/88 = no quiero responder)		
a. ¿Tiene colesterol alto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DKNS <input type="checkbox"/> DWTA b. ¿Tiene hipertensión ( <b>presión arterial alta</b> )? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DKNS <input type="checkbox"/> DWTA c. ¿Tiene <b>diabetes</b> (tipo 1 o tipo 2)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DKNS <input type="checkbox"/> DWTA d. ¿Se le ha diagnosticado: <b>I. Embolia/Ataque Isquémico Transitorio (TIA, por sus siglas en inglés)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DKNS <input type="checkbox"/> DWTA <b>II. Infarto</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DKNS <input type="checkbox"/> DWTA <b>III. Cardiopatía coronaria</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DKNS <input type="checkbox"/> DWTA <b>IV. Insuficiencia cardíaca</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DKNS <input type="checkbox"/> DWTA <b>V. Enfermedad vascular (enfermedad arterial periférica)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DKNS <input type="checkbox"/> DWTA <b>VI. Cardiopatías y defectos congénitos</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DKNS <input type="checkbox"/> DWTA			a. ¿Toma un medicamento con estatinas para reducir el colesterol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> DKNS <input type="checkbox"/> DWTA b. ¿Toma otros medicamentos (no estatinas) para reducir el colesterol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> DKNS <input type="checkbox"/> DWTA c. ¿Toma medicamentos para bajar la presión arterial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> DKNS <input type="checkbox"/> DWTA d. ¿Toma medicamentos para bajar el azúcar en la sangre (para la diabetes)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> DKNS <input type="checkbox"/> DWTA e. ¿Toma aspirina a diario para ayudar a prevenir un ataque cardíaco o un derrame cerebral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> DKNS <input type="checkbox"/> DWTA f. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días tomó medicamentos para bajar el colesterol? _____ (número de días) g. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días tomó medicamentos recetados (incluidos los diuréticos) para bajar su presión arterial? _____ (número de días) h. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días tomó los medicamentos recetados para bajar el azúcar en la sangre (para la diabetes)? ____ (número de días)		

Examen médico de NC WISEWOMAN DHHS (4049B)		Agencia:	
1. Identificación de paciente		Identificación de CNDS:	
Nombre del paciente: <i>Apellido</i>		<i>Primer nombre</i>	
		<i>Iniciales de segundo nombre</i>	
6. Presión arterial, auto medición (en casa o utilizando otras fuentes)		7. Evaluación Nutricional (00 = Ninguno, 88 = no quiero responder, DWTA = no quiero responder)	
a. ¿Mide su presión arterial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, nunca se me dijo que midiera la presión arterial <input type="checkbox"/> No, no sabe cómo medir la presión arterial <input type="checkbox"/> No-no tiene equipo <input type="checkbox"/> DKNS <input type="checkbox"/> DWTA <input type="checkbox"/> No corresponde  b. ¿Con qué frecuencia mide su presión arterial? <input type="checkbox"/> Varias veces al día <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Unas cuantas veces a la semana <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> DKNS <input type="checkbox"/> DWTA <input type="checkbox"/> No corresponde c. ¿Comparte regularmente los resultados de medición de presión arterial con un profesional de la salud para obtener sus comentarios?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DKNS <input type="checkbox"/> DWTA <input type="checkbox"/> No corresponde		a. ¿Cuántas tazas de frutas y verduras come en un día normal? _____ (en tazas) b. ¿Cuántas verduras come en un día? _____ (en tazas) c. ¿Come pescado al menos tres veces a la semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DWTA d. Pensando en todas las porciones de productos de granos que come en un día típico, ¿cuántos son granos integrales? <input type="checkbox"/> Menos de la mitad <input type="checkbox"/> Aproximadamente la mitad <input type="checkbox"/> Más de la mitad <input type="checkbox"/> DWTA e. ¿Bebe menos de 36 onzas (450 calorías) de bebidas con azúcar semanalmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DWTA f. ¿Actualmente está vigilando o reduciendo su consumo de sodio o sal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DWTA g. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia toma una bebida que contiene alcohol? . _____ (número de días) <input type="checkbox"/> DWTA h. ¿Cuántas bebidas alcohólicas, en promedio, consume durante un día? _____ (número de bebidas) <input type="checkbox"/> DWTA	
8. Evaluación de la actividad física (000=ninguno, 888=no quiero responder)			
a. ¿Cuánta actividad física moderada hace en una semana? _____ (en minutos)			
b. ¿Cuánta actividad física vigorosa hace en una semana? _____ (en minutos)			
9. Estado de fumar (66=menos de uno, 88=no quiero responder, 00=ninguno)			
a. ¿Fuma? Incluya cigarrillos, pipas o cigarros (tabaco fumado en cualquier forma) <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Dejó de fumar (hace 1 a 12 meses) <input type="checkbox"/> Dejó de fumar (hace más de 12 meses) <input type="checkbox"/> Nunca fumó tabaco <input type="checkbox"/> DWTA			
10. Evaluación de la calidad de vida (77=no lo sé/no estoy seguro, 88=no quiero responder)			
a. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha presentado alguno de los siguientes problemas? I. Poco interés o placer por hacer las cosas <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> DWTA II. Sentimiento de desánimo, depresión o desesperanza. <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> DWTA			
Remisión a recursos para dejar de fumar			Fecha referido ____/____/____
Tipo de recurso para dejar de fumar		Estado del recurso de cese	
<input type="checkbox"/> Quit Line <input type="checkbox"/> Programa basado en la comunidad <input type="checkbox"/> Otros recursos para dejar de fumar		<input type="checkbox"/> Sí, se completó el programa para dejar de fumar <input type="checkbox"/> No - Programa para dejar de fumar parcialmente completado <input type="checkbox"/> No – Suspendió la actividad al abandono del tabaco cuando se logró	
		<input type="checkbox"/> No – No se ha podido contactar para realizar la actividad de abandono del tabaco <input type="checkbox"/> Remisión rechazada por el cliente	
Estado del estudio			
Fecha del examen diagnóstico ____/____/____		Motivo de la remisión <input type="checkbox"/> Presión arterial	
¿Cuál es el estado del trabajo? <input type="checkbox"/> 1. Médicamente necesario <input type="checkbox"/> 2. No es médicamente necesario <input type="checkbox"/> 3. Cita de seguimiento médicamente necesaria rechazada <input type="checkbox"/> 4. El cliente rechazó el estudio			
Comentarios			
Comentarios:			

Revisión médica de NC WISEWOMAN (DHHS 4049C)		Agencia:	
Identificación de paciente		Nombre del paciente: <i>Apellido</i>	<i>Primer nombre</i> <i>Iniciales de segundo nombre</i>
Evaluación de determinantes sociales de la salud (SDOH)			
1. Uso de computadoras		2. Acceso a Internet	
a. Durante los últimos 12 meses, ¿utilizó alguno de los siguientes? i. Computadora o laptop ii. Teléfono inteligente iii. Tableta/Otra computadora inalámbrica portátil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No quiero responder		a. Durante los últimos 12 meses, ¿usted o algún miembro de este hogar tuvo acceso al internet? <input type="checkbox"/> Sí, pagando a una empresa de telefonía móvil o proveedor de servicios de Internet <input type="checkbox"/> Sí, sin pagar a una empresa de telefonía móvil o proveedor de servicios de Internet <input type="checkbox"/> No hay acceso a internet en esta casa, apartamento o casa móvil <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> No quiero responder	
3. Inseguridades alimentarias		4. Barreras al transporte	
a. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que le preocupaba que se quedara sin comida por falta de dinero u otros recursos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No quiero responder		a. Durante los últimos 12 meses, ¿ha faltado a una cita con el médico por problemas de transporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No quiero responder	
5. Cuidado de niños		6. Barreras al cuidado infantil	
a. Si actualmente está utilizando servicios de cuidado infantil, identifique el tipo de servicios que utiliza. (Si no utiliza los servicios de cuidado infantil, seleccione 'No corresponde')  <input type="checkbox"/> Bebé (desde el nacimiento hasta los 11 meses) <input type="checkbox"/> Cuidado después de la escuela (K-9° grado) <input type="checkbox"/> Niño pequeño (de 11 a 36 meses) <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> Preescolar (3 a 5 años) <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> No quiero responder		a. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguno de estos servicios de cuidado infantil, identifique el tipo de servicios que utiliza. (Si no utiliza cuidado infantil, seleccione 'No corresponde'. Seleccione todas las opciones que correspondan)  <input type="checkbox"/> Costo <input type="checkbox"/> Horario de atención <input type="checkbox"/> Disponibilidad <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ubicación <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> No lo sé	
7. Vivienda			
a. ¿Cuál es su situación de vivienda? <input type="checkbox"/> Tengo vivienda <input type="checkbox"/> Tengo vivienda, pero me preocupa perderla. <input type="checkbox"/> No tengo vivienda <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> No quiero responder			
8. La violencia de pareja			
a. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia su pareja lo o la lastimó físicamente? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Bastante a menudo <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> No quiero responder <input type="checkbox"/> Sin pareja b. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia su pareja lo insultó o lo menospreció? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Bastante a menudo <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> No quiero responder <input type="checkbox"/> Sin pareja			
9. Cumplimiento con el medicamento			
a. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez se olvidó de tomar su medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No quiero responder b. Durante los últimos 12 meses, ¿fue descuidado a veces con respecto a tomar su medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No quiero responder c. Durante los últimos 12 meses, cuando se sintió mejor, ¿a veces dejó de tomar su medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No quiero responder d. Durante los últimos 12 meses, a veces, si se sintió peor cuando tomó su medicamento, ¿dejó de tomarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No quiero responder			

<b>Examen médico de NC WISEWOMAN (DHHS 4049D)</b>		<b>Agencia:</b>	
<b>Identificación de paciente</b>	<b>Nombre del paciente:</b> <i>Apellido</i>	<i>Primer nombre</i>	<i>Iniciales de segundo nombre</i>
