

Datos demográficos de pacientes en edad adulta

(Adult Patient Demographics)

Nombre del paciente _____ Otros nombres o apodos: _____

Sexo: Hombre Mujer Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

_____ Ciudad Estado Código postal
No. de teléfono residencial (_____) _____ - _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

No. de celular (_____) _____ - _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Correo electrónico: _____

Raza: Blanca Negra/afroamericana Nativo americano/Nativo de Alaska Asiático Hawaiano nativo/isleño del Pacífico La desconozco No deseo reportarla

Origen étnico: Hispano o latino No hispano ni latino No sé No deseo reportarlo

Estado civil: _____ Primer idioma: inglés español otro: _____ No deseo reportarlo

EMPLEO:

Situación laboral: _____ Nombre de su empleador: _____ Ocupación: _____

Fecha de jubilación _____ Dirección: _____
_____ Ciudad Estado Código Postal No. de teléfono

INFORMACIÓN DE SU SEGURO MÉDICO:

Nombre de su compañía aseguradora principal: _____

Nombre del titular como aparece en la tarjeta: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____ / ____ / _____

Número del seguro social del titular de la póliza: _____ - _____ - _____

Número de póliza: _____ Nombre o número del grupo: _____

Nombre de su compañía aseguradora secundaria: _____

Nombre del titular como aparece en la tarjeta: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____ / ____ / _____

Número del seguro social del titular de la póliza: _____ - _____ - _____

Número de póliza: _____ Nombre o número del grupo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Parentesco: _____

No. de teléfono residencial (_____) _____ - _____ No. de teléfono adicional: (_____) _____ - _____ - _____

Firma del paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

ANTECEDENTES DE SALUD DEL PACIENTE: ADULTO

Sus respuestas en este formulario ayudarán a su equipo de atención a la salud a obtener antecedentes precisos sobre sus problemas médicos y enfermedades. Por favor complete las cuatro páginas lo mejor que pueda. Si no puede recordar detalles específicos o si tiene preguntas o inquietudes sobre la información que le solicitamos, hable con su equipo de atención a la salud.

Antecedentes médicos personales: Indique con una **X** si ha tenido el siguiente:

| Cuadro clínico: | X | Cuadro clínico: | X | Cuadro clínico: | X |
|---|---|--------------------------------------|---|---|---|
| CARDIOVASCULAR | | TRASTORNOS SANGUÍNEOS | | CÁNCER | |
| Fibrilación auricular | | Anemia | | Neoplasia hemática (cáncer de la sangre)/Leucemia | |
| Insuficiencia cardíaca congestiva | | Transfusiones de sangre | | Cerebro | |
| Infarto de miocardio | | Coágulo sanguíneo | | Mama | |
| Colesterol alto | | | | Colon | |
| Hipertensión | | EMOCIONAL/CONDUCTUAL | | Pulmón | |
| | | Alcoholismo | | Ovarios | |
| OJOS/OÍDOS | | Enfermedad de Alzheimer | | Próstata | |
| Ceguera | | Ansiedad | | Otra: | |
| Catarata | | Trastorno por déficit de atención | | | |
| Glaucoma | | Trastorno bipolar | | ENDOCRINOLOGÍA/RENAL | |
| Rinitis alérgica estacional | | Depresión | | Insuficiencia renal crónica | |
| Pérdida de audición | | Consumo de drogas | | Diabetes tipo 1 | |
| | | Trastorno de la conducta alimentaria | | Diabetes tipo 2 | |
| GASTROINTESTINAL | | Problemas de memoria | | Diálisis | |
| Enfermedad celíaca | | Trastorno por estrés postraumático | | Nefropatía (enfermedad renal / Cálculo renal) | |
| Colitis | | Esquizofrenia | | Enfermedad tiroidea | |
| Pólipos en el colon | | | | Infección de las vías urinarias - frecuente | |
| Enfermedad de Crohn (granulomatosa) | | OSTEOMUSCULAR | | | |
| Diverticulitis | | Artritis | | NEUROLÓGICO | |
| Hemorragia digestiva | | Traumatismos de espalda/cervicales | | Migraña/dolores de cabeza | |
| ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico) | | Síndrome del túnel carpiano | | Convulsiones | |
| Hemorroides | | Dolor crónico | | Derrame cerebral | |
| Hepatitis | | Gota | | Temblores | |
| Síndrome del intestino irritable | | Osteoporosis | | | |
| Enfermedad hepática | | | | OTRAS | |
| Pancreatitis | | RESPIRATORIO | | Enfermedad autoinmunitaria | |
| | | Asma | | Disfunción eréctil | |
| EMBARAZO | | Enfermedad pulmonar obstructiva | | Fibromialgia | |
| Número de embarazos: | | Neumonía | | VIH | |
| Número de partos de hijos nacidos vivos: | | Embolia pulmonar | | Enfermedad cutánea | |
| | | Afección respiratoria | | | |
| | | Apnea del sueño | | | |
| | | Tuberculosis | | | |

