

Bienvenido a Providence Medical Group

Nombre y pronombres preferidos: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre legal (si es diferente) _____

¿Quién es su persona de contacto de emergencia (nombre y número de teléfono)? _____

¿Tiene un representante o poder de atención médica? Sí No

Si la respuesta es "sí", nombre: _____ Teléfono: _____

Su salud es importante para nosotros. Gracias por completar este formulario PREVIO a su visita, para poder proveer juntos una atención médica de la más alta calidad y la mejor experiencia para usted.

¿Cuál es el problema **más importante** que necesitamos discutir en su visita de hoy?

Si tenemos tiempo hoy o en una próxima visita, ¿qué otras preocupaciones tiene usted?

1) _____

2) _____

3) _____

¿Cuáles son sus metas de salud? _____

¿Necesita algún **surtido de medicamentos, referencias, formularios completados o una carta para su trabajo** el día de hoy? Sí No

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

¿Tiene actualmente o ha tenido en el pasado cualquiera de las siguientes condiciones?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco |
| <input type="checkbox"/> Complicaciones con la anestesia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad muscular/neurológica |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Alergias ambientales | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Reflujo gástrico (GERD) | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Falla cardiaca (CHF) | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Otra |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | |
| | <input type="checkbox"/> Meningitis | |

HISTORIAL DE CIRUGÍAS

¿Ha tenido alguna de estas cirugías o procedimientos?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apendectomía | <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de cerebro | <input type="checkbox"/> Cirugía de ojos | <input type="checkbox"/> Cirugía de intestino delgado |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de los senos | <input type="checkbox"/> Cirugía de fracturas | <input type="checkbox"/> Cirugía de la columna vertebral |
| <input type="checkbox"/> Bypass coronario (CABG) | <input type="checkbox"/> Reparación de hernias | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de vesícula | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de colon | <input type="checkbox"/> Prostatectomía | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula |
| <input type="checkbox"/> Cirugía plástica | <input type="checkbox"/> Otra _____ | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

Medicamentos: Por favor, haga una lista con el nombre, dosis y frecuencia de sus medicamentos. Por favor, incluya medicamentos recetados, suplementos, medicamentos sin receta

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

Alergias a drogas: Por favor, haga una lista de los medicamentos y el tipo de reacción. Si no tiene alergias a las drogas, marque y brinque esta sección.

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

SALUD PREVENTIVA

Si corresponde/si lo sabe:

1. Último período menstrual - Fecha: _____
2. ¿Actualmente está amamantando? Sí No
3. ¿Cuándo tuvo su último examen de Papanicolaou (si fue afuera de Providence)? _____
4. ¿Cuándo tuvo su última mamografía (si fue afuera de Providence)? _____
5. ¿Cuándo tuvo la última colonoscopia (si fue afuera de Providence)? _____

HISTORIAL FAMILIAR

Si es adoptado o desconoce su historial.

Parentesco	Nombre (opcional)	Vivo(a)	Sin problemas conocidos	Artritis	Cáncer del seno	Cáncer del colon	Otro tipo de cáncer	Trastorno de coagulación	Diabetes	Presión arterial alta	Enfermedad de los riñones	Enfermedad del hígado	Enfermedad de los pulmones	Enfermedad mental	Derrame cerebral	Abuso de sustancias	Otro
Madre		Sí No															
Padre		Sí No															
Hermana(s)		Sí No															
Hermano(s)		Sí No															
Hija(s)		Sí No															
Hijo(s)		Sí No															
Hermana(s) de la madre		Sí No															
Hermano(s) de la madre		Sí No															
Hermana(s) del padre		Sí No															
Hermano(s) del padre		Sí No															
Madre de la madre		Sí No															
Madre del padre		Sí No															
Padre de la madre		Sí No															
Padre del padre		Sí No															

Lo mejor posible, marque qué parientes han tenido estas enfermedades. La salud de sus padres, hermanos y hermanas es la más importante.

