

<b>Nombre</b>	
<b>Fecha de Nacimiento</b>	
<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro
<b>Preferencia de lenguaje</b>	
<b>Correo electrónico</b>	
<b>Alergias</b> (Medicamento (s) / productos de salud con los que ha tenido una mala reacción y qué tipo de reacción)	<b>Medicamentos</b> 1. _____ 2. _____ 3. _____
	<b>Alimentos</b> 1. _____ 2. _____ 3. _____
	<b>Otras alergias (Mascotas, Polen, etc.)</b> 1. _____ 2. _____

<b>Por favor, indique su raza marcando la casilla correspondiente</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Blanco</b> – Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Medio Oriente o África del Norte.	
<b>Negro o afroamericano</b> – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.	
<b>Indio americano o nativo de Alaska</b> – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantiene afiliación tribal o apego a la comunidad.	
<b>Asiático</b> – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, Sudeste Asiático o el subcontinente Indio, incluyendo: Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.	
<b>Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico</b> – Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.	
<b>Otras razas</b>	
<b>Rehusó especificar</b>	
<b>Por favor indique su origen étnico marcando la casilla correspondiente</b>	
<b>Hispano / Latino</b>	
<b>No hispano / latino</b>	

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún idioma especial y / necesidades culturales? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No  
Si es así, ¿qué son?

¿Cuál es su estado civil legal? Marque (X) en la (s) casilla (s) correspondiente (s)			
Anulado		Divorciado (a)	
Pareja Doméstica		Separados Legalmente	
Casado (a)		Soltero (Nunca Casado)	
Viudo (a)			

¿Con quién vives? (Marque todo lo que corresponda)			
Solo		Cónyuge / pareja	Miembro de la familia / amigo
Cuidador pagado		Centro de vida independiente	Vivienda para personas mayores
Congregado o Vida Asistida		Hogar de reposo	

¿Hay alguien más involucrado con sus decisiones de atención médica?			
No sólo yo		Familiar	Poder legal
Fiduciario público		Guardián	Cónyuge / compañero Otro

Si es así, Nombre: Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene un cuidador que le brinde asistencia? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No  
¿Cuál es el nombre de la persona? \_\_\_\_\_  
Numero de teléfono: \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, ¿qué tipo de asistencia?

Cuéntanos sobre tu entorno familiar		
	Si	No
¿Tienes mascotas?		
¿Tienes un detector de humo?		
¿Tienes un detector de dióxido de carbono?		
¿Fuma alguien en tu hogar?		
¿Tienes un arma en tu casa?		

¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó?			
	✓		✓
Escuela primaria		Colegio 1 año	
Séptimo grado		Colegio 2 años	
Octavo grado		Grado Asociado	
Noveno grado		Licenciatura	
Décimo grado		Grado vocacional	
Onceno Grado		Maestría	
Duodécimo Grado		Doctorado	

¿Actualmente asiste a la escuela? [ ] Si [ ] No [ ] Tiempo completo [ ] Medio tiempo  
Si la respuesta es sí, ¿Dónde estudia?

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su estado laboral actual?			
Discapacitado		Retirado	
Desempleados		Trabajar con restricciones	
Empleado de tiempo completo		Empleado a tiempo parcial	
<b>Si actualmente está empleado, ¿cuál es su ocupación?</b>			

¿Cuál es tu dieta actual? Marque una (X) junto a la casilla correspondiente			
Saludable, bien equilibrado		Diabético	
Más de 70 gramos de grasa		Sin gluten	
Más de 90 gramos de azúcar		Alto contenido de fibra	
Más de 50 gramos de proteína		Sin lactosa	
Más de 2300 miligramos de sodio		Renal	
1200 Cal Ada		Vegano	
1200 Cal Ada		Vegetariano	
1800 Cal Ada		Mecánico suave	
Cardíaco		Otro	
Colesterol bajo		Otro	

¿Cuál es tu orientación espiritual?			
Adventista		Musulmán	
Bautista		No católico	
Católico		Protestante	
Cristiano		Espiritista	
Hinduismo		Vudú	
Islam		Budismo Zen	
Independiente		Agnóstico	
Testigo de Jehová		Ateo	
Judío		Otro	

¿Cómo describirías tu patrón de sueño?			
Actividad normal del sueño		Disturbios continuos	
Somnolencia diurna		Dificultad para conciliar el sueño	
Temprano en la mañana despertar		Ronquidos que perturban el sueño	
En promedio, ¿cuántas horas duermes por noche? _____			

