

## Formulario de Admisión para Nuevo Pacientes (*New Patient Intake Form*)

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE (*PATIENT INFORMATION*)

Nombre (*Name*): \_\_\_\_\_ Edad (*Age*): \_\_\_\_\_  
 Apellido(*Last*) Nombre(*First*) Inicial del segundo nombre (*Middle Initial*)

Fecha de nacimiento (*Date of Birth*): (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NSS (SSN) {Opcional (*Optional*)}: \_\_\_\_\_

Dirección (*Street Address*): \_\_\_\_\_

Ciudad (*City*): \_\_\_\_\_ Estado (*State*): \_\_\_\_\_ Código Postal (*Zip Code*): \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa (*Home Phone*): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono móvil (*Cell*): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Género (*Gender*):**

- Masculino (*Male*)
- Femenino (*Female*)
- Transgénero (*Transgender*)
- Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_  
(*Other, please specify*):
- Prefiero no Responder (*Choose not to disclose*)

**Orientación Sexual (*Sexual Orientation*):**

- Heterosexual (*Heterosexual*)
- Bisexualidad (*Bisexual*)
- Homosexualidad (*Homosexual*)
- Algo más (*Something else*)
- No sé (*Do not know*)
- Prefiero no Responder (*Choose not to disclose*)

**Estado civil (*Marital Status*):**

- Soltero(a) (*Single*)
- Casado(a) (*Married*)
- Divorciado(a) (*Divorced*)
- Viudo(a) (*Widowed*)

**¿Es usted (marque todo lo que corresponda):**

*Are you (check all that apply):*

- Trabajador migrante (*Migrant worker*)
- Trabajador estacional (*Seasonal worker*)
- Veterano (*Veteran*)
- Sin hogar (*Homeless*)
- Vivienda pública (*Public Housing*)

**¿Eres Hispano o Latino? (*Are you Hispanic or Latino?*)**

(Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sudamericano, Centroamericano, Otro origen español)

(*Cuban, Mexican, Puerto Ricans, South American, Central American, Other Spanish origin*)

- Si (*Yes*)
- No (*No*)
- Prefiero no Responder (*Choose not to disclose*)

**Ingresos Mensuales del Hogar (*Monthly Household income*):**

- \$0–1,000
- \$1,001–2,000
- \$2,001–3,000
- \$3,001–4,000
- Más de (*More than*) \$4,000
- Prefiero no Responder (*Choose not to disclose*)

**Raza (marque todo lo que corresponda)**

(*Race*) (*check all that apply*)

- Indio Americano O Nativo de Alaska  
(*American Indian or Alaska Native*)
- Asiático (*Asian*)
- Negro O Afroamericano (*Black or African American*)
- Nativo de Hawai (*Native Hawaiian*)
- Blanco (*White*)
- Otro Isleño del Pacífico (*Other Pacific Islander*)
- Rechazado a reportar (*Choose not to disclose*)

**Incluyéndote a ti mismo, ¿cuántas personas viven en tu hogar? (*Including yourself, how many people live in your household?*)**

\_\_\_\_\_ personas (*people*)

**¿Cuál es su idioma principal hablado en casa?**

*What is your primary language spoken at home?*

\_\_\_\_\_

**FARMACIA PREFERIDA (PREFERED PHARMACY)**

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Pharmacy Name) (Phone)  
Dirección (Address): \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE ERMEGENCIA (EMERGENCY CONTACT)**

Nombre (Name): \_\_\_\_\_  
Apellido (Last) Nombre (First)  
Relación (Relationship): \_\_\_\_\_ Teléfono (Phone): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Marque todo lo que corresponda  Padre / tutor del paciente  Divulgue la información de salud del paciente  
(Please check all that apply) (Parent/Guardian of Patient) (Disclose patient health information)