<b>Remisión por necesidades sociales determinantes</b>			
<b>1. Uso de computadoras</b>			
¿Hay necesidad de remisión para el uso de la computadora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Fecha de remisión:</b> ___/___/___		Agencia/Recurso para uso informático remitido a:	
<b>Fecha de utilización del soporte para el uso de la computadora:</b> ___/___/___		Estado de la remisión para uso de la computadora: <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Cerrado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Ya recibiendo	
<b>2. Acceso a Internet</b>			
¿Hay necesidad de remitir para el acceso a Internet? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Fecha de remisión:</b> ___/___/___		Agencia/Recurso para el acceso a Internet remitido a:	
<b>Fecha de utilización del soporte de acceso a Internet:</b> ___/___/___		Estado de la remisión de acceso a Internet: <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Cerrado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Ya recibiendo	
<b>3. Inseguridad alimentaria</b>			
¿Existe una necesidad de remisión por Inseguridad Alimentaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Fecha de remisión:</b> ___/___/___		Agencia/Recurso para la Inseguridad Alimentaria remitido a:	
<b>Fecha de utilización del apoyo por la inseguridad alimentaria:</b> ___/___/___		Estado de la remisión de inseguridad alimentaria: <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Cerrado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Ya recibiendo servicio	
<b>4. Transporte</b>			
¿Hay una necesidad de remitir para el transporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Fecha de remisión:</b> ___/___/___		Agencia/Recurso para el Transporte remitido a:	
<b>Fecha de utilización del apoyo para el transporte:</b> ___/___/___		Estado de la remisión para el transporte: <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Cerrado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Ya recibiendo servicio	
<b>5. Cuidado de niños</b>			
¿Hay una necesidad de remisión para el cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Fecha de remisión:</b> ___/___/___		Agencia/Recurso para el Cuidado Infantil remitido a:	
<b>Fecha de utilización del apoyo para el cuidado de niño:</b> ___/___/___		Estado de la remisión de cuidado infantil: <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Cerrado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Ya recibiendo servicio	
<b>6. Vivienda</b>			
¿Hay una necesidad de remisión para Vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Fecha de Remisión:</b> ___/___/___		Agencia o Recurso para la Vivienda remitido a:	
<b>Fecha de utilización del apoyo a la vivienda:</b> ___/___/___		Estado de la remisión de vivienda: <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Cerrado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Ya recibiendo servicio	
<b>7. La violencia de pareja</b>			
¿Hay necesidad de remisión para la Violencia de Pareja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Fecha de Remisión:</b> ___/___/___		Agencia/Recurso para la Violencia de la Pareja remitido a:	
<b>Fecha de utilización del apoyo por violencia de pareja:</b> ___/___/___		Estado de la remisión por violencia de pareja: <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Cerrado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Ya recibiendo servicio	

<b>Examen médico de NC WISEWOMAN (DHHS 4049E)</b>		<b>Agencia:</b>	
<b>Identificación de paciente</b>	<b>Nombre del paciente:</b> <i>Apellido</i>	<i>Primer nombre</i>	<i>Iniciales de segundo nombre</i>
<b>Remisión por necesidades sociales determinantes</b>			
<b>8. Cumplimiento con el medicamento</b>			
¿Necesita una remisión para el cumplimiento en tomar los medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Fecha de Remisión:</b> __/__/__		Agencia o Recurso para el cumplimiento en tomar los medicamentos remitido a:	
<b>Fecha de utilización del apoyo para el cumplimiento en tomar los medicamentos:</b> __/__/__		Estado de la remisión para el cumplimiento en tomar medicamentos: <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Cerrado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Ya recibiendo servicio	
<b>9. Salud mental</b>			
¿Necesita ser remitido para Salud Mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Fecha de Remisión:</b> __/__/__		Agencia o Recurso para la Salud Mental remitido a:	
<b>Fecha de utilización del apoyo de salud mental:</b> __/__/__		Estado de la remisión a salud mental: <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Cerrado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Ya recibiendo servicio	
<b>10. Traducción de idioma</b>			
¿Hay una necesidad de remisión para la traducción de idiomas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Fecha de Remisión:</b> __/__/__		Agencia o Recurso para la Traducción de Idiomas Referido a:	
<b>Fecha de utilización de apoyo para traducción de idiomas:</b> __/__/__		Estado de la remisión para traducción de idiomas: <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Cerrado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Ya recibiendo servicio	
<b>11. Abuso de sustancias</b>			
¿Existe una necesidad de remisión por abuso de sustancias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Fecha de Remisión:</b> __/__/__		Agencia o Recurso para el Abuso de Sustancias remitido a:	
<b>Fecha de utilización del apoyo para el abuso de sustancias:</b> __/__/__		Estado de la remisión por abuso de sustancias: <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Cerrado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Ya recibiendo servicio	