



10670 NE Cornell Rd, Ste 201 y 300
Hillsboro, OR 97124
tel.: 503.216.9300
fax: 503.216.9339
www.providence.org/oregon

Bienvenido a Medicina Familiar y Medicina Deportiva de Providence Medical Group Tanasbourne.

Gracias por elegirnos para su atención médica. Para atenderlo mejor y ayudarlo a que se familiarice con nuestras clínicas, le proporcionamos este paquete de información, que incluye los materiales de registro.

En la Clínica de Medicina Familiar y Medicina Deportiva de Providence Medical Group Tanasbourne somos un centro médico centrado en el paciente. Nuestra clínica tiene cuatro equipos de centros médicos conformado por médicos, auxiliares médicos, enfermeros, coordinadores de atención clínica, practicantes y representantes de relaciones con el paciente. Nuestros equipos clínicos también incluyen un administrador de caso, un farmacéutico clínico, un psicólogo y un educador para la diabetes.

Nuestros equipos clínicos y opciones de comunicación telefónica **Teléfono: (503) 216-9300**

Equipo Redwood-Suite 300

Sreedevi Pitta, MD
Sherry Taeidi, DO
Heather Davidson, PA-C

Opción 1 del teléfono

Equipo Juniper-Suite 300

Jason Baker, MD
Michelle Hall, MD
Sophia Streitfeld, PA-C

Opción 2 del teléfono

Equipo Aspen-Suite 300

Hyrum Durtschi, DO
Hina Khan, MD
Lynn Vandehey-Thomas, PA-C

Opción 3 del teléfono

Equipo Spruce-Suite 201

Traci Ackron, DO
Darius Graeff, DO
Jennifer Mings, PA-C

Opción 4 del teléfono

Medicina Familiar y Medicina Deportiva

Nuestros proveedores de Medicina Familiar son parte de una red integrada de cuidadores y especialistas, lo que hace posible atender a pacientes de todas las edades, desde el nacimiento hasta el final de la vida.

Si hay una cosa que los deportes y la medicina comparten es el deseo de hacer que usted se mejore. Si está comenzando en los deportes, está compitiendo a alto nivel o está comprometido con mantenerse activo, nuestros proveedores de Medicina Deportiva están aquí para ayudarle. Algunos de los servicios que proporcionamos a través de nuestra clínica de Medicina Deportiva incluyen: exámenes físicos deportivos, tratamiento de contusiones, evaluaciones de radiografía, inyecciones para el dolor y la inflamación, tratamiento de lesiones deportivas, tratamiento no quirúrgico de fracturas y manipulación osteopática.

Horarios de atención y servicio fuera de horario

Nuestro consultorio está abierto de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 5:00 p. m., con atención telefónica de 7:30 a. m. a 5:00 p. m. Providence Medical Group Tanasbourne tiene médicos de guardia para necesidades de urgencia o emergencia después del horario de atención que no puedan esperar hasta el horario de la clínica para ser atendidas. Para comunicarse con el médico de guardia, llame a nuestro consultorio al 503-216-9300. Se lo dirigirá al servicio de asesoramiento de enfermeros registrados después del horario de atención. Se clasificará (triage) su problema y, si es necesario, se comunicarán con el médico de guardia.

Por reposiciones, comuníquese directamente con su farmacia y esta se comunicará con nosotros si fuera necesario. Se tardará 72 horas en procesar la solicitud de reposiciones.

Servicio de laboratorio

Providence cuenta con un centro de servicio de laboratorio ambulatorio en el primer piso de nuestro edificio. Actualmente, el horario del laboratorio es de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 3:30 p. m. Por el momento, está cerrado los sábados y los domingos. Si tiene preguntas sobre su horario de funcionamiento, comuníquese con el servicio de laboratorio al 503-215-6660.

Farmacia

Credena Health Pharmacy está ubicada en el primer piso. La farmacia está abierta de lunes a sábado, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los domingos está cerrada.

Número de teléfono: 503-216-9020

Clínica de Atención Inmediata

La Clínica de Atención Inmediata está abierta todos los días de 7:00 a. m. a 6:45 p. m. Está cerrada el Día de Acción de Gracias y Navidad. Los horarios pueden variar en otros días festivos.

Está ubicada en el primer piso. Se aceptan consultas sin cita previa. Análisis de laboratorio y radiografías en la clínica. Consultas con pediatra disponibles. Número de teléfono: 503-216-9360

Comentarios e inquietudes

Comuníquese directamente con la clínica si tiene comentarios o inquietudes. Nuestro equipo está aquí para ayudarle. Número de teléfono de la clínica: 503-216-9300

Indicaciones para llegar a la clínica

Desde el oeste en la Ruta 26: Tome la salida 64 desde US-26 W. Gire a la izquierda en NW 185th Ave. Siga por NW 185th Ave utilizando el carril del medio para continuar a través de la intersección de NW Cornell Rd. Gire a la derecha en NE Eider Ct. Hay estacionamiento disponible en cualquiera de las tres zonas de estacionamiento alrededor del edificio. Estamos en el Edificio B. 10670 NE Cornell Rd. Suite 201 o 300.

Desde el este en la Ruta 26: Tome la salida 64 desde US-26 E. Gire a la derecha en NW 185th Ave. Siga por NW 185th Ave utilizando el carril del medio para continuar a través de la intersección de NW Cornell Rd. Gire a la derecha en NE Eider Ct. Hay estacionamiento disponible en cualquiera de las tres zonas de estacionamiento alrededor del edificio. Estamos en el Edificio B. 10670 NE Cornell Rd. Suite 201 o 300.