**CONTACTO ADICIONAL(S) {ADDITIONAL CONTACT(S)}**

Nombre (Name): \_\_\_\_\_  
Apellido (Last) Nombre (First)  
Relación (Relationship): \_\_\_\_\_ Teléfono (Phone): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Marque todo lo que corresponda  Padre / tutor del paciente  Divulgue la información de salud del paciente  
(Please check all that apply) (Parent/Guardian of Patient) (Disclose patient health information)

Nombre (Name): \_\_\_\_\_  
Apellido (Last) Nombre (First)  
Relación (Relationship): \_\_\_\_\_ Teléfono (Phone): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Marque todo lo que corresponda  Padre / tutor del paciente  Divulgue la información de salud del paciente  
(Please check all that apply) (Parent/Guardian of Patient) (Disclose patient health information)

**INFORMACIÓN DEL SEGURO (INSURANCE INFORMATION)**

**¿Tiene Seguro?**  Si (Yes)  No (No)  
Do you have insurance?

**Seguro Primario (Primary Insurance):** \_\_\_\_\_  
Número de Póliza (Policy No.): \_\_\_\_\_  
Número de Grupo (Group Number.): \_\_\_\_\_  
Teléfono (Phone): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tipo (Type):  
 EPO  
 HMO  
 PPO  
 POS  
 DMO  
 Other

**Seguro secundario (si es aplicable):** \_\_\_\_\_  
*Secondary Insurance (if applicable)*  
Número de Póliza (Policy No.): \_\_\_\_\_  
Número de Grupo (Group Number.): \_\_\_\_\_  
Teléfono (Phone): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tipo (Type):  
 EPO  
 HMO  
 PPO  
 POS  
 DMO  
 Other

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (ASSIGNMENT OF BENEFITS)**

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, incluyendo beneficios médicos mayores a los que tengo derecho, como Medicare, seguro médico privado y cualquier otro plan médico, a CPACS-Cosmo Health Center/Dental Clinic. Esta asignación permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada como el original. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, pagados o no por el seguro. Por la presente autorizo al beneficiario a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago.

*(I hereby assign all medical and surgical benefits to including major medical benefits to which I am entitled including Medicare, private insurance, and any other health plan to CPACS-Cosmo Health Center/ Dental Clinic. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. A photocopy of this assignment is to be considered as the original. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I hereby authorize the assignee to release all information necessary to secure payment)*

---

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)**  
***{PATIENT CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)}***

Por la presente doy mi consentimiento para que CPACS Cosmo Health Center (Cosmo) use y divulgue información médica protegida (PHI, por siglas en inglés) sobre mí para llevar a cabo el tratamiento, pagos y atención médica (TPO, por sus siglas en inglés). (La Notificación de Prácticas de Privacidad de CPACS Cosmo Health Center proporciona una descripción más completa de tales usos y divulgaciones). Tengo el derecho de revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Cosmo se reserva el derecho de revisar su Notificación de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Cosmo se reserva el derecho de revisar su Notificación de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Una versión revisada de la Notificación de Prácticas de Privacidad puede ser obtenida bajo petición escrita a:

*(I hereby give my consent for CPACS Cosmo Health Center (Cosmo) to use and disclose protected health information (PHI) about me to carry out treatment, payment, and healthcare operations (TPO). (CPACS Cosmo Health Center Notice of Privacy Practices provides a more complete description of such uses and disclosures). I have the right to review the Notice of Privacy Practices prior to signing this consent. Cosmo reserves the right to revise its Notice of Privacy Practices prior to signing this consent. Cosmo reserves the right to revise its Notice of Privacy practices at any time. A revised Notice of Privacy Practices may be obtained by a written request to:)*

Oficina Administrativa (Administrative Office)

**Center for Pan Asian Community Services**

3150 Shallowford Rd NE

Atlanta, GA 30341

Oficina de Atención (Service Site)

**CPACS Cosmo Health Center**

6185 Buford Hwy, Building A&G

Norcross, GA 30071

Con este consentimiento, Cosmo puede llamar a mi casa o lugar de contacto alternativo y dejar un mensaje en referencia a cualquier asunto que ayude al centro de salud en la realización del TPO, tales como recordatorios de citas, asuntos sobre el seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros. Con este consentimiento, Cosmo puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación alternativa cualquier información que ayude la realización del TPO, tales como cartas y estados de cuenta. Con este consentimiento, Cosmo puede enviar correos a mi casa u otra ubicación alternativa utilizando *eClinicalWorks*, nuestro sistema de registros médicos electrónicos que ayuda en la realización del TPO.