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Indique su farmacia preferida: _____ Lugar: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: (Incluye medicamentos de venta con receta y de venta libre, complementos, vitaminas y hierbas medicinales)

| Nombre del medicamento | Dosis | Veces por día | Motivo | Recetado por |
|------------------------|-------|---------------|--------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ALERGIAS:

| Fuente: (medicamentos, polen, alimentos, animales, otras) | Tipo de reacción |
|---|------------------|
| | |
| | |
| | |

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: Indique con una **X** en la casilla correspondiente si le corresponde el siguiente procedimiento.

| Procedimiento quirúrgico | X | Año | Procedimiento quirúrgico: | X | Año |
|--|---|-----|----------------------------------|---|-----|
| Cirugía abdominal | | | Cirugía cardíaca | | |
| Apendicectomía (apéndice) | | | Reparación de hernia | | |
| Cirugía de espalda | | | Cirugía de cadera | | |
| Biopsia | | | Histerectomía | | |
| Biopsia de mama | | | Cirugía de rodilla | | |
| Cirugía de mamas | | | LEEP (Cirugía de cuello uterino) | | |
| Colonoscopia | | | Extirpación de ovarios | | |
| Injertos de revascularización coronaria (<i>bypass</i> coronario) | | | Sigmoidoscopia | | |
| Endoprótesis coronaria (stent) | | | Cirugía de los senos paranasales | | |
| Cirugía cosmética | | | Amigdalectomía | | |
| EGD (Esofagogastroduodenoscopia) | | | Ligadura de trompas | | |
| Catarata | | | Otra: | | |
| Colecistectomía (extirpación de la vesícula biliar) | | | Otra: | | |

ANTECEDENTES FAMILIARES: Indique con una **X** si algún miembro de su familia tiene alguno de los siguientes cuadros clínicos:

| Cuadro clínico | Madre | Padre | Hermanos | Abuelos |
|-----------------------|-------|-------|----------|---------|
| Cáncer | | | | |
| Diabetes | | | | |
| Glaucoma | | | | |
| Cardiopatía | | | | |
| Hipertensión arterial | | | | |
| Enfermedad mental | | | | |
| Derrame cerebral | | | | |

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

ESTILO DE VIDA/ANTECEDENTES SOCIALES:

¿Fuma tabaco? (Marque una opción con un círculo)

SÍ o NO

Si respondió que sí, ¿cuántos por día? _____

¿Cree que debe cambiar este hábito?

SÍ o NO

¿Bebe alcohol? (Marque una opción con un círculo)

SÍ o NO

Si respondió que sí, conteste las siguientes preguntas.

¿Aproximadamente cuántos tragos por semana?

0-3 3 o más

Si contestó 3 o más tragos por semana, ¿cuántos por día?