Importante tener en cuenta: La Ciudad de Hillsboro cambió nuestra dirección en 2019. Asegúrese de que sus indicaciones de navegación para llegar terminen en la intersección principal de NW Cornell Rd. y NW 185th Ave.

Parada de autobuses: Hay una parada de autobuses TriMet en la esquina de Cornell Rd. y 185th Ave. Las líneas de autobuses 48 y 52 paran en esta ubicación.

Dispositivo de interpretación por video disponible

Ofrecemos el servicio utilizando interpretación remota por video e interpretación por teléfono para pacientes y proveedores en varios idiomas.

Nuevos formularios para pacientes

Tómese unos minutos para completar el formulario de antecedentes de salud adjunto. Si no puede imprimir el formulario en su hogar, tenemos copias disponibles en la clínica. Llegue con 10-15 minutos de anticipación para completar la documentación.

Gracias nuevamente por elegir a Providence Medical Group Tanasbourne. ¡Esperamos verlo pronto!

Atentamente,

Su equipo de Providence Medical Group Tanasbourne

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Su salud es importante para nosotros. Gracias por completar este formulario previo a la visita para que juntos podamos brindarle una atención médica de máxima calidad y la mejor experiencia para usted.

¿Cuál es el problema **más importante** que debemos atender en la visita de hoy?

Medicamentos, vitaminas y suplementos:

Indique el nombre, la concentración y la frecuencia del medicamento.

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

Alergias a medicamentos y alimentos:

Indique la alergia y el tipo de reacción. Si no tiene alergias, marque y omita esta sección.

1.	2.
3.	4.

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

¿Tiene o tuvo en el pasado alguna de estas afecciones?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Complicaciones con la anestesia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad nerviosa/muscular |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Alergias ambientales | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico (ERGE) | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> VIH/sida | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Indique todas las cirugías y enfermedades graves:

Año

Hospital/ubicación

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ANTECEDENTES FAMILIARES

si es adoptado o no lo sabe, marque aquí

Relación	Nombre (opcional)	Vivo	Sin problemas conocidos																	
			Artritis	Cáncer de mama	Cáncer de colon	Cáncer - otro	Trastorno de coagulación	Diabetes	Cardiopatía	Hipertensión	Colesterol alto	Enfermedad renal	Enfermedad hepática	Enfermedad pulmonar	Enfermedad mental	Accidente cerebrovascular	Consumo de sustancias	Otro		
Madre		S N																		
Padre		S N																		
Hermana(s)		S N																		
Hermano(s)		S N																		
Hija(s)		S N																		
Hijo(s)		S N																		
Hermana(s) de la madre		S N																		
Hermano(s) de la madre		S N																		
Hermana(s) del padre		S N																		
Hermano(s) del padre		S N																		
Madre de la madre		S N																		
Padre de la madre		S N																		
Madre del padre		S N																		
Padre del padre		S N																		

ANTECEDENTES SOCIALES

Estado civil (si corresponde): _____ Ocupación: _____ Pasatiempos: _____

¿Tiene una vida sexual activa? Sí No Si la respuesta es sí, parejas: Masculinas Femeninas

¿Utiliza productos de **tabaco**? Sí No Fecha en que dejó: _____ Nunca usó tabaco

Si la respuesta es sí: ¿Cuántos paquetes/latas por día? _____ ¿Cuántos años? _____ ¿Le interesa dejar? Sí No

¿Cuántas veces por semana hace actividad física? _____ ¿Qué tipo de ejercicio hace? _____

A todos nuestros pacientes adultos les preguntamos sobre el consumo de sustancias y el estado de ánimo debido a que estos factores pueden afectar su salud. Si tiene alguna pregunta, hable con su médico. Las respuestas que usted proporcione en este formulario serán confidenciales.

Alcohol:

Un trago =



12 oz
cerveza



5 oz
vino



1.5 oz
Licor (una medida)

	Ninguno	1 o más
HOMBRES: ¿Cuántas veces ha bebido 5 tragos o más en un día en el último año?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MUJERES: ¿Cuántas veces ha bebido 4 tragos o más en un día en el último año?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Drogas: Las drogas recreativas incluyen metanfetaminas (speed, cristal), cannabis (marihuana, hierba), inhalantes (solvente de pinturas, aerosol, pegamento), ansiolíticos (Valium), barbitúricos, cocaína, éxtasis, alucinógenos (LSD, hongos) o narcóticos (heroína).

	Ninguna	1 o más
¿Cuántas veces en el último año consumió una droga recreativa o usó un medicamento recetado con fines no médicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SALUD PREVENTIVA

Solo para mujeres:

1. Último período menstrual - Fecha: _____
2. ¿Actualmente está amamantando? Sí ___ No ___
3. Si tiene relaciones sexuales con hombres:
 - ¿Le gustaría quedar embarazada el próximo año? Sí ___ No ___
 - ¿Está usando métodos anticonceptivos? Sí ___ No ___
 - Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de anticonceptivo?

Fecha del último Papanicolaou: _____ Lugar: _____
 Fecha de la última mamografía _____ Lugar: _____

¿Se ha sometido a una colonoscopia en los últimos 10 años? Sí: Fecha _____ Lugar: _____ No

Otros cuidados de salud preventiva: Fechas aproximadas, si las sabe.

Vacuna contra la gripe: _____ Vacuna contra el tétanos: _____ Análisis de sangre para el colesterol: _____
 Vacuna contra la neumonía: _____ Vacuna contra el herpes zóster: _____ Prueba de detección de la diabetes A1c: _____

GENERAL:

¿Tiene un representante o poder para la atención médica? No
 Nombre: _____ Teléfono: _____