*(With this consent, Cosmo may call my home or alternate location and leave a message in reference to any items that assist the health center in carrying out TPO, such as appointment reminders, insurance items, and any calls pertaining to my clinical care, including laboratory results among others. With this consent, Cosmo may mail to my home or other alternate locations any items that assist the practice in carrying out TPO, such as letters and patient statements. With this consent, Cosmo may send mails to my home or other alternative locations utilizing eClinicalWorks, our electronic medical records system which assists the practice in carrying out TPO.)*

Tengo el derecho de solicitar que Cosmo restrinja cómo usa o divulga mi PHI para llevar a cabo el TPO. Sin embargo, el centro de salud no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo. Al firmar este formulario, estoy dando consentimiento a Cosmo para usar y divulgar mi PHI para llevar a cabo el TPO. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones basándose en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento o más tarde lo revoco, Cosmo puede negarse a proporcionarme tratamiento. Entiendo que puedo recibir los servicios de Planificación Familiar Título X de manera confidencial y voluntaria, independientemente de mi capacidad para pagar.

*I have the right to request that Cosmo restrict how it uses or disclose my PHI to carry out TPO. However, the health center is not required to agree to my requested restrictions, but if it does, it is bound by this agreement. By signing this form, I am consenting Cosmo to use and disclose my PHI to carry out TPO. I may revoke my consent in writing except to the extent that the practice has already made disclosures in reliance upon my prior consent. If I do not sign this consent, or later revoke it, Cosmo may decline to provide treatment to me./ I understand that I can receive Title X Family Planning services confidentially and voluntarily regardless of my ability to pay.*

Restricciones a la divulgación (OPCIONAL): \_\_\_\_\_  
*{Restrictions on disclosure (Optional)}*

---

Firma del Paciente o del Tutor Legal (*Signature of Patient or Legal Guardian*)

---

Fecha (*Date*)

---

Nombre del Paciente o del Tutor Legal (*Print Name of Patient or Legal Guardian*)

## Historial de Prescripciones y Formulario de Consentimiento ePrescribing

### Prescription History & ePrescribing Consent Form

ePrescribing es un sistema con el que los doctores envían electrónicamente una prescripción exacta, libre de errores y comprensible desde su consultorio hasta la farmacia. El Programa ePrescribe también incluye:

*ePrescribing is way for doctors to send electronically an accurate, error free, and understandable prescription from the doctor's office to the pharmacy. The ePrescribe Program also includes:*

- **Transacciones de formularios y beneficios** - Le da al proveedor de atención médica información sobre qué medicamentos están cubiertos por su plan de beneficios de medicamentos.  
(*Formulary and benefit transactions - Gives the health care provider information about which drugs are covered by your drug benefit plan.*)
- **Notificaciones** - Permite que el proveedor de atención médica reciba un mensaje electrónico de la farmacia informándole si su prescripción ha sido tramitada o no, o si está parcialmente llena.  
(*Fill status notification - Allows the health care provider to receive an electronic notice from the pharmacy telling them if your prescription has been picked up, not picked up, or partially filled.*)
- **Transacciones del historial de medicamentos** - Proporciona al proveedor de atención médica información sobre sus recetas actuales y pasadas. Esto permite que los proveedores de atención médica estén mejor informados sobre posibles problemas con medicamentos y utilizar esa información para mejorar la seguridad y la calidad. El historial de medicamentos puede indicar: cumplimiento de regímenes prescritos; intervenciones terapéuticas; interacciones entre varios medicamentos o alergias; reacciones adversas a medicamentos; y prescripciones múltiples.  
(*Medication history transactions - Provides the health care provider with information about your current and past prescriptions. This allows health care providers to be better informed about potential medication issues and to use that information to improve safety and quality. Medication history data can indicate: compliance with prescribed regimens; therapeutic interventions; drug-drug and drug-allergy interactions; adverse drug reactions; and duplicative therapy.*)