¿Cuál es tu mano dominante?			
Izquierda		Derecha	
Ambos (Ambidiestro)			

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cómo te calificarías a ti mismo durante el último mes?				
Mi audición es	Bueno	Regular	Mala	Bien con equipos de audición
Mi visión es	Bueno	Regular	Mala	Bien con espejuelos y lentes de contacto
Puedo caminar	Sin ayuda	Bastante bien con un bastón	Con andador	No puedo caminar

¿Ha completado un testamento en vida, directivas anticipadas u otro documento de deseos de atención médica? (encierre en un círculo la respuesta correcta )			
Si	No	No sé	Quisiera hablar con el Doctor sobre eso
**** En caso afirmativo, traiga una copia a su próxima cita con nuestra oficina.			
¿Tienes un proxy de atención médica? ____ Si ____ No			
¿Cuál es el nombre de la persona? _____			
Número de teléfono: _____			

Por favor revise la siguiente lista. Si tiene alguna de estas condiciones marque Sí o No y la aproximación año de diagnóstico. Si tiene otras afecciones que no figuran en la lista, escribalas en el espacio provisto.								
Condición / Enfermedad	Si	No	Año	Condición / Enfermedad	Si	No	Año	
Alcoholismo / Cirrosis				Cataratas				
Anemia				Diabetes (nivel alto de azúcar en la sangre)				
Artritis				Enfermedad de la vesícula biliar / cálculos				
Asma / enfisema				Glaucoma				
Sangrado / Trastornos de la sangre / Coágulos				Enfermedad de Crohn / colitis				
Hueso o columna vertebral				Enfermedad del corazón				
Cáncer (pasado)				Ataque cardíaco (MI)				
Leucemia				Hepatitis / Ictericia / Hígado				
Linfoma				Alta presión sanguínea				
VIH positivo / SIDA				Enfermedad de tiroides				
Enfermedad pulmonar				Tuberculosis				
Enfermedad de la próstata				Úlceras / dolor de estómago				
Convulsiones / epilepsia				Otro:				
Trazo (s)				Otro:				
Otro:				Otro:				
Otro:				Otro:				

### HISTORIA DE ABUSO DE SUSTANCIAS / SALUD MENTAL

1. ¿Tiene un historial de abuso de sustancia? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No (En caso afirmativo, marque los cuadros a continuación)
2. ¿Alguien en su familia (madre, padre, hermano / hermana, hijo, tía / tío o abuelo) tiene antecedentes de abuso de sustancias? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No
3. ¿Tiene un historial de condición de salud mental? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No (En caso afirmativo, marque los cuadros a continuación)
4. ¿Alguien en su familia (madre, padre, hermano / hermana, hijo, tía / tío o abuelo) tiene un historial de condición de salud mental? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor revise la siguiente lista. Si tiene alguna de estas condiciones marque Sí o No Si hay alguna otra condición (es) o sustancia (s) que no figuran en la lista, escríbalas en el espacio provisto.					
SALUD MENTAL			ABUSO DE SUSTANCIAS / DEPENDENCIA		
Condición / Enfermedad	Si	No	Sustancia / Droga	Si	No
Alcohol / abuso de sustancias			Cafeína (pastillas o bebidas)		
Dependencia de alcohol / sustancias			Cocaína		
Desórdenes de ansiedad			Cristal Meta-Anfetamina		
Déficit de atención / hiperactividad en adultos			Heroína		
Trastorno (ADHD / ADD)			Inhalantes		
Desorden bipolar			LSD o alucinógenos		
Depresión			Mariguana		
Trastornos de la alimentación			Metadona		
Trastorno de ansiedad generalizada			Analgésicos		
Desorden obsesivo compulsivo			PCP		
Trastorno de pánico			Estimulantes (píldoras)		
Depresión post-parto			Tranquilizantes / pastillas para dormir		
Trastorno de estrés postraumático (TEPT)			Éxtasis		
Esquizofrenia			Otro:		
Otro:			Otro:		
Otro:			Otro:		

Por favor, enuncie el/los Doctor (es):		
Especialidad	Nombre y apellidos (si los conoce)	Número de teléfono
Corazón (cardiólogo)		
Riñón (Nefrólogo)		
Cáncer (Oncólogo)		
Ojo (Oftalmología)		
Psiquiatra		
Consejero de salud mental		
Especialista en dolor		
GYN (Obstetricia y ginecología)		
Pulmones (Pulmonólogo)		
Pie (Pediatria)		
Diabetes / Tiroides (Endocrinólogo)		
Urólogo		
Gastroenterólogo		
Ortopédico		