0-2 2-5 5 o más

¿Cuál es su bebida favorita? Cerveza Vino Licor Otra: _____

¿Sintió alguna vez que debía reducir su consumo de alcohol? **SÍ o NO**

¿Se ha sentido molesto con algunas personas por haber criticado su forma de beber? **SÍ o NO**

¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? **SÍ o NO**

¿Le ocurrió alguna vez que lo primero que hizo por la mañana fue tomar una bebida alcohólica para calmarse o curar una resaca? **SÍ o NO**

¿Usa otras sustancias, como marihuana u otras drogas? (Marque una opción con un círculo) **SÍ o NO**

Si respondió sí, ¿aproximadamente cuántas veces? Por semana _____ Por día _____

Indique las sustancias que usa: _____

¿Cuántos días de las últimas dos semanas se ha sentido molesto por los siguientes síntomas?

Poco interés, placer en las actividades Ninguno Muchos La mitad o más Casi todos

Desánimo, depresión, desesperanza Ninguno Muchos La mitad o más Casi todos

Continúe con las preguntas siguientes si eligió una opción distinta de "ninguno" en las preguntas anteriores.

Si eligió "ninguno" en ambas preguntas, puede pasar a la siguiente sección.

¿Cuántos días de las últimas dos semanas se ha sentido molesto por los siguientes síntomas?

| | | | | |
|--|---------|--------|----------------|------------|
| Problemas para conciliar o mantener el sueño | Ninguno | Muchos | La mitad o más | Casi todos |
| Sentir cansancio o poca energía | Ninguno | Muchos | La mitad o más | Casi todos |
| Dificultad para llevarse bien con otras personas | Ninguno | Muchos | La mitad o más | Casi todos |
| Pensar en hacerse daño a usted mismo | Ninguno | Muchos | La mitad o más | Casi todos |
| Problemas para concentrarse | Ninguno | Muchos | La mitad o más | Casi todos |
| Poco apetito o comer en exceso | Ninguno | Muchos | La mitad o más | Casi todos |
| Sentirse mal con usted mismo | Ninguno | Muchos | La mitad o más | Casi todos |

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

EXAMEN PARA DETECTAR VIOLENCIA DOMÉSTICA

¿Alguna vez alguna de sus parejas lo maltrató física o emocionalmente? Sí No

¿En el último año alguna persona lo lesionó físicamente? Sí No

¿En el último año alguna persona lo obligó a mantener relaciones sexuales? Sí No

Si le diagnosticaron diabetes, por favor indíquenos cuando se realizó su último análisis a continuación.

| Nombre del análisis | Fecha del último análisis | Lugar del último análisis | Si no sabe, marque con un círculo: |
|---------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Microalbuminuria | | | NO ESTOY SEGURO o.....NUNCA |
| Hemoglobina A1c | | | NO ESTOY SEGURO o.....NUNCA |
| Examen de la vista | | | NO ESTOY SEGURO o.....NUNCA |
| Examen de pies | | | NO ESTOY SEGURO o.....NUNCA |

VACUNAS: Por favor marque las vacunas que se ha dado y agregue la fecha aproximada si la conoce.

| Vacuna: | Mes/Año: | Vacuna: | Mes/Año: |
|--------------------|----------|------------------------|----------|
| Vacuna antigripal | | Neumonía | |
| Hepatitis A | | Zóster | |
| Hepatitis B | | Tétanos | |
| VPH | | Tétanos con tos ferina | |
| Triple viral (SRP) | | Varicela | |
| Meningitis | | Otra: | |

¿Se le realizaron alguna de las siguientes pruebas de detección?

| Prueba de detección/Otras | Fecha | Lugar | Resultado (marque con un círculo) |
|--|-------|-------|-----------------------------------|
| Colonoscopia | | | Normal Anormal |
| Radioabsorciometría de doble energía; DEXA (densidad ósea) | | | Normal Anormal |
| Mamografía | | | Normal Anormal |
| Papanicolau | | | Normal Anormal |
| Lipidograma | | | Normal Anormal |
| Aneurisma de aorta | | | Normal Anormal |

PLANIFICACIÓN FUTURA

¿Tiene una directiva anticipada? Sí o NO

Si respondió que sí, ¿PSMC tiene una copia? Sí o NO

Si no es así, por favor entregue una copia a PSMC para nuestros registros.

Si no tiene una directiva anticipada, ¿desea recibir más información? Sí o NO