La información del historial de medicamentos puede incluir medicamentos prescritos por su proveedor de atención médica en CPACS Cosmo Health Center, así como otros proveedores de atención médica involucrados en su atención, y puede incluir información confidencial incluyendo, pero no limitado a, medicamentos relacionados con enfermedades mentales, enfermedades venéreas/enfermedades de transmisión sexual, aborto(s), violación/agresión sexual, abuso de sustancias (drogas y alcohol), enfermedades genéticas y VIH/SIDA. **Como parte de este Formulario de Consentimiento, usted específicamente autoriza la divulgación de esta y otra información confidencial sobre su salud.**

*(The medication history information would include medications prescribed by your health care provider at CPACS Cosmo Health Center as well as other health care providers involved in your care and may include sensitive information including, but not limited to, medications related to mental health conditions, venereal diseases/sexually transmitted diseases, abortion(s), rape/sexual assault, substance (drug and alcohol) abuse, genetic diseases, and HIV/AIDS. As part of this Consent Form, you specifically consent to the release of this and other sensitive health information.)*

### Consentimiento(Consent)

Al firmar este formulario de consentimiento, usted está de acuerdo en que su proveedor de atención médica en CPACS Cosmo Health Center pueda solicitar y usar su historial de medicamentos recetados por otros proveedores de atención médica y/o pagadores de beneficios de farmacia con fines de tratamiento.

*(By signing this consent form you are agreeing that your provider at CPACS Cosmo Health Center may request and use your prescription medication history from other healthcare providers and/or third party pharmacy benefit payors for treatment purposes.)*

Usted puede decidir no firmar este formulario. Su elección no afectará su capacidad de recibir atención médica, pago por su atención médica o beneficios de atención médica. Su decisión de dar o negar el consentimiento puede no ser la base para negar los servicios de salud. También tiene derecho a recibir una copia de este formulario una vez que lo haya firmado.

*(You may decide not to sign this form. Your choice will not affect your ability to get medical care, payment for your medical care, or your medical care benefits. Your choice to give or to deny consent may not be the basis for denial of health services. You also have a right to receive a copy of this form after you have signed it.)*

Este formulario de consentimiento será vigente hasta el día que usted revoca su consentimiento. Usted puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, pero si lo hace, no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación.

*(This consent form will remain in effect until the day you revoke your consent. You may revoke this consent at any time in writing but if you do, it will not have an effect on any actions taken prior to receiving the revocation.)*

Al entender todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento a CPACS Cosmo Health Center para inscribirme en el Programa ePrescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente.

*(Understanding all of the above, I hereby provide informed consent to CPACS Cosmo Health Center to enroll me in this ePrescribe Program. I have had the chance to ask questions and all of my questions have been answered to my satisfaction.)*

---

Nombre del Paciente (*Print Patient Name*)

---

Fecha de Nacimiento del Paciente (*Patient's DOB*)

---

Firma del Paciente o Tutor Legal (*Signature of patient or guardian*)

---

Fecha de Hoy (*Today's Date*)

---

Relación con el Paciente (*Relationship to Patient*)

**AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION**

I hereby authorize: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

To release copies of medical records compiled during office visits and/or hospital admissions.

