

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Num. teléfono local: _____ Num. teléfono alternativo: _____

Por favor describa el problema o inquietud que lo trajo a nuestro consultorio el día de hoy:

Principalmente para establecer los cuidados Otro (por favor describa brevemente): _____

Necesidades especiales para la comunicación:

Idioma preferido:		
Si alguna de las respuestas a continuación es afirmativa, ¿de qué manera podemos asistirlo(a)?		
Impedimento visual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Impedimento auditivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Impedimento del habla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Impedimento cognitivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Impedimento sensorial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Historial de salud personal

Procedimientos quirúrgicos previos

Por favor marque los padecimientos pasados (P) o actuales (A)		Por favor marque si ha tenido alguno de los siguientes:	
<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Hipertensión	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Problema intestinal/digestivo	Procedimiento	Año
<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Colesterol elevado	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Fibrilación atrial	<input type="checkbox"/> Cirugía del corazón	
<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Diabetes	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Convulsiones	<input type="checkbox"/> Cirugía de arteria carótida	
<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Ataque al corazón o angina	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Cirugía vascular / Stent	
<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Infarto	<input type="checkbox"/> Reparación de aneurisma abdominal	
<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Problema de próstata	<input type="checkbox"/> Histerectomía	
<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Enfisema o bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Problema de seno	<input type="checkbox"/> Extirpación de vesícula biliar	
<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Pulmonía	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Infecciones del tracto urinario	<input type="checkbox"/> Extirpación del apéndice	
<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Artritis	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía	
<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Asma	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Problema de tiroides	<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación	
<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Osteoporosis/Osteopenia	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda	
<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Cáncer, Tipo:	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Problemas de adicción	<input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda	
<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Úlcera estomacal	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Depresión	<input type="checkbox"/> Cirugía de columna <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Espalda	
<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Enfermedad del riñón, Tipo:	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Ansiedad	<input type="checkbox"/> Cirugía de cáncer de seno	
<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Enfermedad del hígado, Tipo:	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Cirugía de cáncer de próstata	
	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A Otro:	<input type="checkbox"/> Hernia	
		<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Historial social

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Pareja de vida

¿Vive aquí durante todo el año? Sí No En caso negativo, ubicación el resto del tiempo:

Ocupación: _____ **Inquietudes:** Estrés Sustancias peligrosas Levantar cosas

Uso del tabaco: Nunca Lo dejé (cuándo) _____ Fumador(a) actualmente – ¿Cajetillas/día, por cuántos años?

Uso del alcohol: No Sí En caso afirmativo, ¿Cuántas bebidas/con qué frecuencia?

Uso de la cafeína: No Sí En caso afirmativo – Café Refresco Te ¿Cuántas bebidas/con qué frecuencia?

Uso de drogas ilícitas (incluyendo marihuana, cocaína, esteroides): Nunca En el pasado Actualmente
 Describa: _____

PLACE PATIENT ID LABEL HERE

Inquietudes sobre la salud actual

Por favor marque los problemas o padecimientos que usted tiene ACTUALMENTE

<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Sangrado rectal	<input type="checkbox"/> Dolor de ojo	<input type="checkbox"/> Nerviosismo
<input type="checkbox"/> Falta de aire	<input type="checkbox"/> Heces negras/como la pez	<input type="checkbox"/> Pérdida de la visión	<input type="checkbox"/> Dolor de testículos
<input type="checkbox"/> Sibilancia	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Vista doble	<input type="checkbox"/> Pérdida de la libido
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Subida de peso	<input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria	<input type="checkbox"/> Impotencia
<input type="checkbox"/> Tos con sangre	<input type="checkbox"/> Pérdida del apetito	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> Dolor de seno
<input type="checkbox"/> Ardor de garganta	<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Dolor de oídos	<input type="checkbox"/> Secreción del seno
<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Sangrado de nariz	<input type="checkbox"/> Otro (por favor describa aquí)
<input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Ronquera	
<input type="checkbox"/> Latido rápido del corazón	<input type="checkbox"/> Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> Sangrado fácil	
<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Moretones fáciles	
<input type="checkbox"/> Baja presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Frecuencia al orinar	<input type="checkbox"/> Sarpullido	
<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Disminución del flujo de orina	<input type="checkbox"/> Cambios en un lunar/verruca	Mujeres - Por favor completen
<input type="checkbox"/> Vértigo/desfallecimiento	<input type="checkbox"/> Fuga de orina	<input type="checkbox"/> Llega que no sana	Flujo menstrual: <input type="checkbox"/> Reg <input type="checkbox"/> Irreg. <input type="checkbox"/> olor/Cólicos
<input type="checkbox"/> Abdominal Pain	<input type="checkbox"/> Headaches, frequent	<input type="checkbox"/> Fatigue / Lethargy	Días con flujo____ Duración del ciclo____
<input type="checkbox"/> Agruras	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Insomnio	1er día de la última menstruación:
<input type="checkbox"/> Indigestión	<input type="checkbox"/> Pérdida de la fuerza	<input type="checkbox"/> Olvidadizo(a)	<input type="checkbox"/> Dolor o sangrado después del coito
<input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillo	<input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio	<input type="checkbox"/> Depresión	Número de embarazos:
<input type="checkbox"/> Náusea	Dolor, debilidad, o adormecimiento		
<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Brazos	<input type="checkbox"/> Caderas	<input type="checkbox"/> Espalda
<input type="checkbox"/> Vómito con sangre	<input type="checkbox"/> Piernas	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Hombros
<input type="checkbox"/> Cambio en las evacuaciones intestinales	<input type="checkbox"/> Manos	<input type="checkbox"/> Pies	<input type="checkbox"/> Abdómen
			Abortos espontáneos: Método anticonceptivo: Menopausia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Edad:

