



Por favor tóme un tiempo para llenar esta forma. Gracias por confiarnos su cuidado de salud.

**VISITA ANUAL/ANNUAL VISIT**

Fecha de hoy \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Forma Completada por  Paciente  Otro: \_\_\_\_\_  
 Farmacia Preferida \_\_\_\_\_  
 Razón de su visita \_\_\_\_\_  
 Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
 Metodo de Comunicación Preferido:  
 Correo Electrónico  Teléfono  Correo Postal

**HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre            | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón            | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de los Pechos/Senos     | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta               | <input type="checkbox"/> Reuma/Artritis                |
| <input type="checkbox"/> Cancer                               | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñones                | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Problemas de Tiroides       | <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares (COPD, Asthma) | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral/Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Problemas Femeninos                  | <input type="checkbox"/> Problemas Masculinos                | <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales         |
| <input type="checkbox"/> Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta | <input type="checkbox"/> Problemas Mentales                  | <input type="checkbox"/> Otro                          |

**ULTIMA VISITA A UN ESPECIALISTA/HOSPITALIZACIONES/CIRUGIAS**

Razón	Fecha
_____	_____
_____	_____
<input type="checkbox"/> Ninguno	

**HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR**

	Padre	Madre	Abuelos Paternos	Abuelos Materno	Hermano	Niños	No sé
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes/Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas mentales/Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de Sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HISTORIAL DE EMBARAZO**

Actualmente Embarazada  Si  No  No Aplica

Embarazos Pasados # \_\_\_\_\_ Fechas ( Mes/Año) \_\_\_\_\_ Abortos/Abortos espontáneos # \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**

Anote los medicamentos recetados y los no recetados que usted toma regularmente (incluya hierbas, vitaminas, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALERGIAS****Alergias****Reacción** No alergias Conocidas**HISTORIAL DE VACUNAS****Fecha (Mes/ Año)****Donde** Flu/ Gripe Pulmonía Tetano Hep A Hep B**MANTENIMIENTO DE SALUD****Fecha (Mes/Año)****Resultados****Donde**

Última menstruación

Último papanicolau

Última Mammografía

Colonoscopia

Examen de Prostata

HIV Screening

Hep C Screening

 Normal Anormal Normal Anormal Normal Anormal Normal Anormal Normal Anormal Normal Anormal**HÁBITOS DE SALUD** Tabaco Cigarrillos \_\_\_\_  
paqs/diarios Cigaros/Pipas Mastica o consume  
tabaco Interesado(a) en parar No interesado(a) en  
parar Alcohol

Cantidad \_\_\_\_/diaria

 Actividad fisica

Minutos \_\_\_\_/dia

# Dias \_\_\_\_/Semana

 Cafeína

Tazas \_\_\_\_/diarias

 Actividad sexual Inactivo(a) Una pareja Más de una pareja Uso de cinturón de seguridad Siempre Algunas veces Nunca

Está satisfecho(a), con sus habitos alimenticios?

 si no**CONSIDERACIONES SOCIALES**

Existen consideraciones religiosas o culturales que deban respetarse con relación al cuidado de salud?

 si  no

Si contesto que sí, explique \_\_\_\_\_

Están pasando cosas en la casa que le hacen sentir inseguro(a)?

 si no

Si contesto que sí, explique \_\_\_\_\_

Language Preferido \_\_\_\_\_

**Evaluación de Problemas de aprendizaje**

Tiene usted alguno de los siguientes?

Problemas de Aprendizaje

 si no

Limitaciones Visuales

 si no

Limitaciones Auditivas

 si no

Si contesto que sí, explique \_\_\_\_\_

Acomodaciones requeridas \_\_\_\_\_

## Cuestionario de Salud

*Por favor ayúdenos a brindarle el mejor cuidado médico por medio de contestar las siguientes preguntas:*

	Ningun	Varios dias	Más de la mitad de los dias	Casi todos los dias
Durante las últimas dos semanas, le ha preocupado el poco interés o la falta de placer al hacer las cosas?	0	1	2	3
Durante las últimas dos semanas, le ha preocupado el decaimiento de ánimo, sentirse deprimido(a) o desalentado(a)?	0	1	2	3

**PHQ-2**

***Está usted actualmente en recuperación por el uso de alcohol (licor) o sustancias?***

\_\_\_\_\_ **No (0)**      \_\_\_\_\_ **Si (1)**

**Alcohol (licor):** Un trago =



12 oz.  
cerveza



5 oz.  
vino



1.5 oz.  
Licor  
(un trago)

Ninguno    1 o  
                  más

Hombres < 65	Cuantas veces en el año pasado tomó 5 tragos o más en un día?	0	1
Mujeres (& Hombres > 65)	Cuantas veces en el año pasado tomó 4 tragos o más en un día?	0	1

**Drogas:** Las drogas recreacionales incluyen cannabis (marihuana), cocaína, estimulantes (Ritalin, Concerta, Adderal). Metanfetamina (anfetaminas aceleradoras, cristal), inhalantes (bencina o disolvente, aerosol, pega), sedativos (Valium, Xanax, Rohypnol), alucinógenos (LSD, hongos, ectasis), opioides de fabricación ilícita (heroína). Los opios recetados incluyen fentanyl, oxycodone [Oxycotin, Percocet], hydrocodone, [Vicodin], Metadona, buprenorphine.

Ninguno    1 (o)  
                  más

Cuantas veces en el último año usted ha usado drogas recreacionales o medicamentos recetados, por una razón NO médica?	0	1
--	---	---

**D&A Screen**

<i>Office Use Only</i>	PHQ-2 _____	Screen + if Score >2 _____	D&A Screen _____	Screen + Score >0 _____
Height _____	Weight _____	BMI _____	WC _____	
BP _____	Pulse _____	Resp _____	Temp _____	
INR _____	BS _____	HbgA1C _____	O2Sat _____	