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

Release medical records to: CPACS Cosmo Health Center:

Medical: 6185 Buford Hwy, Bldg G  
 Norcross, GA 30071  
 P)770-446-0929 Fax)770-446-6977

Dental: 6185 Buford Hwy, Bldg A1  
 Norcross, GA 30071  
 P) 770-674-7980 Fax) 470-545-2277

The type and amount of information to be used or disclosed is as follows:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problem list                      | <input type="checkbox"/> Laboratory results        |
| <input type="checkbox"/> Medication list                   | <input type="checkbox"/> X-Ray and imaging reports |
| <input type="checkbox"/> List of allergies                 | <input type="checkbox"/> Consultation reports      |
| <input type="checkbox"/> Immunization records              | <input type="checkbox"/> Entire record             |
| <input type="checkbox"/> Most recent history and physicals | <input type="checkbox"/> Other: _____              |
| <input type="checkbox"/> Most recent discharge summary     |  |

I understand that the information in my health record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral health or mental health services and treatment for alcohol and drug abuse. I understand that my health information is protected under the federal regulations governing the Confidentiality of Substance Use Disorder Patient Records, 42 CFR Part 2; and that re-disclosure is prohibited under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) 45 CFR Parts 160 and 164 and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the regulations. The information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer will be protected by the HIPAA Privacy Law.

I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to the health information management department. I understand the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. Unless otherwise revoked, this authorization will expire at the end of the pending of my claim or lawsuit. I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary; I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form in order to assure treatment. I understand I may inspect or copy the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules.

\_\_\_\_\_  
*Signature of Patient or Legal Representative*

\_\_\_\_\_  
*Date*

**Cuestionario de Salud del Paciente (Español)**  
**{Patient Health Questionnaire (Spanish)}**

Ignore esta forma si la/el paciente es menor de 12 años.  
*Skip the form for children under 12 years of age*

Nombre (Name): \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Fecha (Date): \_\_\_\_\_

	<b>Durante las últimas 2 semanas, que tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" "para indicar su respuesta")</b> <i>Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Use "✓" to indicate your answer.)</i>	<b>De ningún modo</b> <i>Not at all</i>	<b>Varios días</b> <i>Several days</i>	<b>Mas de la mitad de los días</b> <i>More than half the days</i>	<b>Casi todos los días</b> <i>Nearly every day</i>	<b>Negarse a especificar</b> <i>Declined to specify</i>
1	¿Poco interés o placer en hacer las cosas? <i>(Little interest or pleasure in doing things)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas? <i>(Feeling down, depressed, or hopeless)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si usted respondió "De ningún modo" o "Casi todos los días" a **AMBAS** preguntas 1 y 2, **STOP** DETENGASE AQUI  
*If you answered "Not at all" or "Declined to specify" to BOTH 1 and 2, STOP STOP HERE.*

	<b>Durante las últimas 2 semanas, que tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" "para indicar su respuesta")</b> <i>Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Use "✓" to indicate your answer)</i>	<b>De ningún modo</b> <i>Not at all</i> <b>0</b>	<b>Varios días</b> <i>Several days</i> <b>1</b>	<b>Mas de la mitad de los días</b> <i>More than half the days</i> <b>2</b>	<b>Casi todos los días</b> <i>Nearly every day</i> <b>3</b>
3	¿Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado? <i>Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Se ha sentido cansado(a) o con poca energía? <i>Feeling tired or having little energy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Con poco apetito o ha comido en exceso? <i>Poor appetite or overeating</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia? <i>Feeling bad about yourself--or that you are a failure or have let yourself or your family down</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión? <i>Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo, O por el contrario ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal? <i>Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite--being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera? <i>Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>USO PARA OFFICINA (FOR OFFICE CODING)</b>		<b>0</b>	+ _____	+ _____	+ _____
<b>PUNTAJE TOTAL (TOTAL SCORE):</b>					_____

¿Si usted marco alguno de estos problemas, que tan difícil estos problemas interfieren con su trabajo, con las labores cotidianas en casa o para interactuar con otras personas?  
*If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people? (circle one)*

No es difícil en absoluto  
*Not difficult at all*

Algo difícil  
*Somewhat difficult*

Muy difícil  
*Very difficult*

Extremadamente difícil  
*Extremely difficult*