

Primary Health Solutions - Evaluación integral de salud - ADULTOS (mayores de 19 años)

PACIENTE:

Apellido:	Nombre:	Apodo:	Fecha de Nacimiento: MM/DD/YYYY	Fecha Complado: MM/DD/YYYY
-----------	---------	--------	------------------------------------	-------------------------------

Medicamentos Actuales(Nombre y Dosis) <i>Incluye medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas y preparaciones a base de hierbas</i>	Alergias: <i>Enumere todas las alergias, los medicamentos, medioambiente, medicamentos e insectos</i>

Hospitalizaciones, cirugías, lesiones graves	Año:	Ultimo Examen: <i>Enumere visitas de rutina, odontología, vision, PAP, mamografía, detección de cancer al colon etc.</i>	Proveedor:	Fecha:

Verifique a continuación las condiciones que tiene ahora o ha tenido en el pasado:

<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Diabetes, Tipo: 1 2	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Última HgA1c: _____	<input type="checkbox"/> Urticaria / erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Mareos, aturdimiento o desmayo	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> adicción a las drogas	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> Ulcera
<input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado	<input type="checkbox"/> Secreción genital / dolor	Describe: _____	<input type="checkbox"/> Problemas urinarios / Dolor
<input type="checkbox"/> Coágulo de sangre en pierna / pulmón	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca / Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Migrañas / Dolores de cabeza crónicos	<input type="checkbox"/> Otros: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad / trastorno de la sangre	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	_____
<input type="checkbox"/> Cancer, Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis, Tipo: A B C	<input type="checkbox"/> Infección de transmisión sexual	_____
	<input type="checkbox"/> presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Problemas sinusales	_____

Historial familiar: verifique si algún miembro de la familia ha tenido alguno de los siguientes y su relación con usted

<input type="checkbox"/> Alcoholismo	Relación: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca / Ataque cardíaco	Relación: _____
<input type="checkbox"/> Cancer, Tipo: _____	Relación: _____	<input type="checkbox"/> presión arterial alta	Relación: _____
<input type="checkbox"/> Depresion	Relación: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	Relación: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	Relación: _____	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental	Relación: _____
<input type="checkbox"/> adicción a las drogas	Relación: _____	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	Relación: _____
<input type="checkbox"/> Glaucoma	Relación: _____	<input type="checkbox"/> Otros: _____	Relación: _____

Hábitos sociales:	Salud masculina: <input type="checkbox"/> N/A
¿Fumas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Último examen de próstata: _____ Fecha: _____
¿Usas tabaco sin humo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Realizas autoexámenes testiculares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Vapeas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nutrición: Por favor marque todo lo que aplique
¿Estás expuesto al humo de segunda mano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Dieta especial? <input type="checkbox"/> Afirmativo, describe: _____
¿Uso ilegal de drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cambio de peso significativo en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/>
¿Usas alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ganancia <input type="checkbox"/> Pérdida Libras: _____
¿Cuántas veces usa productos que contienen cafeína? _____	¿Tienes problemas para masticar o tragar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Afirmativos, describe: _____

	¿Tienes suficiente para comer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Salud Femenina: <input type="checkbox"/> N/A	Última mamografía: Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
¿Estás embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No afirmativo, fecha del parto: _____	Última prueba de Papanicolaou: Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Último período menstrual: _____	¿Se realizan autoexámenes de senos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Control de natalidad: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pastillas <input type="checkbox"/> Otros _____	# nacimientos vivos: _____ # abortos espontáneos / abortos: _____
Edad primer período menstrual: _____	
# de embarazos: _____	
# de niños vivos: _____	

Primary Health Solutions - Evaluación integral de salud - ADULTOS (mayores de 19 años)

PACIENTE:

Apellido:	Nombre:	Apodo:	Fecha de Nacimiento: MM/DD/YYYY	Fecha Complado: MM/DD/YYYY
-----------	---------	--------	------------------------------------	-------------------------------

<p>Dental: Por favor marque todo lo que aplique</p> <p>Válvula protésica cardíaca <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Articulación artificial <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>VIH / SIDA <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Marcapasos <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Herpes / herpes labial <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Drepanocítica <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Llagas orales / sangrado de las encías <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>¿Cuándo fueron sus últimas radiografías dentales? _____</p> <p>¿Actualmente experimenta dolor o molestias dentales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tienes clics, estallidos o molestias en la mandíbula? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o la boca? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Usa dentaduras postizas o parciales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Visión: Por favor marque todo lo que aplique</p> <p>Picor <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Lagrimo / ardor <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Visión doble <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Visión borrosa <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Flotadores <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Destellos <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Antecedentes de traumatismo ocular o cirugía ocular <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Historia de cataratas <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Historia de glaucoma <input type="checkbox"/> Describe: _____</p>
<p>Otra información::</p> <p>¿Te sientes aislado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tienes ansiedad social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Eres sexualmente activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tienes relaciones sexuales sin protección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Olvidaste tomar tus medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha tenido más de 2 visitas a la sala de emergencias / hospital en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Vives de forma independiente o con un cuidador? _____</p> <p>¿Te sientes física y emocionalmente seguro donde vives? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Con qué frecuencia ves o hablas con personas que te importan o con las que te sientes cercano? _____</p> <p>En el último año, ¿ha tenido miedo de su pareja o ex pareja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Misceláneo:</p> <p>¿Tienes problemas con alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Utilidades <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Ropa</p> <p>¿Cual es tu nivel más alto de educación? <input type="checkbox"/> Menos que la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Escuela secundaria completa / GED <input type="checkbox"/> Más que la secundaria</p>
<p>¿Está bajo el cuidado de otro proveedor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Estás bajo el cuidado de un dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Necesidades de comunicación:</p> <p>¿Tiene problemas de audición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene discapacidad visual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tienes problemas para recordar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tienes problemas para aprender cosas nuevas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tienes problemas para concentrarte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tienes problemas para tomar decisiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
	<p>Necesidades preferencias culturales / religiosas: Indique</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Tiene directivas avanzadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, proporcione una copia a PHS.</p> <p>¿Aceptas productos sanguíneos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Caso afirmativo, nombre proveedor _____</p> <p>Caso afirmativo, nombre proveedor _____</p>

SOLO PARA USO DEL PERSONAL – FOR STAFF ONLY

Provider Name and Credentials: _____ Date: _____

Provider Signature: _____

Provider Name and Credentials: _____ Date: _____

Provider Signature: _____