

EVALUACIÓN DE LA SALUD DE UN NUEVO PACIENTE

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Nombre preferido:	Sexo:
Historia Médico: _____ _____ _____	
Cirugías: _____ _____ _____	
Alergias:	
Medicamentos: _____ _____	

Antecedentes familiares:

Madre:	☐ Enfermedad cardíaca	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto	☐ Derrame Cerebral
☐ Diabetes	☐ Enfermedad mental	☐ Cáncer de colon	☐ Cáncer de mama	☐ Cáncer de próstata
Abuela materna:	☐ Enfermedad cardíaca	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto	☐ Derrame Cerebral
☐ Diabetes	☐ Enfermedad mental	☐ Cáncer de colon	☐ Cáncer de mama	☐ Cáncer de próstata
Abuelo materno:	☐ Enfermedad cardíaca	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto	☐ Derrame Cerebral
☐ Diabetes	☐ Enfermedad mental	☐ Cáncer de colon	☐ Cáncer de mama	☐ Cáncer de próstata
Padre:	☐ Enfermedad cardíaca	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto	☐ Derrame Cerebral
☐ Diabetes	☐ Enfermedad mental	☐ Cáncer de colon	☐ Cáncer de mama	☐ Cáncer de próstata
Abuela paterna:	☐ Enfermedad cardíaca	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto	☐ Derrame Cerebral
☐ Diabetes	☐ Enfermedad mental	☐ Cáncer de colon	☐ Cáncer de mama	☐ Cáncer de próstata
Abuelo paterno:	☐ Enfermedad cardíaca	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto	☐ Derrame Cerebral
☐ Diabetes	☐ Enfermedad mental	☐ Cáncer de colon	☐ Cáncer de mama	☐ Cáncer de próstata
Hermana:	☐ Enfermedad cardíaca	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto	☐ Derrame Cerebral
☐ Diabetes	☐ Enfermedad mental	☐ Cáncer de colon	☐ Cáncer de mama	☐ Cáncer de próstata
Hermano:	☐ Enfermedad cardíaca	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto	☐ Derrame Cerebral
☐ Diabetes	☐ Enfermedad mental	☐ Cáncer de colon	☐ Cáncer de mama	☐ Cáncer de próstata

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Consumo de tabaco/alcohol/sustancias:

Fumar Tabaco:	☐ Nunca	☐ Anterior	☐ Todos los días	☐ Algunos días
<i>Si la respuesta es afirmativa a "Anterior / Todos los días / Algunos días":</i> ☐ Cigarrillos ☐ Pipa ☐ Cigarros				
Exposición pasiva (humo de segunda mano):	☐ Nunca	☐ Pasado	☐ Actual	
Sin humo (tabaco de masticar):	☐ Nunca	☐ Anterior	☐ Actual	
Vapeo:	☐ Corriente todos los días	☐ Actualidad algunos días	☐ Antiguo	
Consumo de alcohol:	☐ Sí	Bebidas por día _____	Bebidas por semana _____	
	☐ Actualmente no	☐ Nunca		
Consumo de sustancias:	☐ Sí	☐ Actualmente no	☐ Nunca	

Actividad Física:

En promedio, ¿cuántos días a la semana realiza ejercicio moderado a extenuante (como una caminata rápida)? _____

Actividad sexual:

¿Eres sexualmente activo? ☐ Sí	☐ Actualmente no	☐ Nunca
<i>Si respondiste "Sí":</i> Pareja(s): ☐ Masculino ☐ Hembra Tipo de anticonceptivo/protección: _____		

Conexiones sociales:

En una semana típica, ¿cuántas veces hablas por teléfono con familiares, amigos o vecinos?
☐ Nunca ☐ Una vez a la semana ☐ Dos veces por semana ☐ Tres veces por semana ☐ Más de 3 veces
☐ Optó por no divulgar
¿Con qué frecuencia te reúnes con amigos o familiares?
☐ Nunca ☐ Una vez a la semana ☐ Dos veces por semana ☐ Tres veces por semana ☐ Más de 3 veces
☐ Optó por no divulgar
¿Con qué frecuencia asiste a la iglesia o a los servicios religiosos?
☐ Nunca ☐ Una vez a la semana ☐ Dos veces por semana ☐ Tres veces por semana ☐ Más de 3 veces
☐ Optó por no divulgar
¿Pertenece a algún club u organización como grupos eclesiásticos, uniones, grupos fraternales o atléticos, o grupos escolares?
☐ Sí ☐ No ☐ Optó por no divulgar
¿Con qué frecuencia asiste a las reuniones de los clubes o organizaciones a las que pertenece?
☐ Nunca ☐ De 1 a 4 veces al año ☐ Más de 4 veces al año ☐ Optó por no divulgar
¿Está casado, viudo, divorciado, separado, nunca se casó o vive con una pareja?
☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Nunca se casó
☐ Vivir en pareja ☐ Optó por no divulgar
¿Tiene algún documento de Planificación Avanzada de Cuidados? (es decir, Poder Notarial Duradero Para Atención Médica, Directiva Anticipada o Ordenes Medicas POLST)? ☐ Sí ☐ No Si no es así, pregúntele a su proveedor

Firma: _____ **Fecha:** _____

*****For Future Use***** Please initial and date below once you have reviewed this form at each annual review.

_____		_____		_____		_____	
_____		_____		_____		_____	