

EVALUACIÓN DE LA SALUD DE UN NUEVO PACIENTE

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:
Nombre preferido:	Género preferido:	Género al nacer:
Historia Médico: _____ _____ _____		
Cirugías: _____ _____ _____		
Alergias:		
Medicamentos: _____ _____		

Antecedentes familiares:

Madre:	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Cáncer de próstata
Abuela materna:	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Cáncer de próstata
Abuelo materno:	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Cáncer de próstata
Padre:	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Cáncer de próstata
Abuela paterna:	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Cáncer de próstata
Abuelo paterno:	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Cáncer de próstata
Hermana:	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Cáncer de próstata
Hermano:	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Cáncer de próstata

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Consumo de tabaco/alcohol/sustancias:

Fumar Tabaco:	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Anterior	<input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> Algunos días
<i>Si la respuesta es afirmativa a "Anterior / Todos los días / Algunos días":</i> <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarros				
Exposición pasiva (humos de segunda mano):	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pasado	<input type="checkbox"/> Actual	
Sin humo (tabaco de masticar):	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Anterior	<input type="checkbox"/> Actual	
Vapeo:	<input type="checkbox"/> Corriente todos los días	<input type="checkbox"/> Actualidad algunos días	<input type="checkbox"/> Antiguo	
Consumo de alcohol:	<input type="checkbox"/> Sí	Bebidas por día _____	Bebidas por semana _____	
	<input type="checkbox"/> Actualmente no	<input type="checkbox"/> Nunca		
Consumo de sustancias:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Actualmente no	<input type="checkbox"/> Nunca	

Actividad Física:

En promedio, ¿cuántos días a la semana realiza ejercicio moderado a extenuante (como una caminata rápida)? _____

Actividad sexual:

¿Eres sexualmente activo? Sí Actualmente no Nunca

Si respondiste "Sí": Pareja(s): Masculino Hembra Tipo de anticonceptivo/protección: _____

Conexiones sociales:

En una semana típica, ¿cuántas veces hablas por teléfono con familiares, amigos o vecinos?

Nunca Una vez a la semana Dos veces por semana Tres veces por semana Más de 3 veces

Optó por no divulgar

¿Con qué frecuencia te reúnes con amigos o familiares?

Nunca Una vez a la semana Dos veces por semana Tres veces por semana Más de 3 veces

Optó por no divulgar

¿Con qué frecuencia asiste a la iglesia o a los servicios religiosos?

Nunca Una vez a la semana Dos veces por semana Tres veces por semana Más de 3 veces

Optó por no divulgar

¿Pertenece a algún club u organización como grupos eclesiásticos, uniones, grupos fraternales o atléticos, o grupos escolares?

Sí No Optó por no divulgar

¿Con qué frecuencia asiste a las reuniones de los clubes o organizaciones a las que pertenece?

Nunca De 1 a 4 veces al año Más de 4 veces al año Optó por no divulgar

¿Está casado, viudo, divorciado, separado, nunca se casó o vive con una pareja?

Casado Viudo Divorciado Separado Nunca se casó

Vivir en pareja Optó por no divulgar

¿Tiene algún documento de Planificación Avanzada de Cuidados? (es decir, Poder Notarial Duradero Para Atención Médica, Directiva Anticipada o Ordenes Medicas POLST)? Sí No Si no es así, pregúntele a su proveedor

Firma: _____ Fecha: _____

*****For Future Use***** Please initial and date below once you have reviewed this form at each annual review.

_____		_____		_____		_____	
_____		_____		_____		_____	