HISTORIAL SOCIAL

¿Quién vive con usted? _____

Situación de pareja (si corresponde): _____

Ocupación: _____ Pasatiempos: _____

¿Está activo(a) sexualmente? Sí No

Si la respuesta es "sí":

Sus parejas son (por ejemplo, del género masculino, femenino, no binario, etc.): _____

En el último año, ¿cuántas parejas ha tenido? 1 más que 1

¿Está interesado en hacerse un estudio de infecciones de transmisión sexual? Sí No

¿Usa usted o su pareja métodos anticonceptivos? En caso de que sí, ¿cual usa? _____

Si no usa métodos anticonceptivos, ¿por qué no los usa? Estamos intentando tener un bebé

Pareja(s) del mismo sexo Otro

¿Ha estado alguna vez en una relación física o verbalmente abusiva? Sí No

¿Se encuentra ahora en una relación física o verbalmente abusiva? Sí No

¿Usa productos del **tabaco**? Sí No Fecha que dejó de usarlos: _____ Nunca he usado tabaco

Si responde que sí, ¿cuántos paquetes/latas al día? ____ ¿Cuántos años? ____ ¿Tiene interés en dejar de usarlo? Sí No

¿Cuántas veces a la semana hace ejercicio? _____ ¿Qué tipo de ejercicio hace? _____

Pedimos a todos nuestros pacientes adultos sobre el uso de sustancias y estado de ánimo porque estos factores pueden afectar su salud. Por favor, pregunte a su doctor si tiene alguna pregunta. Sus respuestas en este formulario se mantendrán de una manera confidencial.

Alcohol: Una bebida =

	12 oz. cerveza
---	-------------------

	5 oz. vino
---	---------------

	1.5 oz. licor (un trago)
---	-----------------------------

	Ninguna	1 o más
HOMBRES: ¿Cuántas veces en el último año ha tenido 5 o más bebidas al día?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MUJERES: ¿Cuántas veces en el último año ha tenido 4 o más bebidas al día?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Drogas: Las drogas recreativas incluyen metanfetaminas (*speed*, cristal), cannabis (marihuana), inhalantes (disolvente de pintura, aerosoles, pegamento), tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, éxtasis, alucinógenos (LSD, hongos) o narcóticos (heroína).

	Ninguna	1 o más
¿Cuántas veces en el último año ha usado drogas recreativas o usado un medicamento recetado sin tener razones médicas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estado de ánimo:

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
En las últimas dos semanas, ¿le ha molestado que tiene poco interés o placer en hacer las cosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido triste, deprimido o desesperado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tener acceso a alimentos, transporte y otros apoyos básicos afecta la salud de una persona. Las siguientes preguntas se centran en estos apoyos. Según sus respuestas, podemos conectarlo con los servicios necesarios. Estamos pidiendo a todos nuestros pacientes que respondan estas preguntas. No es necesario que complete este formulario.

1. En los últimos 12 meses hemos estado preocupados de que se nos acabe la comida antes de conseguir dinero para comprar más”:

- Nunca
- A veces
- A menudo

2. En los últimos 12 meses, los alimentos que compramos no nos duran y no nos queda dinero para comprar más.

- Nunca
- A veces
- A menudo

3. ¿Cuál es tu situación de vida hoy?

- Tengo un lugar estable para vivir
- Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el future
- No tengo un lugar estable para vivir (me estoy quedando temporalmente con otros, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en la playa, en un automóvil, edificio abandonado, estación de autobús o tren o en un parque)

4. En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, petróleo o agua ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?

- Sí
- No
- Ya apagado

5. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte lo evitó de las citas médicas o de obtener medicamentos?

- Sí
- No

6. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte lo ha impedido de las reuniones, el trabajo o las cosas necesarias para la vida diaria?

- Sí
- No

Por favor, háganos saber si desea asistencia selecciona todas las casillas a continuación:

<input type="checkbox"/>  Vivienda o Renta	<input type="checkbox"/>  Trabajo y Educación	<input type="checkbox"/>  Cuidado Dental
<input type="checkbox"/>  Costo de Utilidad	<input type="checkbox"/>  Niños y Bebés	<input type="checkbox"/>  Cuidado de los Ojos
<input type="checkbox"/>  Alimentos	<input type="checkbox"/>  Personas Mayores	<input type="checkbox"/>  Recuperación de Drogas y Alcohol
<input type="checkbox"/>  Ropa	<input type="checkbox"/>  Consejería	<input type="checkbox"/>  Legal
<input type="checkbox"/>  Transporte	<input type="checkbox"/>  Seguro de Salud	<input type="checkbox"/>  Otro/a