Historial familiar

Parentesco	Vive Sí/No	Edad	Problemas médicos mayores y/o causa de la muerte
Padre			
Madre			
Hermano(a)s			
Hijo(a)s			

Específicamente, alguno de sus parientes ha tenido los siguientes padecimientos:

Padecimiento	Pariente	Padecimiento	Pariente
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental		<input type="checkbox"/> Dependencia a sustancias químicas	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Infarto	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides		<input type="checkbox"/> Artritis	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la pituitaria		<input type="checkbox"/> Demencia	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn / Colitis		<input type="checkbox"/> Hipertensión	
<input type="checkbox"/> Cáncer, Tipo:		<input type="checkbox"/> Otro:	

¿Hay algún factor religioso o cultural que usted quisiera que consideremos al planear sus cuidados a la salud?

PLACE PATIENT ID LABEL HERE

Mantenimiento a la salud:

Por favor marque si usted ha recibido los siguientes preventivos y anote el año en que recibió el servicio

Inmunizaciones	Última ocasión	Pruebas	Última ocasión
Vacuna del tétanos / Tdap <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Papanicolao / Pélvica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Vacuna contra la pulmonía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Mamografía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Vacuna contra la influenza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Densidad ósea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Vacuna contra el herpes zóster <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Colonoscopia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Prueba de la próstata <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Guardasil (HPV) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Radografía del pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Ingresos al hospital (excluyendo embarazos):

Fecha	Hospital	Motivo del ingreso

Alergias

Por favor anote todas sus alergias a medicamentos o alimentos

Nombre	Síntoma / Reacción

Medicamentos:

Por favor anote todos los medicamentos que toma incluyendo los que no requieren receta médica, los herbales, y los suplementos.

Nombre	Dosis	Frec.	Nombre	Dosis	Frec.

Farmacia: _____ Teléfono: _____ # Tienda: _____

Descripción de la ubicación: _____

PLACE PATIENT ID LABEL HERE

Proveedores especialistas

Con el fin de que podamos coordinar óptimamente sus cuidados, por favor anote a todos los proveedores médicos que usted ve fuera de este establecimiento

<p>Cardiólogo</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____ Última visita: _____</p>	<p>Nefrólogo</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____ Última visita: _____</p>
<p>Oftalmólogo</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____ Última visita: _____</p>	<p>Psiquiatra / Psicólogo</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____ Última visita: _____</p>
<p>Oncólogo</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____ Última visita: _____</p>	<p>Alergólogo</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____ Última visita: _____</p>
<p>Urólogo</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____ Última visita: _____</p>	<p>Ginecólogo</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____ Última visita: _____</p>
<p>Gastroenterólogo</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____ Última visita: _____</p>	<p>Pulmonólogo</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____ Última visita: _____</p>
<p>Endocrinólogo</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____ Última visita: _____</p>	<p>Podiatra</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____ Última visita: _____</p>
<p>Otro: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____ Última visita: _____</p>	<p>Otro: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____ Última visita: _____</p>
<p>Otro: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____ Última visita: _____</p>	<p>Otro: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____ Última visita: _____</p>

Firma del paciente / tutor: _____ Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

