

Formulario de Historial de Salud del Paciente- FÍSICO PREVENTIVO COMPLETO
**LA VISITA DE HOY ESTÁ PROGRAMADA COMO UNA VISITA PREVENTIVA DE RUTINA COMPLETA.
 NINGÚN PROBLEMA SE ABORDARÁ EN DETALLE EN LA VISITA DE HOY.**

Si esto es una preocupación para usted, consulte la recepción para confirmar que su hora de cita con su proveedor aceptará una discusión centrada en el problema además de su examen físico completo hoy. Si esto no está disponible, estaremos encantados de programar una visita por separado para discutir los problemas en detalle o cambiar el enfoque de la cita de hoy.

NOTA: Este servicio no es un beneficio cubierto por Medicare.

Hable con la recepcionista si desea cambiar su cita al servicio preventivo que cubrirá Medicare.

X _____

Reconocimiento del paciente

Nombre del paciente:		Fecha de hoy:	
Género	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa):	
Actualmente viviendo:	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con la familia <input type="checkbox"/> Con los amigos <input type="checkbox"/> Con la pareja		
Profesión (Trabajo):	<input type="checkbox"/> Actualmente trabajando <input type="checkbox"/> No trabaja actualmente <input type="checkbox"/> Jubilado		

Historial personal de salud								
Constitucional	No	Sí, ahora	Sí, pasado	Ojo(s)	No	Sí, ahora	Sí, pasado	
Dificultad para dormir				Cataratas				
Cansancio o debilidad				Glaucoma				
Olvido				Oídos, nariz y/o garganta				
Pérdida o aumento de peso anormal				Infecciones del oído				
Alcohol o dependencia química				Problemas sinusales				
Respiratorio				Sordera, mareos o zumbidos				
Prueba de tuberculosis o tuberculosis positiva				Cardiovascular				
Dificultad para respirar				ECG anormal				

Bronquitis, EPOC o enfisema				Ataque cardíaco o enfermedad cardíaca			
Asma				Prolapso de la válvula mitral			
Tos (persistente o con sangre)				Soplo cardíaco			
Neurológico				Presión arterial alta			
Dolores de cabeza (frecuentes)				Colesterol alto			
Epilepsia o convulsiones				Dolor en el pecho			
Lesión en la cabeza				Problemas circulatorios			
Gastrointestinal				Flebitis o coágulos de sangre			
Cálculos biliares				Golpe			
Problemas en las heces o en el intestino				Fiebre reumática			
Problemas estomacales o úlceras				Genitourinario			
Enfermedad hepática				Problemas renales o de vejiga			
Ictericia				Musculoesquelético			
Problema de hemorroides o recto				Artritis o dolor en las articulaciones			
Hepatitis				Hernia			
Piel				Huesos rotos			
Psoriasis o eczema				Gota			
Inmunología				Psicológico			
VIH/SIDA				Depresión y tristeza			
Hematológica/ Alergia				Ansiedad			
Cáncer				Atención psiquiátrica			
Anemia				Endocrino			
Sangrado o moretones				Diabetes			
Fiebre del heno				Enfermedad de la tiroides			

Por favor, dé la vuelta y complete el otro lado

Hábitos		Medicamentos
Y tú...	En caso afirmativo, ¿cuánto?	Haga una lista de todos los medicamentos, incluidos los medicamentos sin receta:
¿Usar cigarrillos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	1. _____
¿Masticar tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	2. _____
¿Beber cafeína? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	3. _____
¿Beber alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	4. _____
¿Usar drogas callejeras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	5. _____
¿Ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	6. _____

Vacunas		Alergias
Todas las vacunas apropiadas para la edad completadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Enumere todas las alergias (incluidos medicamentos, alimentos, látex, etc.)
Neumonía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha: _____	
Tétanos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha: _____	
Influenza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha: _____	
Herpes zóster <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha: _____	

Hospitalizaciones (sin incluir embarazos)	
Razón: _____	Año: _____

¿Dolor o bultos en los testículos? Sí No N/A
 ¿Enfermedad o problemas de próstata? Sí No N/A
 Último examen de próstata: ____ ¿Abnormal? Sí No N/A
 ¿Problemas para iniciar/detener el flujo de orina? Sí No N/A
 ¿Despertarse mientras duerme para orinar? Sí No N/A
 ¿Problemas o preocupaciones sexuales? Sí No N/A
 ¿Antecedentes de ETS/enfermedad venérea? Sí No N/A ¿No está seguro durante el coito? Sí No N/A
 Última colonoscopia: _____ ¿Anormal? Sí No N/A

Última prueba de Papanicolaou: _____ ¿Anormal? Sí No N/A
 Última mamografía: _____ ¿Anormal? Sí No N/A
 Períodos de edad iniciados: ____ ¿Problemas? Sí No N/A
 ¿Quistes ováricos? Sí No N/A
 Método anticonceptivo: _____
 Embarazos: # _____ Nacimientos: # _____
 ¿Tienes un testamento vital? Sí No
 ¿Te sientes seguro en tu casa? Sí No

Historia familiar

Enfermedad		Relación	Enfermedad		Relación
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Enfermedad(es) ocular(es)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Infarto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nefropatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Migrañas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Golpe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

La información en este historial de salud del paciente form es correcta hasta donde yo sé.

Firma del paciente o tutor: _____

El proveedor reconoce la revisión de este formulario Proveedor: _____ Fecha: _____

 INTERNAL STAFF USE ONLY 

Physical Examination

Body System	N/A	Normal	Abnormal	Body System	N/A	Normal	Abnormal
1. General	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Skin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. Genito-urinary system	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eyes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. Back/Spine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ears	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. Extremities/joints	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Mouth/throat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. Neurological system	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Cardiovascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. Integumentary/Breast(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Lungs/chest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. Vascular system	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Procedures

Female	N/A	Obtained	Male	N/A	Normal	Abnormal
Pap Smear Collection		<input type="radio"/>	Prostate Examination		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Discuss any abnormal answers in detail, along with the plan of care, in the space below.
Enter applicable item number before each comment.*

Alternative: Abnormal findings may be documented in the chart separately.

Screening Schedule

Service	Recommended:	Recommended:	
Preventative exam (like this one)	<input type="checkbox"/> Annually	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> N/A
Bone mass measurements	<input type="checkbox"/> Once every ____ yrs	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> N/A
Cardiovascular screening blood tests (Total cholesterol, Lipids, Triglycerides)	<input type="checkbox"/> Once every ____ yrs	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> N/A
Fecal occult test	<input type="checkbox"/> Annually	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> N/A
Colonoscopy	<input type="checkbox"/> Once every ____ yrs	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> N/A
Other colorectal CA screen: _____		<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> N/A
Fasting blood glucose	<input type="checkbox"/> Once every ____ mths	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> N/A
Glaucoma screening	<input type="checkbox"/> Annually	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> N/A
HIV screening	<input type="checkbox"/> Annually	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> N/A
Prostate CA screen (digital rectal exam or PSA)	<input type="checkbox"/> Annually	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> N/A
Influenza shot	<input type="checkbox"/> Annually	<input type="checkbox"/> Other _____	
Pneumococcal shot	<input type="checkbox"/> Once a lifetime	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> N/A
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Once a lifetime	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> N/A
Mammography screening	<input type="checkbox"/> Annually	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> N/A
Pap test and pelvic exam screening	<input type="checkbox"/> Once every ____ yr(s)	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> N/A
AAA screening	<input type="checkbox"/> Once a lifetime	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> N/A

Provider: _____ Date: _____