En el último año, ¿se ha realizado exámenes de laboratorio o vacunas?	Si	Fecha	No	Ayúdame Programar
Examen de cáncer color rectal				
Vacuna contra la gripe				
Vacuna contra la pulmonía				
Vacuna contra la culebrilla				
Examen de la vista				
Examen dental				
Prueba de detección del cáncer de cuello uterino (PAP) (mujer)				
Detección de densidad mineral ósea				
Detección de cáncer de mama (mujer)				

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Revisión de los síntomas**

Revise lo siguiente y marque A para el problema actual o P para el problema pasado en el espacio provisto. Deje los espacios en blanco si nunca ha tenido ninguno de los siguientes.

Problema	A	P	Problema	C	P
Dolor - ¿Dónde?			Dolor muscular o debilidad		
Fatiga / debilidad			Entumecimiento u hormigueo		
Fiebre / escalofríos / sudores nocturnos			Dificultad para caminar		
Bulto (s) o hinchazón			Disminución del apetito		
Erupciones / lunares			Dolor abdominal / Hinchazón		
Hematomas fácilmente			Heces negras o con sangre		
Sangrado o coagulación de la sangre			Hinchazón		
Dormir / insomnio / dormir demasiado			Estreñimiento		
Pérdida o ganancia de peso (¿cuánto?)			Diarrea		
Cambios en los bultos mamarios / mamarios			Aumento de gas		
Dolores de cabeza			Náuseas y / o vómitos		
Cambios de visión			Necesidad de orinar con frecuencia		
Convulsiones / epilepsia			Dolor en la vejiga o dolor al orinar		
Pérdida de memoria			Sangrado al orinar		
Problemas dentales / ronquera			Bulto (s) en testículos		
Úlceras de boca			Pérdida de potencia sexual		
Problemas sinusales			Sofocos		
Dolor en el pecho / Presión			Flujo vaginal / olor / sangrado		
Hinchazón de tobillos			Dolor con las relaciones sexuales		
Latidos rápidos			Sentirse deprimido		
Tos			Pérdida de interés en las actividades habituales		
Toser sangre			Infecciones o alergias recientes		
Dificultad para tragar			Otro:		
Respiración dificultosa					

**Medicamentos** (Enumere todos los nombres de los medicamentos, incluidos los que no requieren receta médica, vitaminas, hierbas o suplementos). Incluya la dosis y la cantidad que toma diariamente (por ejemplo: Lasix 20 mg 1 tableta al día)

1.	7.
2.	8.
3.	9.
4.	10.
5.	11.
6.	12.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## HISTORIA FAMILIAR

POR FAVOR, ANOTE CUALQUIER ENFERMEDAD MÉDICA PERTINENTE EN SU FAMILIA

Condición	S	N	Miembros	Edad de inicio
			(Circule los que aplican)	
PAP alterado			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Acné			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
TDAH			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Anemia			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Ansiedad			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Artritis			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Alzheimer			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Desorden sangrante			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Coágulos de sangre			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Bronquitis			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Cáncer			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Cataratas			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Varicela			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
EPOC / Enfisema			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Depresión			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Diabetes			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Difteria			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Eczema			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Fractura			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Glaucoma			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Acidez estomacal (reflujo)			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Ataque al corazón			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Insuficiencia cardíaca			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Soplo cardíaco			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Hemorroides			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Hernia			Padre; Abuelo; hermanos, otros	

Condición	S	N	Miembros	Edad de inicio
			(Circule los que aplican)	
Alta presión sanguínea			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Colesterol alto			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
VIH / SIDA			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Trastorno intestinal			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Enfermedad del riñón			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Hígado dades del Hígado			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Sarampión			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Meningitis			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Enfermedad mental			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Migrañas			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Mononucleosis			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Accidente de vehículo motorizado			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Esclerosis múltiple			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Paperas			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Parkinson			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Neumonía			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Trastorno convulsivo			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Enfermedad de Transmisión Sexual			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Herpes			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Carrera			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Enfermedad de tiroides			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Tuberculosis			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
Lista otros a continuación:			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
			Padre; Abuelo; hermanos, otros	
			Padre; Abuelo; hermanos, otros	