

Iniciales del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Nombres de todos los proveedores/especialistas que consulte:

- No consulto a ningún proveedor/especialista fuera del consultorio de mi proveedor de atención primaria**

Nombre del Médico	Especialidad/Motivo por el que lo consulta

Lista de proveedores de Equipos Médicos/servicios

- No utiliza ningún equipo médico**

Suministro	¿Quién es su proveedor?
Oxígeno/Aparato de CPAP	
Suministros para la Diabetes	
Salud en el Hogar	
Otro	
Otro	

Cambios en los medicamentos desde el año pasado/la última visita (en comparación con la lista de medicamentos/alergias):

- No hay cambios que informar**
 Los cambios se conversarán con el Asistente Médico

Información Actualizada sobre las Alergias (a Alimentos o Medicamentos)

- No hay cambios que informar**
 Los cambios se conversarán con el Asistente Médico

Indique cualquier hospitalización, enfermedad grave o visita a la sala de emergencias desde su última visita a la clínica.

- No hay ninguna que informar**

Fecha	Motivo	Lugar

Iniciales del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Examen de Salud:

Autoevaluación de la Salud General: Excelente Buena Regular Mala

¿Alguna vez fumó o masticó tabaco? sí no Si la respuesta es sí, ¿cuánto? _____

¿Bebe alcohol? sí no Si la respuesta es sí, ¿cuánto? _____

¿Consume drogas ilícitas? sí no Si la respuesta es sí,
¿de qué tipo y con qué frecuencia? _____

¿Tiene un nuevo dolor o un dolor crónico? sí no

¿Qué tipo de medicamentos usa para controlar el dolor? AINE Opiáceos Benzodiazepinas

AINE Cant. de veces/día _____ Cant. de veces/semana _____

Opiáceos Cant. de veces/día _____ Cant. de veces/semana _____

Benzodiazepinas Cant. de veces/día _____ Cant. de veces/semana _____

Dieta: Equilibrada Vegetariana Para la diabetes Baja en sal Baja en grasas

Baja en carbohidratos Otra: _____

¿Hace algún tipo de ejercicio todos los días? sí no

_____ minutos por día _____ días por semana _____ horas por semana

Tipos de Ejercicio:

Caminar Correr Andar en Bicicleta Nadar Ejercicios Aeróbicos Estiramiento/Yoga

Ejercicios de Fortalecimiento Otro _____

Revise y actualice a partir de la información actual la última vez que se aplicó las siguientes vacunas (fecha):

OTROS EXÁMENES DE RUTINA

Colonoscopia: _____ Prueba de sangre oculta en heces: _____

Densitometría ósea: _____

Mamografía: _____ Prueba de Papanicolau: _____

Examen de Próstata: _____ Prueba del PSA: _____

Prueba de Glucosa: _____

PARA PACIENTES DIABÉTICOS

Examen de los Pies: _____ HgbA1c: _____

Referencia a Oftalmología: _____ Microalbuminuria: _____

VACUNAS

Vacuna antigripal: _____ Vacuna contra la COVID-19 (1.ª y 2.ª dosis): _____

Vacuna contra la pulmonía: _____ Vacuna Tdap: _____

Vacuna contra el Herpes Zóster: _____ Vacuna contra la Hepatitis B: _____

Iniciales del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Cuestionario de Salud del Paciente 2 (PHQ-2)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le molestó alguno de los siguientes problemas?

(Marque con un círculo su respuesta)

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sensación de decaimiento, depresión o desesperanza	0	1	2	3

Examen de la Vista

¿Tiene dificultad para ver? sí no

¿Usa anteojos o lentes de contacto? sí no

Fecha del último examen de la vista con un optometrista o un oftalmólogo: _____

Examen de Audición

¿La gente se queja de que usted pone el volumen del televisor demasiado alto? sí no

¿Le pide a la gente que repita lo que ha dicho? sí no

¿Tiene dificultad para oír en un entorno ruidoso? sí no

¿Usted o los miembros de su familia creen que tiene dificultad para oír? sí no

¿Usa un aparato auditivo? sí no

Iniciales del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Actividades Independientes de la Vida Diaria

¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades? (si la respuesta a alguna pregunta es sí, explique)

- Comer sí no _____
- Trasladarse de la cama a la silla sí no _____
- Vestirse sí no _____
- Bañarse sí no _____
- Ir al baño sí no _____
- Usar el Teléfono sí no _____
- Hacer las compras sí no _____
- Preparar las Comidas sí no _____
- Hacer las tareas domésticas sí no _____
- Lavar la ropa sí no _____
- Conducir/tomar un taxi o autobús sí no _____
- Tomar Medicamentos sí no _____
- Manejar las Finanzas sí no _____
- ¿Usa dentaduras? sí no _____

Evaluación del Riesgo de Tener Problemas de Vejiga

En los últimos 6 meses, ¿tuvo incontinencia urinaria? _____

Durante los últimos 6 meses, ¿la incontinencia urinaria lo ha obligado a realizar cambios en sus actividades diarias o ha interferido en el sueño? _____

Evaluación del Riesgo de Caída

¿Se ha caído en los últimos 12 meses? _____

Si es así, ¿la caída provocó alguna lesión? sí no Tipo de lesión _____

En los últimos 12 meses, ¿tuvo algún problema con el equilibrio o para caminar? _____

Planificación de la Atención por Anticipado

Las Instrucciones por Anticipado son documentos legales que le permiten poner por escrito el tipo de atención de la salud que desearía si estuviera demasiado enfermo para tomar decisiones por sí mismo. Específicamente, un Poder Médico Duradero le permite nombrar a alguien para que tome decisiones sobre su atención médica si usted ya no puede hablar por sí mismo. Otro documento que se llama Testamento Vital (en Colorado, a veces se denomina "Declaración sobre el Tratamiento Médico") le permite expresar sus deseos sobre la atención médica en caso de que presente una condición terminal o se encuentre en un estado vegetativo persistente. Si usted ya tiene estos documentos, es importante que lleve una copia para su historia clínica.

¿Tiene un Poder Médico Duradero? Si lo tiene, lleve una copia de este documento para su historia clínica. sí no

¿Tiene un Testamento Vital (también conocido como "Declaración sobre el Tratamiento Médico")? sí no

Si ha llenado Instrucciones por Anticipado, ¿ha expresado que desea que no lo reanimen? sí no

Si no ha llenado Instrucciones por Anticipado, ¿desea obtener más información sobre cómo hacerlo? sí no

Iniciales del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Cuestionario de Determinantes Sociales de la Salud

		SÍ / NO
	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez comió menos de lo que creía que debía porque no tenía suficiente dinero para comprar comida?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	En los últimos 12 meses, ¿su compañía de servicios públicos le ha cortado el servicio porque usted no pagó sus facturas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Le preocupa que en los próximos 2 meses podría no tener una vivienda estable ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Los problemas para conseguir a alguien que cuide a sus hijos le dificultan trabajar o estudiar? (si no tiene hijos, deje esta pregunta en blanco)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	En los últimos 12 meses, ¿ha necesitado consultar a un médico, pero no ha podido debido al costo ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez no ha podido recibir atención de la salud porque no tenía ningún medio de transporte ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Alguna vez necesita ayuda para leer los documentos que le proporcionan en el hospital ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Tiene miedo de poder lastimarse en su casa o edificio de departamentos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Considera que le falta un sistema de apoyo social adecuado ? Por ejemplo: sus amigos, su familia o la comunidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Si marcó Sí en alguna de las casillas anteriores, ¿le gustaría recibir ayuda con cualquiera de estas necesidades?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Alguna de sus necesidades es urgente ? Por ejemplo: No tengo comida para esta noche; no tengo un lugar para dormir esta noche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

1 o más
Ninguna veces

HOMBRES:	En el último año, ¿cuántas veces ha tomado 5 o más bebidas alcohólicas en un día ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MUJERES:	En el último año, ¿cuántas veces ha tomado 4 o más bebidas alcohólicas en un día ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TODOS:	En el último año, ¿cuántas veces ha consumido una droga recreativa o ha usado un medicamento de venta con receta por motivos no médicos ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>