



2705

**DATOS DE ADMISIÓN A LA
ATENCIÓN DE SALUD**

PPMC Providence Portland Medical Center
PSVMC Providence St. Vincent Medical Center
PHRMH Providence Hood River Memorial Hospital

Nombre de preferencia: _____

Pronombre de preferencia: _____

¿Necesitó atención de emergencia antes de llegar a este hospital? sí no

Contacto de emergencia

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____

Proveedores médicos:

Dr. de cabecera: _____ Tel. _____

Psiquiatra: _____ Tel. _____

Terapeuta: _____ Tel. _____

Otro: _____

Hospital de emergencia de preferencia: _____

Dentista de emergencia de preferencia: _____

Vacunas:

Pediátricas al día no sabe

Tétanos al día no sabe

Neumonía al día no sabe

Influenza al día no sabe

¿Tiene alergias? sí no

Lista de alergias **Reacciones**

Látex Cinta adhesiva Yodo

Medicamentos Ninguno Aspirina Venta libre/herbales

Medicamento **Dosis/Frecuencia**

ANTECEDENTES MÉDICOS y QUIRÚRGICOS

¿Tiene o ha tenido algo de lo siguiente?:

(Marque con un círculo a continuación las opciones que correspondan o agregue otras)

Problemas con los ojos, oídos, nariz o garganta: (glaucoma; implantes de cristalino, dentadura postiza, dientes flojos, coronas o puentes; uso de audífonos, anteojos, lentes de contacto u ojo artificial) SÍ NO

Problemas cardíacos: (dolor en el pecho, angina, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva, latidos irregulares, marcapasos, desfibrilador) SÍ NO

Problemas vasculares: (Presión arterial alta, coágulos sanguíneos) SÍ NO

Problemas pulmonares: (asma, enfisema, tuberculosis, tos, tos con sangre, radiografía de tórax anormal, apnea del sueño) SÍ NO

Problemas gastrointestinales: (hepatitis, cirrosis, úlceras, hernia hiatal, sangrado intestinal, vómitos/diarrea/estreñimiento por más de 24 horas, acidez estomacal) SÍ NO

Problemas genitourinarios: (obstetricia/ginecología, enfermedad/insuficiencia hepática, problemas de próstata, incontinencia, incontinencia de esfuerzo, micción con dolor, ETS, infecciones) SÍ NO

¿Hay alguna posibilidad de que quede embarazada? SÍ NO
 Último período menstrual _____ Anticonceptivos _____

Problemas musculoesqueléticos: (problemas de espalda, fractura ósea en el cuello/espalda/rostro, rango de movimiento limitado, artritis, articulación temporomandibular [ATM]) SÍ NO

Problemas de piel: (sarpullido, urticaria, fácil formación de moretones, llagas abiertas) SÍ NO

Problemas neurológicos: (convulsiones, parálisis/áreas adormecidas, accidente cerebrovascular, debilidad, mareos, desmayo, migrañas, confusión, lesión en la cabeza previa) SÍ NO

Afección psicológica: (ansiedad, depresión, bipolaridad, demencia, Alzheimer) SÍ NO

Problemas endócrinos: (diabetes, tiroides) SÍ NO

Anemia/problemas de sangrado inusual: SÍ NO

Cáncer: Tipo: _____

¿Alguna mala reacción a la anestesia? SÍ NO
Describe: _____

¿Tiene antecedentes familiares de fiebre alta o debilidad muscular después de la anestesia? SÍ NO

¿Tiene una objeción religiosa para la transfusión de sangre? SÍ NO

Cirugías, implantes, procedimientos, hospitalización, partos o enfermedades: (Incluya fechas): _____

Revisor del personal: _____

Fecha/Hora: _____



2705

**DATOS DE ADMISIÓN A LA
ATENCIÓN DE SALUD**

 PPMC Providence Portland Medical Center
 PSVMC Providence St. Vincent Medical Center
 PHRMH Providence Hood River Memorial

Página

B. CONSUMO DE SUSTANCIAS

Consumo:	No	Sí	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Fecha de la última vez que consumió?
Alcohol					
Tabaco					
Marihuana					
Cocaína					
Metanfetaminas					
Heroína/Opiáceos					
Sustancia IV					
Otros:					

C.	<p>¿Actualmente padece algún dolor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Lugar del dolor _____</p> <p>D</p> <p>Califique su dolor del 0 al 10, 0=sin dolor y 10=peor dolor. Marque el número con un círculo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Describe su dolor _____</p> <p>Peor dolor causado por _____</p> <p>¿Qué alivia su dolor? _____</p> <p>¿Su dolor actual es crónico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
D.	<p>N</p> <p>¿Sigue una dieta especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa _____</p> <p>Si tiene alergias a los alimentos, ¿cuáles? <input type="checkbox"/> N/C _____</p> <p>T</p> <p>¿Tiene alguna dificultad para comer o masticar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa _____</p> <p>R</p> <p>Pérdida de peso involuntaria de más de 15 lb. ¿En los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, cantidad _____</p> <p>I</p> <p>¿Siente que tiene algún problema nutricional que le impide recuperar su salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Ó</p> <p>Describe _____</p>
E.	<p>S</p> <p>¿Tiene alguna preocupación sobre su seguridad personal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa _____</p> <p>E</p> <p>Debido a que la violencia en el hogar es un riesgo de salud grave, a todas las personas les preguntamos:</p> <p>¿Hoy vino aquí por una lesión o enfermedad relacionada con la violencia doméstica? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Alguien le ha golpeado, pateado, dado un puñetazo o herido de alguna otra forma en el último año? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Se siente en peligro en su relación actual? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Alguna pareja de una relación anterior le está haciendo sentir en peligro ahora? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
F.	<p>S</p> <p>¿Cuántas horas duerme normalmente? _____</p> <p>¿Duerme la siesta durante el día? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cantidad: _____</p> <p>U</p> <p>¿Tiene algún ritual antes de irse a dormir o usa algo que le ayuda a dormir? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Si la respuesta es sí, ¿qué? _____</p> <p>E</p> <p>¿Ha tenido algún cambio reciente en su rutina de sueño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Si la respuesta es sí, describa _____</p> <p>N</p>

Revisor del personal: _____ Fecha/Hora: _____



2705

**DATOS DE ADMISIÓN A LA
ATENCIÓN DE SALUD**

PPMC Providence Portland Medical Center
PSVMC Providence St. Vincent Medical Center
PHRMH Providence Hood River Memorial

G. A P R E N D I Z A J E	<p>¿Preocupaciones que pueden afectar su aprendizaje?</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Dificultad para leer <input type="checkbox"/> Dificultad para escuchar <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria <input type="checkbox"/> Estrés</p> <p><input type="checkbox"/> No hablante de inglés <input type="checkbox"/> Inglés como segunda lengua <input type="checkbox"/> Cultura</p> <p><input type="checkbox"/> Tipo de dificultad de aprendizaje: _____ <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>¿De qué manera aprende mejor? <input type="checkbox"/> Leyendo <input type="checkbox"/> Escuchando <input type="checkbox"/> Mirando <input type="checkbox"/> Haciendo</p> <p>¿Necesita alguna información de salud? <input type="checkbox"/> Instrucciones anticipadas <input type="checkbox"/> Enfermedad actual <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Medicación</p> <p><input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Programa para dejar de fumar <input type="checkbox"/> Otra _____</p>
H. F U N C I O N A M I E N T O	<p>1. Movilidad:</p> <p>a.) ¿Sufrió alguna caída al piso recientemente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____</p> <p>b.) ¿Necesita asistencia para caminar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____</p> <p>c.) ¿Tiene dificultad para subir o bajar escaleras? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____</p> <p>d.) ¿Tiene dificultad para subirse o bajarse de una silla? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____</p> <p>2. Actividades de la vida diaria:</p> <p>a.) ¿Necesita ayuda con la higiene personal, para vestirse o cocinar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, describa _____</p> <p>3. Función cognitiva:</p> <p>a.) ¿Tiene alguna dificultad para hablar, escribir, leer, seguir indicaciones o recordar cosas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Describa _____</p> <p>b.) ¿Las actividades familiares a veces le resultan difíciles de completar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____</p> <p>c.) ¿Los lugares conocidos a veces le resultan poco familiares? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____</p> <p>d.) ¿Ha tenido recientemente cambios de humor frecuentes que lo sorprenden? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>4. Medicamentos:</p> <p>a.) ¿Puede tomar medicamentos sin la ayuda de otros? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>5. Residencia: <input type="checkbox"/> En casa solo <input type="checkbox"/> En casa con otras personas: ¿con quién? _____ <input type="checkbox"/> No tiene residencia permanente <input type="checkbox"/> Centro comunitario y contacto: _____</p>
I. A P O Y O S	<p><u>Apoyos para tratamientos familiares y sociales:</u> [Iniciales del terapeuta a continuación para indicar seguimiento, cuando se solicite]</p> <p>¿Su familia o sus personas de apoyo desearían tener más información sobre su tratamiento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ Iniciales del terapeuta _____</p> <p>¿Le gustaría que su familia o sus personas de apoyo participen en el desarrollo del plan de servicios? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ Iniciales del terapeuta _____</p> <p>¿Quiere que su familia o personas de apoyo reciban información (por ejemplo, qué hacer en caso de emergencia)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ Iniciales del terapeuta _____</p> <p>¿Desea información sobre grupos de apoyo para usted y su familia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ Iniciales del terapeuta _____</p> <p><u>Otras necesidades de apoyo:</u></p> <p>¿Le preocupa el pago de los alimentos, medicamentos, transporte, etc.? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa _____</p> <p>¿Esta estadía para tratamiento afectará a alguien en su hogar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿a quién? _____</p> <p>¿Siente ansiedad o miedo excesivo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa _____</p> <p>¿Ha tenido pérdidas personales que podrían afectar su atención? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa _____</p> <p>¿Puede contactar servicios de emergencia cuando los necesita? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa _____</p> <p>¿Siente que tiene apoyo suficiente de su familia, amigos, iglesia, etc.? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa _____</p> <p>¿Hay alguna práctica espiritual que desee comunicarnos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Describe _____</p> <p>¿Tiene tradiciones o prácticas culturales que sean importantes que conozcamos para proporcionarle atención? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Describe _____</p>
	<p>¿Ha servido en el ejército? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Rama: _____</p> <p>Estado actual: Activo <input type="checkbox"/> De baja <input type="checkbox"/> Reserva <input type="checkbox"/></p>
<p>Marque el casillero que indique la persona que completó este formulario:</p> <p><input type="checkbox"/> Firma del paciente _____ Fecha/Hora: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Familia/Relación _____ Firma _____ Fecha/Hora _____</p>	